



**Lærer ulikt
på skole og
i praksis** Side 52

– Limbo-situasjon

Det er billigere å satse på hjemmesykepleien enn å la gamle pasienter ligge på sykehus, mener Lisbeth Normann. Side 28



Motparten

Anne-Kari Bratten i Spekter mener at en likelønnsrett aldri ville ha fungert. Side 70

Sykepleien

NSF Politikk: Streiken - de tapte muligheters oppgjør.

9 | 2010
12. august
2010
98. årgang

*«Gud har gitt
oss en real
tabbekvote»*

Sykehuspresten kan
hjelpe når krisen
er et faktum.

Uten parfyme. Uten farve. Uten
smak. Uten konserveringsmidler.
Uten tørre lepper.



Utgivelsesplan Sykepleien 2010

Nr		MateriellFrist	Utgivelsesdato
10	Sykepleien	25. august	2. september
11	Sykepleien	15. september	23. september
12	Sykepleien og Sykepleien Forskning	6. oktober	14. oktober
13	Sykepleien	27. oktober	4. november
14	Sykepleien	17. november	25. november
15	Sykepleien og Sykepleien Forskning	8. desember	16. desember

Vi tilbyr

- Treff 205.000 helseinteresserte lesere!
- Masse fagstoff og annet relevant stoff i blad og på nett
- Stillingsannonser – i blad og på nett, eller bare nett
- Annonsegaranti – få ansatt en, eller annonsen gratis en gang til
- Gratis annonseutforming – lever kun tekst og ide
- Gratis utarbeidelse av nettannonse
- Dokumentasjon på lesing av blad og nett – kontakt markedsavdelingen

Hilsen Ingunn, Lise og Finn

Markedsavdelingen

Tlf 22 04 33 04

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/deskleider 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.

Gjesteskribenter:



Berit Støre Brinchmann

En 14-åring med store atferdsvansker blir lås inne på institusjonen. Etisk råd støtter behandlingen, selv om den er ulovlig. Les om dilemmaet på side 68.



Hanne Tveterås Fauskaner (bildet) og Mette Maja Bredal Irgens

er farmasøyter og kommenterer en artikkel fra siste Sykepleien Forskning om håndtering av legemidler i sykehjem. Knusing av legemidler bør begrenses til et minimum, og farmasøytene forklarer hvorfor. Side 66.



Espen Helge Aspnes

En pleier på sykehjem bøyer seg framover ca. 1500 ganger i løpet av et morgenskift. Teknologi kan minske belastningene. Side 58.



Cathrine Sandnes

har opplevd hvordan det er å havne på privat sykehus i Sør-Afrika. Side 76.



Innhold

Sykepleien

AKSJONISTEN: «Brukerne trekkes med i

Hva skjer

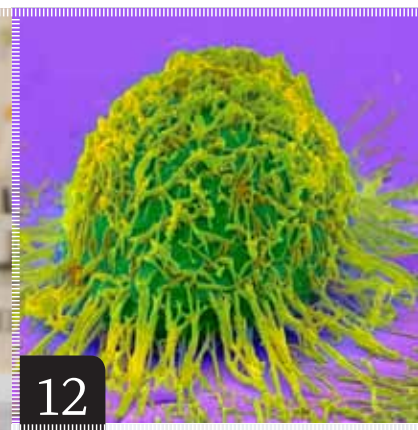
- 10 Sykepleiere kan bli rusloser
- 11 Siktet for ventelisterot
- 12 Vet for lite om hpv
- 14 Facebook-fadesen
- 16 Færre vil til helsevesenet
- 18 Bytter ut kvinnelige pleiere
- 19 Vi bare spør Tord Dale

Der ute

- 28 Eldre med akutte skader venter mest
- 32 Best i test
- 35 Min jobb
- 36 Øyeblikket
- 38 Hjelper kolleger på rett kjøll
- 40 Vurderer om Owen har vondt
- 44 Notiser



40



12



56

Tema: Sykehusprester

- 20 I et annet rom
- 22 – De fleste har behov for å tro på noe når livet er skjørt og sårbart
- 24 – Presten ga plaster på såret
- 25 – Ble roet ned
- 26 – Presten kan brukes til mange ting



stadig flere beslutninger. Kunne de ikke også få ønske seg hvem de vil ha som pleiere?»)

9 • 2010

12. august 2010 • 98. årgang

Fag og bøker

- 46 Utveksling gir uttelling
- 49 VIPS må romme pasientens fortelling
- 52 Lærer forskjellig på skole og i praksis
- 55 Fagnotiser
- 56 Forfatterintervju: Viktor Roddvik
- 58 Verkstedet
- 59 Bokanmeldelser
- 60 Menn preges mer av barnløshet enn antatt
- 60 Quiz

Mennesker og meninger

- 62 Lisbeth Normann om studiestart
- 63 Siden sist og meninger
- 66 Hanne Tveterås Fauskanger og Mette Maja Bredal Irgens om legemidler i sykehjem
- 68 Dilemma: Berit Støre Brinchmann
- 70 Tett på Anne-Kari Bratten
- 74 Carina S. Alm vs. Helge Veum
- 76 Refleks: Cathrine Sandnes

- 77 Stillingsannonser
- 90 Meldinger, skoler og kurs

GJESTESKRIBENT

«Tablettknusing uten samtykke sees ikke på som avvik»

Hanne Tveterås Fauskanger og Mette Maja Bredal Irgens

66



38



70

Ansetter du sykepleiere? Velg Sykepleien

Skal du annonsere etter sykepleiere er det lurt å bruke Sykepleiens blad og nett. Med 205.000 lesere når vi alle sykepleierne i Norge på en gang.

Velg mellom blad og nett – eller kun nett. Kommer det en interessant stilling søker de. Det sier i alle fall våre mange fornøyde kunder.

Brukes andre medier utelater du mange sykepleiere. De er vant til – og forventer – å finne sin nye jobb via sitt fagblad.

Bestiller du annonse med utgivelse i september, får du en GRATIS.

Materiellfristen er 25. august (for utgivelse 2. september) eller 15. september (for utgivelse 23. september).
Formatet er maks 1/4 side til bladet og fullstendig utlysning på nettet.

Kontakt Finn eller Ingunn på 22 04 33 04,
finn.simonsen@sykepleien.no ingunn.roald@sykepleien.no



Barth Tholens om valgfrihet

Stilling: Redaktør i Sykepleien

E-post: barth.tholens@sykepleien.no

Kryss av for farge og kjønn

På sykehjem med litt respekt for seg selv får beboerne velge om de vil ha yoghurt eller sjokolademousse til dessert. Men skal beboerne i framtiden også få lov til å velge hvem de skal bli pleiet av?

Noen ønsker seg flere mannlige sykepleiere. Bedre kjønns-
miks gir bedre miljø på avdelingen. Det er kjekt, også for beboerne. Andre synes det er belastende med for mange mørke menn fra Filippinene og Bangladesh. Disse beboerne foretrekker kanskje nettopp den hvite kvinnelige sykepleieren. Brune kvinnelige pleiere er derimot «hot» på flerkulturelle sykehjem. Pleiere som kan lokaldialekten på Nordfjordeid er populære på Nordvestlandet, og tvekjønnede sykepleiere kan muligens bli framtidens hit.

Stavanger kommune forsøker i disse dager å finne ut hvordan beboerne ved en sykehjemsavdeling reagerer når pleien kun gis av pleiere med testikler. Pleiere med vagina må derfor skygge boenheten en stund. Gjennom 2-4 uker skal en forsker se på i hvilken grad innholdet i omsorgen blir påvirket av testosteron-nivået hos dem som skifter bleiene og deler ut medisinene. Håpet er at beboerne ikke skal merke forskjellen, eller til og med skal reagere positivt på tiltaket.

Forskning på området er åpenbart i vinden. NTNU-forsker Berit Gullikstad påviste i fjor at «mangfold» blant personalet står prinsipielt høyt i kurs hos mange sykehjemsledere. De sier at de helst vil ansette «den beste», uavhengig av hvor sykepleiere kommer fra, hvordan de er utstyrt eller hvem de ligger med. Men – dette ønsket lot seg bare ikke kombinere med et annet prinsipp: Ambisjonen om å møte beboernes behov så mye som mulig. Beboerne, viste det seg ved nærmere undersøkelse, var nemlig slett ikke alltid like fornøyde med den rase-
messige eller kjønnsmessige miksen blant personalet. Tvert om. Beboerne (av dem mange kvinner) ville ofte helst ha en «norsk», hvit og med pupper, ved senga. Ja, mange nektet rett og slett å la seg stelle

TÅLER IKKE ALLE TYPER.

Menn – om de nå finnes i Stavanger – er ikke garantert heltestatus. Beboerne foretrekker trolig Solveig framfor Dragan.



av mannlige sykepleiere eller personer uten gyldig norsk pass.

Brukermedvirkning, valgfrihet og respekt for brukernes behov står ideologisk sterkt i norske sykehjem. De skal få lov til å bestemme mest mulig selv. I mange kommuner kan eldre selv velge hvilket sykehjem de ønsker. Hovedideen bak valgfriheten er at institusjonene må dokumentere sine resultater og at brukerne så kan velge «den beste», om de vil. Videre skal beboernes tilfredshet med tjenestene måles regelmessig, og de skal være representert i brukerutvalg som gir ledelsen råd.

Så når brukerne trekkes med i stadig flere beslutninger rundt sengen, hvorfor skal de da ikke kunne ha en avgjørende stemme når det gjelder hvem de ønsker som pleiere? For min del er svaret opplagt. Om miraklet skulle skje at flere menn ønsket

å bli sykepleiere, så får (kvinnelige) brukerne av våre helsetjenester bare finne seg i det. Forskning må gjerne vise at menn gir omsorg og pleie på en annen måte enn sine kvinnelige kolleger – ja, jeg håper faktisk at de gjør det. Kanskje menn er mer rufsete, tekniske og resultatorienterte. Kanskje er fargede pleiere også mer fysiske, kanskje snakker svenske sykepleiere umulig skånsk eller kanskje kan russiske sykepleiere ikke uttale h'en i håp. Men en sykepleier er en sykepleier! Å gi brukerne mulighet til å velge noen og reservere seg mot andre, vil være som å reise til Syden og forlange at alle skal kunne norsk. Da er du helt på jorden.

Søknad

Kjære sykehjemssjef, jeg ser fram til å ta i mot en plass ved Gamlekrøkk Sykehjem. Jeg ønsker primært å bli pleiet av maskuline menn med østlandsdialekt på dagtid, ettersom jeg liker å utveksle helsefremmende mannsfolksvitser. Jeg har ikke noen problemer med pleiere som har god kunnskap til norsk selv om de er født i utlandet, med unntak av tyskere (krigen!). Om kvelden og natten ønsker jeg helst å bli tatt hånd om av asiatiske pleiere. De er så behagelige! I tilfellet jeg utvikler alzheimer ser jeg ikke bort fra at morsmålet mitt vil få økt betydning i årene framover. For at basisbehovene mine kan bli imøtekommet, er det derfor påkrevd at det blant personalet finnes minst én som kan tolke nederlandsk. Dette gjelder imidlertid ikke belgiere.

Hilsen, en som gleder seg til å ta i bruk etatens tjenester

Gla` melding til psykisk syke

Fra 1. august får Bydel Sagene i Oslo landets første personlige ombud for personer med psykiske lidelser. To personlige ombud skal bistå dem som ikke vil ha hjelp av helsevesenet, eller som helsevesenet ikke klarer å bistå. Noen er gjengangere i hjelpeapparatet, men andre lever i skjul.

Ordningen skal prøves i syv måneder

– Et positivt initiativ overfor en særst sårbar gruppe. Skal bli spennende å se hvordan dette utvikler seg, sier SV politiker Ivar Johansen på sine egne nettsider.

ivarjohansen.no



Flere årsverk

Tall fra Statistisk sentralbyrå viser ifølge Helse- og omsorgsdepartementet at det siden 2005 er blitt 16 000 flere årsverk i helse- og omsorgstjenestene. Andelen faglærte har økt fra rundt 70 til 72 prosent.

Tallene fra SSB viser at tiltakene virker, sier helse- og omsorgsminister Anne-Grete Strøm-Erichsen i en pressemelding.

Helse- og omsorgsdepartementet



Foto: Colourbox

10 000 byråkrater

Etter at staten overtok sykehusene er lederstillingene oversvømt med folk uten helseutdanning.

– Det er nå over 10 000 byråkrater i norske sykehus. Det er 2 000 flere enn det er leger, sier Oddmund Barmen til Fjordabladet.

Han mener jus, økonomi og lederutdanning har tatt over for det som er sykehusenes primære oppgaver: Å behandle syke mennesker.

– Direktører ser ut til å formere seg ved knoppskytting, og støvbærerne er de utpekte styremedlemmene, seier han.

Fjordabladet



Foto: Colourbox

Ingen kjønnspoeng til sykepleiergutta

NSF Student tok i vår initiativ til å gi kjønnspoeng til gutter som vil bli sykepleiere. Kunnskapsdepartementet sier foreløpig nei.

– Norge er på jumboplass i europeisk sammenheng når det gjelder andelen mannlige sykepleiere. Vi er bare forbigått av Danmark, ifølge NSF studentleder, Bård Nylund.

Kunnskapsdepartementet har i sommer sendt svar til Nylund om at de ikke kommer til å innføre tilleggspoeng for menn til sykepleierutdanning. I hvert fall ikke nå.

Forskning.no

Hva skjer

Les mer om:

- 10 Sykepleiere kan bli rusloser >
- 11 Siktet for ventelisterot >
- 12 Vet for lite om hpv >
- 14 Facebook-fadesen >
- 16 Færre vil til helsevesenet >
- 18 Bytter ut kvinnelige pleiere >

sykepleien.no

Er lav lønn årsak til at færre søker seg til sykepleien? Stem på sykepleien.no



Gravide på jobb



INDIVIDUELL oppfølging kortet ned sykeperioden for gravide på Sunnmøre. Arkivfoto: Marit Fonn.

Gjennom økt fokus og tilrettelegging for gravide har Helse Sunnmøre lyktes i å få gravide til å jobbe flere uker lenger ut i svangerskapet.

Gjennom prosjektet «Ta magen med på jobb» er de gravide i snitt i jobb til 33. uke i svangerskapet før de må ta ut full sykmelding. Landsgjennomsnittet for gravide er at de jobber mellom 20–24 uker ut i svangerskapet før de blir sykemeldt.

Konkret består prosjektet av at det ble ansatt en prosjektjordmor som sammen med nærmeste leder og den gravide gjennomfører en såkalt trekantsamtale hvor man kartla risiko, den enkeltes behov og laget en individuell oppfølgingsplan.

Safh (tig) sommer

Årets sommer har vært hendelsesfull for statens autorisasjonskontor for helsepersonell (Safh). Først ble det avslørt at mange helsearbeidere kan ha fått autorisasjon på bakgrunn av falske papirer. Avsløringen kom i form av en rapport fra to tidligere politimenn som hadde fått i oppdrag å utrede faren for falskninger.

Pressens oppslag skapte politisk storm og helseministeren innkalte til krisemøte i slutten av mai.

Direktør Per Haugum tok permisjon i tre måneder mens saken utredes.

Neste avsløring kom i juni da VG slo stort opp at administrasjonssjef i Safh, Liv Løberg, selv har forfalsket flere studiebevis. Hun gikk fra jobben på dagen.

Neste bombe slo ned da samme avis avslørte at også direktør Per Haugum hadde sine svin på skogen. I 1993 leverte han inn sin advokatbevilling på grunn av økonomisk rot. Han fikk den igjen i 1998. Han hadde ikke informert sine overordnede om forholdene da han ble ansatt i Safh i 2000.

Imens har de to politimennene trukket seg fra granskningen i protest. De har sagt til VG at det virker som om myndighetene er mest opptatt av å finne ut hvem som lekket til pressen, heller enn å følge anbefalingene i rapporten.

Organdonasjon øker

Pårørende som sier ja til organdonasjon er økende ved Oslo universitetssykehus. I løpet av årets seks første måneder ble det meldt om 113 potensielle donorer, hvorav 51 resulterte i organdonasjon, melder sykehuset.

Også andre grupper støtter opp om organdonasjon: Guttelaget Bossmo Ytteren 97 fra Nord-Norge har fått nye røde drakter med organdonasjon på ryggen.

«Jeg er selv hjertetransplantert for et par år siden og jobber for å synliggjøre organdonasjon gjennom fotballen», sier initiativtakeren og trener, Wiggo Skotnes.

Stiftelsen Organdonasjon og Oslo universitetssykehus

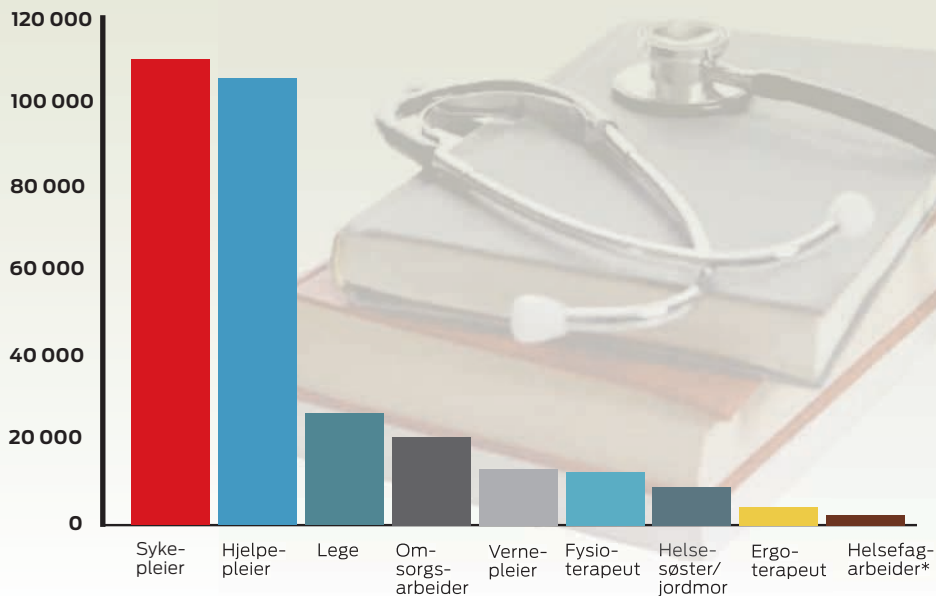


Illustrasjon: Sven Tveit

ØKNING I ANTALL HELSEARBEIDERE SOM FRATAS LISENSEN...

Personer med helsefaglig utdanning 4. kvartal 2009

Kilde: SSB, Helse- og sosialpersonell 2009



*Helsefagarbeider er ny fagutdanning fra 2009.

Meninger fra www.sykepleien.no

Ikke kjønns-poeng for sykepleiergutter

” - Jeg håper at dette til slutt får gjennomslag: «kjønns-poeng».

Jan-Rune Berg

Mange svake studenter

” - Endelig noen som har skjønnet det! Det er rett og slett en fryd å lese noe så bra som dette! Du har virkelig skjønnet det, og formidler det bra!

Lars Martin Jensvoll

► Hele innlegget finner du på: www.sykepleien.no

Sykepleiere kan bli rusloser

Stoltenbergutvalget foreslår en ny rolle i rusarbeidet: Losen. Denne personen kan godt være sykepleier og skal lose rusbrukeren gjennom behandlings- og oppfølgingsapparatet.

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

Stoltenbergutvalget la fram sin rapport om narkotika før sommerferien. Den handler om hvordan man bedre kan hjelpe de mest utsatte og hjelpetrengende rusavhengige. Innholdet er konkret og kostbart: 21 råd som de ni medlemmene er helt og holdent enige om, samt ett råd som et knapt flertall på fem er enige om: Et tidsbegrenset forsøksprosjekt der behandling med heroin inkluderes i LAR (legemiddelassistert rehabilitering).

Utvalget jobbet med rapporten i over ett og et halvt år, og besøkte blant annet noen av de sju andre landene i Europa som har inkludert heroin som et av legemidlene som kan brukes ved LAR. I tillegg har de reist rundt i Norge og skrevet til 250 ulike organisasjoner. De fikk 200 svar, hvorav noen har blitt hørt og fått rådene sine med i rapporten.

Statlig ansvar for alle ledd

Av alle de 22 forslagene, legger utvalgets leder, Thorvald Stoltenberg, mest vekt på at de ønsker en raskere og lik behandling med klarere ansvarslinjer. Utvalget foreslår derfor å gi staten ansvaret for både mottak, behandling og oppfølging.

– Det nytter ikke med 60-dagersfrister som det er nå. Da mister vi folk. Det hele må ha god flyt, som i en stafett, sa han og pekte på at alle ledd i behandlingsskjeden må gjøre sin på forhånd avklarte oppgave raskest mulig.

Utvalget ønsker også å videreutvikle sprøyteromsordningen til å bli lavterskel brukersteder med helsetilbud og oppfølging og utvidede åpningstider. I tillegg foreslår utvalget at egenandelen ved behandling av narkotikaavhengighet må avvikles.

Los

Utvalget ønsker å gi hver rusbruker en koordinator eller los, som skal være en slags ledsager gjennom papirmøller og behandlingssystem og som skal sørge for at pasienten får den behandling den har krav på.

Stoltenberg sa de ikke hadde diskutert konkret hvilke yrkesgrupper som kunne ha denne

rollen, men Marit Myklebust har helt klare tanker om det. Hun leder Frelsesarmeens gathospital i Oslo, og er den eneste sykepleieren i utvalget.

– Losene kan absolutt være sykepleiere eller de som er ruskonsulenter i dag. De må ha en helse- eller sosialfaglig bakgrunn.

– Vil losen også ha andre oppgaver enn å hjelpe personen gjennom byråkrati og system?

– Ja. Kompleksiteten for rusavhengige er større enn ved for eksempel diabetes, så det er klart at losen også vil måtte fungere som mentor og samtalepartner.

– Dette går rett inn i samhandlingsreformen. Mottaks- og oppfølgingssentrene som foreslås etablert over hele landet blir er samhandlingsarenaer for rus, og det kommer til å være viktig å ha denne losen til å få pasientene gjennom systemet. Jeg kan love at losen blir en av de tingene jeg virkelig skal jobbe hardt med, sa helseminister Anne-Grete Strøm-Erichsen da hun fikk overrakt rapporten.

Heroindiskusjon

Thorvald Stoltenberg forklarte hvorfor han er tilhenger av heroinassistert behandling ved å henvise til det han så da han var på besøk i Sveits:

– De fire jeg traff hadde vendt tilbake til både jobb og familie. Dessuten må det være en grunn til at de landene som har dette tilbudet i Europa ikke har lagt det ned.

Professor Jørg Mørland, direktør ved Folkehelseinstituttets divisjon for rettstoksikologi og rusmiddelforskning, har tidligere uttalt til Norsk Farmaceutisk Tidsskrift at han synes heroin godt kan være et av flere medikamenter i den legemiddelassisterte behandlingen og at vi kan trenge et større repertoar.

Samtidig har en Cochrane-rapport fra 2005 ikke klart å gi noe entydig svar til fordel for heroin.

Marit Myklebust har tidligere sagt til Sykepleien.no at hun er åpen for å diskutere heroinassistert behandling. Men hun var en av de fire som endte med å gå imot forslaget.



MENTOR OGSÅ: – Kompleksiteten for rusavhengige er større enn ved for eksempel diabetes, så det er klart at losen også vil måtte fungere som mentor og samtalepartner, sier Marit Myklebust, den eneste sykepleieren som satt i Stoltenbergutvalget.

– Jeg har ingen tunge, prinsipielle motforestillinger mot heroin kontra for eksempel metadon, men jeg har ikke lyst til å utvide medikamentrepertoaret fordi jeg tror at de viktige 21 andre punktene da vil tape.

Utvalgets flertall synes vi trenger norsk forskning før vi kan konkludere, og ønsker derfor at heroin testes ut på en liten utvalgt gruppe først, i et forsøksprosjekt. De har lagt danske beregninger til grunn, og sier at behovet i Norge vil gjelde rundt 200 stykker.

– Det blir spennende å se om nordmenn er innstilt på å møte opp to-tre ganger i døgnet for å få dosen sin. Av de europeere jeg har møtt, er det kun serbere som ligner på oss. Ellers er vi nokså spesielle. Sveitserne er for eksempel mer organiserte, filosoferte Stoltenberg på pressekonferansen.

– Krever et samfunnsløft

Sykepleier Marit Myklebust synes rapporten er god, men legger til at den vil kreve mye.

– Den vil kreve et samfunnsløft. For eksempel må vi tåle at folk rehabiliteres rundt oss. Da jeg var ordfører i Eigersund, fikk jeg en telefon fra et menneske som spurte om vi ikke kunne få de som var på rehabilitering i nærmiljøet vekk. «Da må du si hvor vekk er», svarte jeg.

– Du har tidligere sagt at det aller viktigste er å gi dem en seng. Fikk du gjennomslag for det i utvalget?

– Ja, vi har snakket masse om det, og er enige om at det er en av søylene som må på plass.

Resultatet er forslag nummer 14 som sier at en trygg bosituasjon skal gjøres til en del av behandlingen.

Den 49 siders rapporten skal sendes på høring over sommeren, og Norsk Sykepleierforbund blir en av de mange organisasjoner som skal få mene noe om den.

– Hvor mange av dere har tidligere lest en rapport på bare 49 sider? spurte Thorvald Stoltenberg da han delte ut rapporten til norsk presse.

Utvalget har jobbet bevisst med å få rapporten så kort og holde språket enkelt, slik at den skal bli lest, og forhåpentligvis brukt. ■■■

ADM. DIR. for Vestre Viken Helseforetak, Erik Omland, trakk seg fra sin stilling da ventelisterotet ble kjent. Nå er helseforetaket siktet og risikerer bot.



Siktet for rot

Vestre Viken HF har nå fått status som siktet etter ventelisterotet.

Resultatet kan bli bot. Tekst Kari Anne Dolonen

VG avslørte 22. januar at tusenvis av pasienter kan ha blitt utsatt for grove regelbrudd. I Asker og Bærum sykehus sitt datasystem fant man at frister for innkalling av pasienter var endret. 8. april tok administrerende direktør Erik Omland sin hatt og gikk.

Helsetilsynet anmeldte Vestre Viken helseforetak til politiet. De mistenkte at manipulasjonen med datoer ble gjort bevisst. Politiet har avhørt 25 personer, og er nå i ferd med å avslutte etterforskningen.

Foretaket er siktet for overtredelse av flere paragrafer i helsepersonelloven, blant annet paragrafene 16 og 67. Paragraf 16 i helsepersonelloven fastslår at virk-

somheten skal organiseres slik at helsepersonellet blir i stand til å overvåke sine lovpålagte plikter.

I lovens paragraf 67 heter det at den som forsettlig eller grovt medvirker til overtredelse av bestemmelser i loven eller i medhold av loven, straffes med bøter eller fengsel i inntil tre måneder.

Politiadvokat Knut Skavang har sendt et foreløpig siktelsesdokument til Statens Helsetilsyn, foretakets advokat og til Helseforetaket Vestre Viken HF. Politiet ber partene komme med uttalelser i forhold til innholdet i siktelsen.

– Siktelsesdokumentet er foreløpig som et arbeidsdokument å regne. Vi anser oss nå no-

enlunde ferdig med etterforskningen i saken. Når partene har kommet med sine uttalelser, vil vi vurdere hva vi gjør videre, sier Skavang. I løpet av høsten regner han med at saken vil være ferdig behandlet.

– Hvilke konsekvenser får en siktelse av et foretak i praksis?

– Når vi har ferdigbehandlet saken, vil politiet enten henlegge saken, eller vedta en bot til foretaket. Boten ville i så fall bli stilet til styrets formann. Det blir så opp til styret i foretaket hva de gjør videre, sier han.

Styret i Vestre Viken har nytt møte 25. august. Da vil trolig styremedlemmene bli orientert om saken, melder VG. ■■■

 **HYUNDAI**



i10

Hyundai i10 er en kompakt 5-seter. Den er gjerrig både på bensin og utslipp, og du parkerer den enkelt selv i de trangeste parkeringshus - rett og slett den perfekte bybil.

5 års trippelgaranti sikrer deg et problemfritt bilhold og større økonomisk handlefrihet.



Pris fra kun
kr 145.950,-

Pr mnd fra
kr 1.471,-*

Leveres også med automatgir,
pris fra kr 164.950,-



www.hyundai.no



Kvalitet fra verdens 5. største bilprodusent

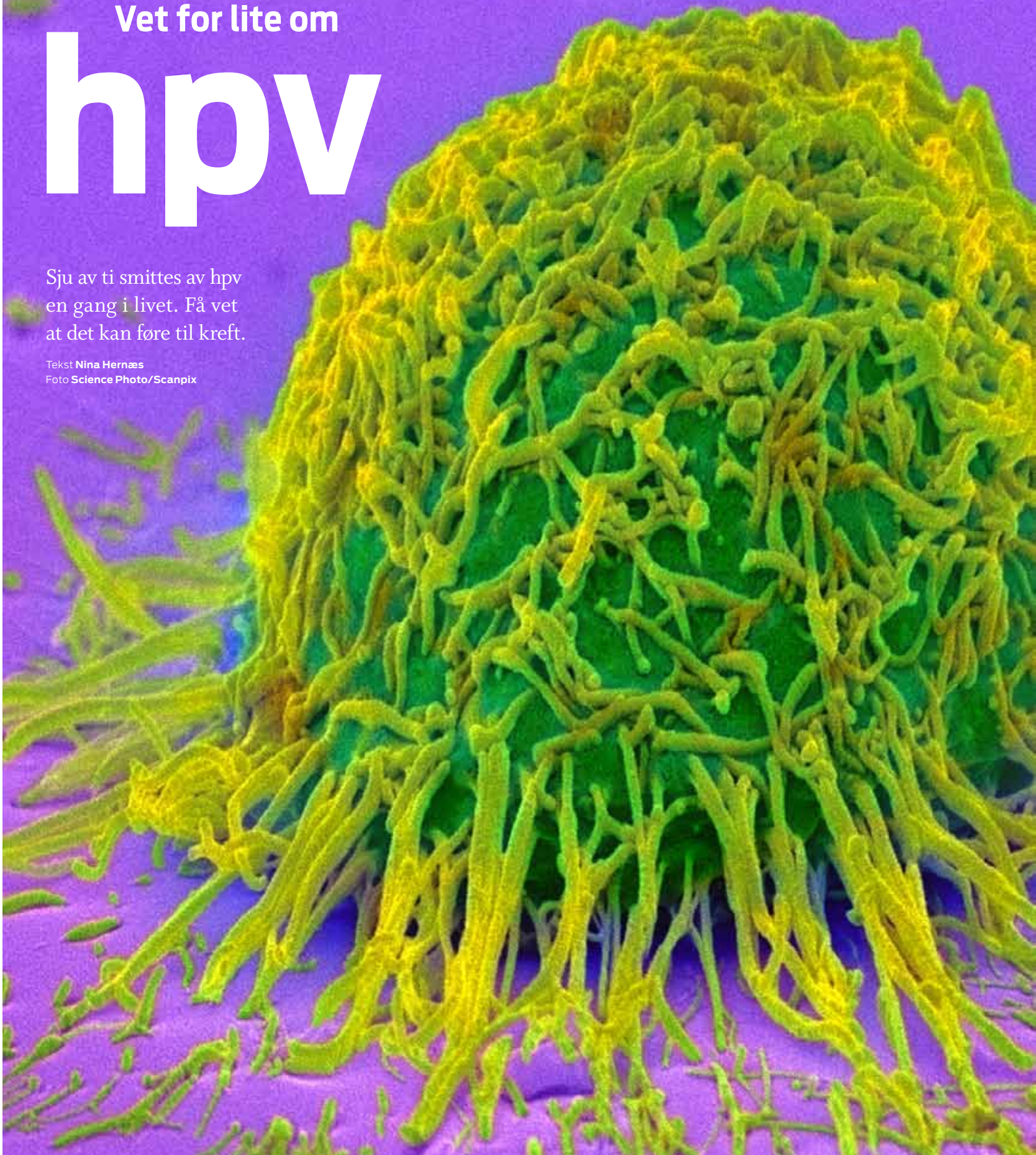
Kompakt 5-seter

*4,75% nom. rente. Eff. rente er beregnet ut fra bilens pris kr 145.950,-. Egenkapital kr 51.083,-. 7 års nedbetaling. Etableringsgebyr og tinglysning er inkludert. Kreditkjøpspris er kr 174.647,-. Veil. pris levert Drammen. Lokale frakt- og leveringskostnader tilkommer. Drivstofforbruk blandet kjøring: fra 0,50 l pr mil. CO₂ utslipp: fra 119 g/km.

Vet for lite om
hpv

Sju av ti smittes av hpv
en gang i livet. Få vet
at det kan føre til kreft.

Tekst Nina Hernæs
Foto Science Photo/Scanpix



Hpv (humant papillomavirus)

Virus som smitter seksuelt og via hudkontakt. Infiserer hud og slimhinner. Det fins over hundre forskjellige typer hpv-virus. Rundt 40 smitter seksuelt. Mange av dem er ufarlige, men noen typer kan føre til kreft. Hpv knyttes særlig til livmorhalskreft, men kan også gi kreft i ytre kvinnelige kjønnsorganer, i anus, penis, munn og svelg.

Hpv er den vanligste seksuelt overførbare infeksjonen. Likevel svarer bare tre av ti kvinner mellom 15 og 25 år at de har hørt om hpv. Det går fram av en spørreundersøkelse gjort av Synovate våren 2010.

Virus som gir kreft

Humant papillomavirus (hpv) er svært smittosomt. Sju av ti seksuelt aktive vil bli smittet en eller flere ganger i løpet av livet. De fleste kvitter seg med viruset uten å merke at de har hatt det. Men hos noen blir infeksjonen kronisk og kan over tid utvikle seg videre til kreft. Nesten alle tilfeller av livmorhalskreft skyldes kronisk infeksjon med hpv, og hpv knyttes også til kreft i ytre kvinnelige kjønnsorganer, penis, anus, munn og svelg.

Hvert år får rundt 300 norske kvinner livmorhalskreft. Nesten hundre dør.

Kondom beskytter ikke helt

Fordi hpv kan finnes på hudområder som ikke dekkes av kondom, gir ikke kondom full beskyttelse mot viruset. Det er ukjent for de aller fleste av de 300 som er spurt i Synovates undersøkelse. Bare en prosent svarer hpv på spørsmål om hvilke seksuelt overførbare sykdommer kondom ikke beskytter godt nok mot. Nesten sju av ti har ikke engang hørt om hpv.

Det overrasker Astrid Grydeland Ersvik, leder av Landsgruppen av helsesøstre i Norsk Sykepleierforbund.

– Det har vært mye medieomtale i forbindelse med hpv-vaksinen som ble innført sist høst, påpeker hun.

– Derfor synes jeg det er rart ikke flere har hørt om det.

– Men kobler de hpv med et seksuelt overførbart virus?

– Kanskje ikke. Vi er opptatt av å formidle at hpv er en risiko for absolutt alle som har sex, ikke bare dem med et utagerende sexliv. Hpv i seg selv er ikke farlig, det er livmorhalskreft, som viruset kan føre til, som er problemet.

Hun peker på at det stadig kommer ny kunnskap om hpv og kreft og at det tar tid å ta til seg ny informasjon.

– Overrasker det at nesten ingen vet at kondom ikke gir full beskyttelse?

– Nei. Generelt er kondombruken i Norge ganske dårlig. Vi må informere og motivere bedre.

Stadig spørsmål

I Synovates undersøkelse blir kvinnene spurt om hvem de ønsker skal gi informasjon om hpv. Flere enn fem av ti svarer helsesøster. Det tar Grydeland Ersvik som en tillitserklæring.

LIVMORHALSKREFT: Nesten alle tilfeller av livmorhalskreft skyldes hpv.

– Men er dere gode nok til å informere?

– Vi kan alltid bli bedre. Det siste året har mye ressurser gått med til influensapandemien. Å informere om hpv er en av tingene vi har måttet skyve til side. Men vi er også frustrerte over at vi stadig får nye oppgaver uten at det følger med ressurser. Å gi god informasjon krever

«Kondom hjelper ikke ... Det er jo helt vilt.»

Jenter 18–20 år, i Synovates undersøkelse

tid. Det holder ikke bare å gå inn i en klasse, snakke i en halv time og gå ut igjen og tro at jobben er gjort.

– Vet helsesøstre nok om hpv?

– Etter hvert. Men vi har alltid behov for mer kunnskap. Det dukker stadig opp nye spørsmål, sier Astrid Grydeland Ersvik. ■■■

Kilder: Krefregisteret, Folkehelseinstituttet.

Hpv og livmorhalskreft

Nesten alle tilfeller av livmorhalskreft skyldes hpv. Selve infeksjonen er ikke mulig å behandle, men kreften utvikler seg gjennom forstadier som er mulig å oppdage og fjerne. Det er grunnen til at Norge har et screeningprogram der kvinner mellom 25 og 69 år anbefales å ta celleprøver fra livmorhalsen hvert tredje år. Som følge av systematisk screening er dødeligheten av livmorhalskreft i Norge halvert og forekomsten redusert med en tredel siden 1995.

Nobelpris til virusforsker

I 1976 lanserte tyske Harald zur Hausen teorien om at humant papillomavirus (hpv) spiller en viktig rolle i utviklingen av livmorhalskreft. Senere påviste han hpv i tilfeller av livmorhalskreft. I 2008 fikk han nobelprisen i medisin.

Hpv-test

Det er mulig å teste for hpv på livmorhalsen hos kvinner. Det fins to hovedtyper av tester og det er ulike meninger om hvilken som er best egnet. I Norge gjøres hpv-test kun av kvinner som har usikre eller lavgradige forandringer på celleprøve fra livmorhalsen.

Hpv-vaksine

Det fins to vaksiner mot hpv. Den ene, Gardasil, ble tatt inn i barnevaksinasjonsprogrammet fra høsten 2009. Det er jenter i sjuende klasse som får tilbud om vaksine. På grunn av at mye ressurser gikk med til å vaksinere mot svineinfluensa høsten 2009 tilbys hpv-vaksine kommende skoleår også til jenter i åttende klasse.

Facebook-fadesen

En sykepleierstudent la ut bilder fra sin praksisperiode på Facebook. Det skulle han ikke gjort. Han ble utestengt fra skolen og meldt til Helsetilsynet. Men ved nærmere undersøkelser viser det seg at studenten ikke har gjort noe galt.

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

En mannlig sykepleierstudent ved en høyskole i Nord-Norge fikk oppleve hvor ubehagelig det kan bli når den virtuelle verden krasjer med den virkelige verden. Hans facebookside rystet en hel sykehusledelse og førte til mye ubehag.

Studenten, som ikke ønsker å stå fram med navn, begynte på sykepleierutdanningen i 2006. Alt gikk bra fram til høsten 2008. Da strøk han i

var imidlertid sensurert og kunne ikke leses.

– Jeg forsto ikke helt hva som var problemet. Pasienten kunne ikke gjenkjennes. Hensikten var å vise hvordan jeg utførte mine notater om pasienter. På bildet kunne man se hvilken hjelp pasienten trengte og hvilke undersøkelser pasienten skulle til. Selv om jeg ikke skjønnte problemet, fjernet jeg dette bildet, sier han.

Han får også andre kommentarer på Facebook.

ikke fikk fortsette min praksisperiode, sier han.

Skolerett

Lærere innkaller til møte neste dag for å avklare hva som skal skje med ham videre.

– Her får jeg beskjed om at jeg ikke får fortsette og at de vil melde saken inn til Helsetilsynet. Jeg protesterer ikke. Alt er for overveldende. Jeg føler jeg ikke klarer å mestre det. Jeg får tilbud om å møte psykiatrisk sykepleier, men sier nei takk. Jeg bestemmer meg for å reise hjem til familien, forteller han.

Studenten er nedbrutt og orker ikke gjøre noe med saken, selv om han føler at han ikke har gjort noe alvorlig galt.

«Det er litt tankevekkende hvor forskjellig to generasjoner reagerer på de samme bildene.»

Sykepleierstudent på Facebook

praksis. Han skulle vært ferdig med sykepleierutdanningen 2009, men måtte ta praksisen han strøk i på nytt.

– Jeg begynte på denne praksisen høsten 2009. Jeg hadde lyst å vise vennene mine fra Vestlandet hvordan det var å være sykepleierstudent der og tok en del bilder med mobiltelefonen min inne på sykehuset. Så la jeg ut disse bildene på facebook-siden min, forteller den tidligere studenten til Sykepleien.

Bildene var av medstudenter, et røntgenbilde, studentens notisblokk, en lege, en hjelpepleier og litt medisinsk teknisk utstyr.

Farlig moro, eller bare moro?

Til bildene skrev han små billedtekster i kommentarform.

– Jeg syntes de var morsomme, men kanskje litt vel sarkastiske. Hensikten var aldri å såre noen. Det var aldri noen annen mening bak enn å skildre livet til en sykepleierstudent, sier han.

Samme helg får han en reaksjon fra en medstudent. Studenten reagerer på bildet av notisblokken med pasientnotater. Pasientens navn

Andre medstudenter synes bildene og kommentarene er morsomme og ufarlige.

Frontkollisjon

Over helgen får han en telefon. Det er hans praksisveileder. Hun er sjokkert og sier studenten må komme på sykehuset klokken 15.00 og møte sykehusdirektøren.

– Grunnen var bildene mine på Facebook. Jeg fikk sjokk. Jeg ringte til en kamerat som også var invitert i saken og blitt oppringt fordi han var avbildet på noen av bildene.

På møtet deltar hele sykehusledelsen og representanter fra høyskolen. Studenten blir konfrontert med alle bildene som er lagt ut. Sykehusdirektøren peker på flere lovbrudd som er begått.

– Blant annet mente han jeg hadde brutt taushetsplikten når jeg hadde publisert røntgenbildet. Bildet inneholdt ingen navn og kunne ikke på annen måte rope hvem eller hva det var bilde av. Jeg forsto ikke hva jeg hadde gjort galt, men turte ikke si noe fordi hele situasjonen var svært ubehagelig og voldsom. Direktøren gjorde det klart at jeg ikke var ønsket på sykehuset lenger og

NSF kommer inn

Etter en stund forteller han hele historien til Morten Kristoffersen, konsulent i NSF Student.

– NSF Student krevde dokumentasjon fra skolen. Men jeg hadde ikke fått noe skriftlig fra dem om hva som hadde skjedd. Skolen virket uforberedt på at jeg ville ha papirer på hva som var skjedd, og sendte et skriv til meg og til NSF. I brevet står det at jeg strøk i praksis på grunn av taushetsbrudd som gjaldt røntgenbildet. De mente derfor at jeg hadde brukt opp mine forsøk i praksis, og at jeg ikke kunne fortsette på skolen, forteller han.

NSFs jurister ser imidlertid på brevet fra skolen og er uenige i at bildet er brudd på taushetsplikten. NSF konfronterer skolen med dette. Skolen endrer nå sin forklaring og sier at bilde av notisblokken er årsaken til utestengning.

– Det var først nå jeg skjønnte at jeg hadde en sak, sier den tidligere studenten.

Tar opp kampen

Saken sendes til skolens skikkethetsansvarlig. Der skal det bestemmes om det skal skrives tvilsmelding på studenten. Morten Kristoffersen fra NSF deltar på møtet sammen med ham.

– Møtet ender med konklusjonen at det ikke



STUDENTENS FACEBOOK-SIDE, med bilder av praksisen på et sykehus, rystet ledelsen ved høgskolen. Senere viste det seg at det var ledelsen som ikke hadde fulgt godt nok med i timen.

er noen grunn til å sende saken videre til Helsetilsynet.

Neste skritt er å klage på studentens stryk av praksis. Ettersom det nå er avklart at han aldri har brutt taushetsplikten, er argumentene for stryk borte. Studenten skriver klage og får nå enstemmig medhold. Han får derfor ny praksis plass.

Endelig sykepleier

– NSF sa jeg burde ringe til Helsetilsynet og sjekke om de hadde fått noe brev om meg. Det hadde de. Uten at jeg var informert var det sendt inn et brev. Jeg fikk imidlertid ordnet opp i dette og har fått slettet saken fra Helsetilsynets arkiv.

Studenten har ikke villet fortelle om sine opplevelser i saken før han var helt ferdig med utdanningen.

– Jeg har vært redd for flere represalier. Det

har vært en kjempetøff tid. Men nå er jeg endelig ferdig utdannet sykepleier og i full jobb, sier han.

Men saken kan få flere etterspill. NSF og den tidligere sykepleierstudenten vurderer nå om de skal saksøke skolen på grunn av tapt inntekt på feil som skolen er ansvarlig for. Også Marie Aakre, leder av Rådet for sykepleieretikk, er kritisk til skolens håndtering av saken.

Generasjonskløft?

– Hvorfor tror du at det har vært så ulike reaksjoner på bildene du la ut på Facebook?

– Mine medstudenter som kommenterte bildene på Facebook så ikke at dette var noe galt. De så gleden og humoren i å dele disse bildene fra min dag som student. Flere lærere derimot var sjokkerte over bildene. De yngre så saksjonen min med bildene tydeligere enn

lærerne. Det er litt tankevekkende hvor forskjellig to generasjoner reagerer på de samme bildene, sier han.

– Dine tips til høyskoler og helseinstitusjoner?

– Legg klare retningslinjer for bruk av sosiale medier. Både til sykepleiere som allerede er ansatte, og til sykepleierstudenter som skal ut i praksis. Den unge generasjonen har vokst opp med sosiale medier. Det er naivt av ledelsene å tro at disse studentene skal ha samme syn på teknologi og etikk som de har.

– Dine tips til dagens sykepleierstudenter?

– Ikke ta noe for gitt når det kommer til bruken av sosiale medier. Rådfør deg alltid med din ansvarlige. Prøv å se det fra din arbeidsgivers ståsted, og husk at det ofte er et stort generasjonsskille mellom deg og ledelsen der du jobber. ■■■

Ikke unik

MARIE AAKRE, leder for Rådet for sykepleieetikk, tror ikke at denne Facebook-historien er unik. Hun er heller ikke sikker på om saken vitner om dårlig skjønn fra studentens side.

– Slik vi ser det har studenten vernet om fortrolighetsinformasjon om pasienter. Dagens unge vokser opp med sosiale medier. Det stiller krav til ledere på alle nivå om å ha en oppmerksomhet på dette. Når det dukker opp ny teknologi, er det viktig at man bruker de gode mulighe-

tene som ligger der. Samtidig er det viktig å verne om pasientene og skjerme fortrolige opplysninger slik at det ikke oppstår nye dilemma, sier hun.

Aakre mener Facebook i sin nåværende form ikke egner seg til å forvalte kommunikasjon med pasienter.

– Jeg vet imidlertid at ansatte og enkelte arbeidsplasser bruker det som kommunikasjonsmiddel internt. Det går sikkert greit, sier hun.

– Er du på facebook?

– Nei, jeg stritter litt i mot. Jeg forstår at det kan være moro, men jeg forvalter så mye tid på mail at jeg ikke har prioritert det. Jeg savner det ikke heller.

Rådet konkluderte i sin behandling av saken at de er bekymret over måten studenten ble møtt på både fra skolen sin side og sykehuset. De kunne heller ikke se at studenten har gjort et så klart brudd på de etiske retningslinjene at det skulle føre til utestengning fra helsevesenet og utdanningen.



Foto: Marit Fonn

SOSIALE MEDIER stiller nye krav til ledere. De må ikke bare se på dem som en trussel, mener Marie Aakre i Rådet for sykepleieetikk.

Færre vil til helsevesenet

Medisin og radiograf er helsefagene som opplever største nedgang i antall søkere til høstens studier. Søkere til sykepleie har også blitt færre.

Tekst **Ellen Morland** Foto **Stig Weston**

Mange av studiene til helsefagene opplever synkende søkertall til høstens studier. De som mister flest søkere prosentvis, er medisin- og radiografstudiene, viser Sykepleiens utregninger.

Tallene er basert på statistikken som Samordna opptak offentliggjorde i slutten av juli. Hele 8,1 prosent færre studenter velger medisinstudiet, og 10,8 prosent færre vil til radiografstudiet enn for ett år siden. Nedgangen for sykepleie er 3,5 prosent.

Sykepleien som førstevalg

Statistikken viser også at sykepleiestudiet har nest størst andel førstevalgsøkere: 53,2 pro-

sent. Bare medisinstudiet har større andel: 67,5 prosent. For mange andre av helsefagene er andelen betydelig lavere. Et eksempel er ergoterapistudiet, som opplever en økning i antall søkere siden i fjor, men der bare 13 prosent har satt ergoterapi opp på første plass i søknaden.

I år har 15491 søkt seg til sykepleien, og 8248 har satt opp studiet som sitt førstevalg. I fjor var antallet henholdsvis 16050 og 8668.

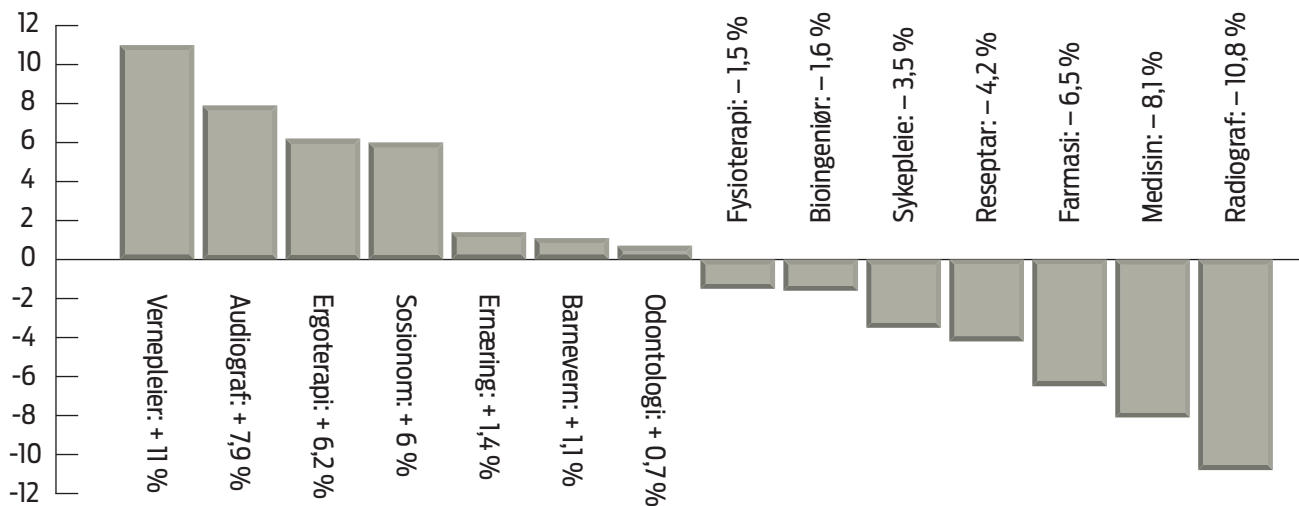
Populære deltidsplasser

Tall Sykepleien har innhentet, viser at Høgskolen i Bergen og i Sør-Trøndelag, de to største lærestedene etter Høgskolen i Oslo, er av de vanskeligste å komme inn på. Men aller mest

rift er det om plassene til Diakonhjemmet Høgskole i Oslo og deltidsstudiet på Høgskolen i Gjøvik.

Deltidsstudiet har mange kvalifiserte søkere og de fleste har takket ja til plassen de nå har blitt tilbudt, forteller opptaksleder Andreas Hagen ved Høgskolen i Gjøvik. Tilbudene er desentraliserte og har 12 plasser på hvert sted: Fagernes i Valdres, Otta i Gudbrandsdalen og Gran på Hadeland. Disse tilbudene har flere søkere med realkompetanse enn på det ordinære heldagstilbudet på Gjøvik. Å bruke realkompetanse som opptakskriterium er aktuelt for en person over 25 år med minst fem års relevant kompetanse (utdanning og/eller arbeidserfaring).





HER ER DEN PROSENTVISE økningen/nedgangen i søkere til helsefagstudiene fra 2009 til 2010 (totale søkertall).

– Har man jobb og familie eller andre forpliktelser, er det en gunstig løsning å gjennomføre studiet på deltid eller desentralisert deltid hvis man har lang reisevei til studiestedet. Da slipper man jo å flytte, og det kan være en svært god løsning for mange som ønsker å bli sykepleier, påpeker Hagen.



IKKE FORNØYD: Student-leder i NSF, Bård Nylund.

seriøst. Nå sist ble forslaget om å gi mannlige søkere to ekstra poeng vraket. Nylund mener en rekrutteringskampanje lik den som ble gjort for lærerne for noen år nå bør kjøres i gang for å rekruttere flere sykepleiere og andre helsefag. Dette vil Nylund nå foreslå overfor helsedepartementet og kunnskapsdepartementet.

– Det er mye snakk om mangel på helsepersonell, men nå er det opp til myndighetene å gjøre noe mer enn å snakke.

At det ikke blir gjort noe, mener han har med statusen til helsefagene å gjøre.

– Når det kommer frem at det er 4,7 prosent ufaglærte i skolen, blir det ramaskrik, men at det er 30 prosent ufaglærte i helsevesenet, er det ingen som reagerer på. ■■■

De mest søkte skolene per plass:

Høgskolen i Gjøvik, deltid
Diakonhjemmet Høgskole, Oslo
Høgskolen i Bergen
Høgskolen i Sør-Trøndelag
Universitetet i Tromsø

De minst søkte skolene per plass:

Høgskolen i Finnmark, Hammerfest
Høgskolen i Bodø, Mo i Rana
Høgskolen i Nesna
Høgskolen i Stord/Haugesund, Stord
Høgskolen i Nord-Trøndelag, Namsos

Kilde: Samordna opptak.
Antall primærsøkere per plass, 2010.

Ledig i nord

Lettest er det å komme inn på studiet i Hammerfest. Skolen har 49 førstevalgsøkere til de 80 planlagte plassene. Høgskolen i Finnmark tilbyr flere plasser på heltidsstudiet i Hammerfest i høst, siden det ikke er opptak til deltidstilbudene i år. Det går 40 studenter på deltidstudiet i Laksevåg og 20 i Kirkenes, opplyser skolen. Disse plassene har det vært god søkning til. Skolen startet deltidstilbudene i 2008. Selv om kullet bare er litt over halvfullt, vil det bli satt i gang som planlagt.

Skolene i nord har vanskeligst for å fylle opp plassene på sykepleierutdanningene. I tillegg til Hammerfest har Høgskolen i Bodø sitt tilbud i Mo i Rana og Høgskolen i Nesna ledige plasser.

Ønsker kampanje

Studentleder i Norsk Sykepleierforbund, Bård Nylund, synes det er urovekkende at så mange av helsefagene mister søkere.

– Hvis dette er en trend, lover det ikke godt for fremtiden. Tiden er inne for en grundig rekrutteringskampanje.

Han er skuffet over at myndighetene ikke tar forslagene som kommer fra Sykepleierforbundet

SERIØSE: Søkertallene til sykepleiestudiet synker, men over halvparten av søkerne har sykepleie som førstevalg på søknaden, i motsetning til mange av de andre helsefagene. (Illustrasjonsfoto).

Behandling / forebygging av ligge- og trykksår

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



Wima® produkter

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

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



Bytter ut kvinnelige pleiere

Stavanger kommune starter et prøveprosjekt som har til hensikt å finne ut hvilken effekt bare mannlige pleiere har på en avdeling.

Tekst **Laila S. Berg** illustrasjonsfoto **Stig Weston**

Seniorforsker i Arbeidsforskningsinstituttet (AFI) Helge Svare, ønsker å følge en gruppe mannlige omsorgsarbeidere ved en boenhet innenfor hjemmebaserte tjenester. Observasjonene skal vurderes og evalueres. Foreløpig er prosjektet på planleggingsstadiet.

Bare menn

– Vi skal bytte ut pleierne i en boenhet som i dag bare har kvinnelige pleiere og erstatte dem med menn. Hensikten er å finne ut hvilken innvirkning dette har på miljøet i omsorgsenheten, og om det betyr noe for innholdet i omsorgen. Videre ønsker vi å finne ut om det generelt virker gunstig for rekrutteringen i denne type enhet. Vi snakker her om pleiere med tilsvarende utdanning og erfaring som de kvinnelige pleierne har i dag, sier rådgiver i personalforvaltningen i Stavanger kommune, Oddbjørg Starrfelt.

Rekrutteringstiltak

– Vi har slitt i årevis med å få flere menn i omsorgsykker, men det går svært sakte fremover, sier Starrfelt.

Det er årsaken til at Helsedirektoratet har gitt 125 000 kroner i støtte til prøveprosjektet. I tillegg har Stavanger kommune mottatt 100 000 kroner fra Fylkesmannen i Rogaland,

som inngår i samme prosjekt. Prosjektplanleggingen starter uke 32 med en tidsramme over fra to til fire uker, og med mulighet til forlengelse.

– Spennende

Runar Bakken, førstelektor ved Høgskolen i Telemark, har det siste tiåret, og spesielt siden 2007, arbeidet med ulike prosjekter for å få menn til omsorgsykker. Han synes det er interessant å finne ut hva som skjer med variablene brukertilfredshet, arbeidsmiljø, trivsel, sykefravær og faglighet når kvinnene byttes ut med menn.

– Vi hadde et liknende prosjekt der vi tenkte å skifte mellom grupper av bare menn og kvinner i fire ukers perioder, men det ble ikke noe av det. Desto mer spennende blir det å se resultatet av dette prosjektet, sier han.

Bakken mener det er fire tiltak som må settes igang samtidig for å sikre rekrutteringen av menn og kvinner til – og kvalitet i sektoren:

- › Øke grunnlønnen
- › Ha fast heltidsstilling som norm
- › Øke grunnbemanningen
- › Få en kompetanseheving på alle nivå

Sektoren har hittil hatt englevakt, fordi kvinner har søkt seg hit. Han frykter at det spøker for fremtiden, fordi kvinnene i økende grad etter hvert vender omsorgsykkene ryggen. Han sikter

til helse- og omsorgssektoren i kommunene, som sliter med lav grunnbemanning, 50 prosent er deltidsansatte og 30 prosent er ufaglærte. Bakken påpeker at deltid er en problematikk som er forbeholdt omsorgssektoren. Han mener det kan være en årsak til at omsorgsykkene ikke har høyere lønn, eller mer status.

– Man rekrutterer kvinner som setter familien og mannens karriere foran sin egen. Man har til nå rekruttert engler som vi må greie oss uten i fremtiden, sier han.

Har prøvd før

Det er for øvrig ikke første gang Stavanger kommune har forsøkt å få flere mannlige pleiere på kroken. De hundretusen kroner som kommunen har fått fra Fylkesmannen i Rogaland, har lenge stått urørt. Pengene skulle nettopp brukes til rekrutteringstiltak blant menn. Tidligere måtte et kick off-møte avlyses på grunn av for liten interesse. Kommunen klarte heller ikke å finne arbeidsplasser som kunne fronte prosjektet. Nå går altså pengene inn i forskningsprosjektet til Helge Svare.

Under ti prosent av studentene ved sykepleierutdanningen ved Universitetet i Stavanger er menn. Få av disse har kommunehelsetjenesten som førstevalg når de skal ut i jobb. ■■■

Tord Dale

Alder: 32 år

Aktuell som: Sykepleier og politisk rådgiver for helseministeren

BAKGRUNN:

25. juni begynte Tord Dale som politisk rådgiver for helseminister Anne-Grete Strøm-Erichsen. Dale er fra Sogndal og ble sykepleier i 2008 på Høgskolen i Oslo. Han har vært aktiv i Ap i Sogn og Fjordane. Fersk i jobben var han i tre uker alene som politiker i Helse- og omsorgsdepartementet.

Lytter til grunnplanet

Hva gjorde du alene på jobben i sommer?

– En fra politisk ledelse skal alltid være til stede i departementet. Jeg koordinerte kommunikasjon, håndterte media og saker som kom opp. Jeg vurderte om vi måtte hente inn andre i politisk ledelse som var på ferie.

Ble det noe action?

– Ja, statsråden måtte avbryte ferien og komme til Oslo. Det gjaldt saken om operasjoner på Nordlandssykehuset som brøt med retningslinjene.

Du kommer fra jobb i et legemiddelfirma.

Hvorfor valgte du en sånn pengebransje?

– Nå er det mer enn en pengebransje, hva skulle vi gjort uten anestesi, for eksempel. Jeg var rådgiver samfunnskontakt og fikk brukt både den helsefaglige og samfunnsfaglige kompetansen jeg har.

Hva har du ellers gjort som sykepleier?

– Jobbet i Helse Bergen på akutt gastro. Som nyutdannet hadde jeg sommerjobb i Stokmarknes. Jeg anbefaler å prøve seg et annet sted, det er lett som sykepleier. Ellers har jeg erfaring fra ambulanse, hjertepost, eldreomsorg og hjemmesykepleie.

Alt mulig altså?

– Ja, egentlig.

Du ble intervjuet i Sykepleien, da du som student klaget på en C i mappeeksamen og det endte med stryk. Hvordan gikk det?

– Jeg tok eksamen på nytt og fikk igjen C, på en etter min mening mye dårligere eksamensbesvarelse enn den første jeg skrev.

Hva er ditt råd nummer én til helseministeren?

– Fortsett å lytte til erfaringer fra grunnplanet i helsesektoren.

Hva brenner du mest for?

– De pasientene som ikke har like lett for å fremme sin egen sak. I psykiatrien, i demensomsorgen, i geriatrien.

På hvilken måte skal du rådgi ministeren?

– Bidra med min erfaring. Være diskusjonspartner.

Hvor tett jobber dere?

– Jeg er den fra politisk ledelse som jobber tettest

med henne. Jeg følger henne på møter, og diskuterer før møter. Fra embetsverket får vi faglige innspill, min jobb er å se det politiske, det folk er opptatt av.

Noen tips du er godt fornøyd med?

– Ja, ett råd var å ta med Sykepleierforbundet og Legeforeningen i saken om Nordlandssykehuset. Vi får mye ut av å møte dem som står i det hver dag. Det skal vi gjøre framover og.

De blir hørt når neste krise kommer?

– Saker om feilbehandling er alltid vanskelige. Skal vi bli bedre, er vi nødt til å ha med personellet.

Du er fra distriktet – hvor viktig er lokal-sykehusene?

– Jeg er opptatt av at vi må se på helheten og kvaliteten i tjenesten. Vi må ikke stille oss sånn at de tilbudene som er hyppigst i mediene er de som blir skjermet.

Hvorfor ville du bli sykepleier?

– Mor er sykepleier. Mormor er sykepleier. Bestemor var det samme. Hun var fantastisk. Er det en brøkdell av henne i meg, er jeg fornøyd. Jeg ble sykepleier sent, men det er det lureste jeg har gjort.

Hvordan har du nytte av det i denne jobben?

– Jeg kjenner helsesektoren, sykdom og behandlingstilbud. Sykepleiere har stor kompetanse i kommunikasjon. Det har jeg god nytte av.

Norge gjør det dårlig i palliativ behandling sammenliknet med andre land, viser statistikken.

– Det er feil at vi gjør det dårlig. Faktisk gjør vi det ganske bra, vi er bedre enn både Sverige og Danmark. Men vi kan bli enda bedre. Vi skårer dårlig på tilgangen til hospice. I Norge bor vi grisgrendt og må løse ting litt annerledes enn i andre land.

Bør noe gjøres?

– Det er alltid rom for å forbedre seg. Men de fleste får god omsorg ved livets slutt, og mange i helsesektoren gjør en svært god jobb.

Ellers noe?

– At jeg er sykepleier er en viktig del av min identitet. Det er yrket mitt. Og det tar jeg bevisst med i jobben min.

Tekst Marit Fonn Foto Henrik Mevold







I et annet rom

En prest er god å ty til når de selv kommer til kort, mener sykepleiere.

I verktøykassen har de særegne redskap som bønn, nattverd og velsignelse. Men aller viktigst er ørene.

Det er rundt 100 sykehusprester i landet. Eileen Paus har egen kirke å preke i på Gaustad sykehus i Oslo.

Tekst og foto **Marit Fonn**



FOR ALLE: Tidligere pasient Sidsel Grue er fortsatt ofte på Gaustad. I dag skal hun ha opplesning under gudstjenesten.



«De fleste har behov for å tro på noe når livet er skjørt og sårbart.

Sykehusprest Eileen Paus

Eileen Paus har sin siste gudstjeneste før sommeren. Hun preker om en raus allmakt til de psykiatriske pasientene.

Tre personer lytter. Det er færre enn vanlig.
– Jeg tror Gud har gitt oss en real tabbekvote, sier Paus.

Ikke alle sykehus har egen kirke slik som her på Gaustad i Oslo. Den psykiatriske institusjonen ligger i grønne omgivelser. Kirkedøren står på vid vegg i sommervarmen. Her kan pasienter – og ansatte – komme når de vil. Fra kontoret innenfor pleier Paus å høre på stegene hvem som vil være alene i kirken og hvem som vil snakke.

Tenner lys

Med sin sopranrøst har Paus nettopp ledet an i salmen «Nærmere

deg min Gud». I løpet av en halv time får kirkegjengerne preken, bønn og nattverd. Og de tenner lys – «for egen del, for noen du tenker på, eller for jorda vår».

Historien om den fortapte sønn som tar et oppgjør med sine verdier blir fortalt av en tidligere pasient. Hun kan den utenat.

Minuttlykke

Paus er på farten hele tiden. Dagen før er hun på et av sine mange besøk på avdelingene. Som vanlig har hun sagt fra at hun kommer. Klokken er tre og det er kaffetid på alderspsykiatrisk. Et par pasienter og noen ansatte er klare.

– Jeg vil framheve noe jeg har lært av deg, sier en av de

«Hva har jeg holdt på med?» er vanlige spørsmål de døende stiller seg. *Eileen Paus*

mannlige pasientene som kjenner presten godt.

– Ordet minuttlykke. At man kan si at «akkurat her og nå har jeg det fint».

– Ååå, så flott å høre, sier Paus.

Hun har fått både kake og varmt i koppen. Mannen har lys sommergarderobe. Han forteller at han lengter hjem.

– Jeg har vært hjemom og byttet klær. Jeg går jo i svart ellers.

– Kanskje blir du lysere inni deg, også? antyder Paus.

Hun informerer dem om jobben sin, blant annet om livsverdigruppen hun har en gang i uken sammen med en sykepleier. Mannen er en av dem som pleier å delta.

– Jeg synes det skulle vært mer religion. Ellers er den vellykka, sier han.

En dame har satt seg ved enden av bordet.

– Det er vanskelig å være alene, sier hun.

– Jeg fikk ikke med meg briller, penger eller klokke hit. Ikke noen ting. Jeg vil hjem.

– Den ensomhetsfølelsen kan mange kjenne seg igjen i. Men er det alltid vondt å lengte etter noe? lurer Paus.

– Ja, jeg synes det, sier damen.

– Lengsel kan jo minne om noe godt, prøver Paus.

– Jo da ...

Paus forteller om den ukentlige gudstjenesten og hyggestunden etterpå. Dette skjer hver torsdag.

– Vafelene går i pressa som vanlig. Å ha gudstjeneste i vaffelduft er ikke så gærent, lokker hun.

Religiøse vrangforestillinger

Det er de gylne øyeblikkene som driver henne. Først og fremst skjer det i samtaler.

– Om pasientene er innlagt for første eller n'te gang, så er de i stor krise, sier Paus på den pasientdrevne Café Årstidene.

– De fleste har behov for et holdepunkt utenfor dem selv. For noen kan det være godt å snakke med sykehuspresten som ikke deltar aktivt i behandlingen. Vi kan tilby noe annet – et rom som er annerledes.

Psykiatrien byr på noen ekstra utfordringer, for eksempel psykoser og religiøse vrangforestillinger.

– Jeg opplever at vrangforestillingene har endret seg, sier Paus.

Fra å ha grandiose ideer om å være Jesus, synes hun at pasientene nå er mer styrt av teknologiske ting i sine virkelighetsoppfatninger.

Den stabile

Når hun har pasienter til sjelesorg, er det alltid i samråd med posten. Det skal ikke være noe fluktsted. Personalet tar kontakt etter pasientens ønske.

Pasientene har alle slags livssyn. Noen ansatte har piggene

ute når de hører ordet «prest».

– Noen bærer med seg noen spøkelses, sier hun og understreker at respekt for andres tro og tanker alltid er essensielt.

Hun kan ha kontakt med pasienter over lengre tid enn de enkelte helsearbeidere.

– Jeg treffer ofte pasienter i akuttfasen og kan følge dem fra post til post i opp til et halvt år. Noen kommer også hit når de er utskrevet og usikre på framtiden.

I alt det utrygge kan hun representere noe stabilt.

Denne uken har Paus undervist både personalet og pasientene på sikkerhetsavdelingen.

– På denne type avdeling blir personalet ekstra utfordret i møte med den enkelte pasient. Vi diskuterte begrepet respekt fra mange sider.

Hos pasientene var temaet tillit.

– Vi snakket blant annet om hvor viktig det er å ha tillit til personalet på avdelingen.

Ber om nær Gud

Presten har verktøy som kollegene ikke har: De kan lyse velsignelsen. Gi nattverd. Be. Tenne lys.

– Noen har behov for å hente fram fadervår. I en samtale kan jeg si: «Er det ok at jeg tenner et lys for deg? Noen har aldri opplevd det og blir rørt. Eller jeg kan si: «Er det ok at jeg ber for deg?»

– Hva ber du om?

– Tja. At Gud må være nær. Og gi trygghet. Det spør hva bestillingen er. Kanskje ber jeg for dem hjemme. Noen er redde for barna sine.

De ansatte sørger

Gaustad er en del av Aker sykehus, som igjen er en del av Oslo universitetssykehus. Aker skal legges ned, og Paus merker godt usikkerheten blant de ansatte.

– Det er mye sorg. Noen har jobbet her halve livet. Aker-ånden er spesiell.

Hver fjerde uke har hun tilkallingsvakt på Aker sykehus. Da må mann og barn finne seg i å vente hvis mamma må av gårde til en pasient som klamrer seg til livet for å få med seg en velsignelse.

Enkelte døende vil gjerne fortelle noe de bærer på. De vil legge børen fra seg et sted.

«Jeg har alltid elsket en annen», har Paus fått høre. Noen angrer på at de har såret sine barn, andre angrer på noe de ikke gjorde. «Hva har livet vært? Hva har jeg holdt på med?» er vanlige spørsmål.

– Har du smarte svar?

– Nei, aldri. Jeg lytter mye etter deres tro. De fleste har behov for å tro på noe når livet er skjørt og sårbart. Jeg kan kanskje



VERKTØY: Å gi nattverd er bare ett av prestens verktøy. Etter gudstjenesten er det alltid kirkekaffe på Gaustad. Med vafler fra kafeen drevet av pasienter.

Sykehusprester:

Antall:

▶ På offentlige sykehus: 80

▶ Private/diakonale institusjoner: 26

▶ Sykehjemsprester: 23

▶ De er ansatt i ulike stillingsbrøker.

▶ Sykehusene har ingen plikt til å ansette prester.

Kilde: Presteforeningen og Helsedirektoratet





PREST I HVITT: Jan Gaute Sirevåg har tatt på sitt vanlige arbeidsantrekk. Pynterommet er vegg i vegg med kapellet her på Aker sykehus. - Det er bare vi som har lov til å tenne lys - på grunn av brannfaren.

Pasi-
enten

Ga plaster på såret

22. januar i år er Anita Grønnvold Oseid og mannen på Ullevål sykehus for å ta ultralyd.

Hun er gravid i uke 18. Rutinekontrollen starter, men turnuslegen og jordmoren blir så stille. Oseid skjønner at noe er forferdelig galt.

Babyen har vært død i to uker. Anita og mannen er helt uforberedt. Det er som om verden revner. To ting står klart for henne: At hun har vært en dårlig mor som lot barnet sitt dø uten å ane det. Og at hun må føde den døde kroppen. Hun er redd.

Liten fot

Dagen etter – en lørdag – får hun stikkpiller som framkaller rier. Det blir mye blod. Hun ser en bitte liten fot komme ut. Da vil hun ikke se mer. Babyen blir født i et bekket og båret ut. Var det ikke mer, undrer de når de sitter alene på rommet.

Senere på kvelden kommer en hjelpepleier med barnet i et pussbekken med hvitt stoff. Hun anmoder dem å se. Hun ber dem avdekke selv og anbefaler å begynne nederst ved føttene. De gråter,

men det er også fint å se den lille skapningen med tynn, misfarget hud. Kjønnnet klarer de ikke å vurdere.

Men hvorfor kommer ingen prest? funderer de. De drar hjem. Føler seg tomme. Et par dager senere får de en overraskende telefon: Det er sykehuspresten Magne Stendal. En venn av dem jobber på sykehuset og har fortalt Stendal om dem.

«Vil dere komme?» spør han. Det vil de. De prater i to-tre timer.

Presten har på eget initiativ gått til patologen og bedt dem finne ut kjønnnet på barnet. Det er en gutt.

Foreldrene føler seg sett og møtt. Oseid får hjelp til å skjønne at hun ikke kunne ha gjort noe for å redde livet til gutten.

Minnestund

De gir ham navnet Liam og har en minnestund på sykehuset. Det blir en verdig seanse, og etterpå føler



MISTET BARNET: Uten prest ville Anita Grønnvold Oseid slitt mer i ettertid. Foto: Privat

de ro. Presten støtter dem i deres tanker om døden.

De tror Liam er et annet sted. Kanskje i en himmel, kanskje i en ny baby.

– Uten den forståelsen vi har fått fra presten, ville vi sittet igjen med et stort hull. Samtalene ble et stort plaster på såret. Egentlig har han vært mer psykolog enn prest, sier Anita Oseid, som er sykepleier.

« Døden er vårt siste tabu. Seksualitet er ikke tabu lenger. Om døden er vi ordløse. »

Jan Gaute Sirevåg

gå et stykke vei med dem. Sykehusprester representerer noe annet, større enn oss selv.

Lærer av psykoanalysen

Paus, som tar videreutdanning i sjelesorg, tilegner seg samtalekompetanse blant annet ved å lese om psykoanalyse.

– Jeg vet etter hvert hva som er gode spørsmål som åpner. Jeg trenger det verktøyet – og det rituelle. Sjelesorg handler om å tro på en tilstedeværelse av noe annet. God sjelesorg er god terapi.

– Du har mye makt?

– Det er jo alltid asymmetri i det lille samtalerommet, der vi er én til én. Mange bærer med seg et bilde av en streng og dømmende Gud. Det bildet vil jeg kakke hull på.

Hun er opptatt av å gi nye gudserfaringer.

Religion kan bli traume

I sofaen på prestekontoret under et bilde av engler forteller sykepleier Anne-Karin Gabrielsen om sitt første møte med Paus. «En ressurs for pasientene!» tenkte hun da Paus presenterte seg på psykoseposten. Gabrielsen er teamleder der.

– Jeg er ikke kristen. Mange ganger kommer jeg til kort. Jeg kan for lite til å gå inn i det dypeste åndelige. Paus kan løse opp den gordiske knuten – som troen kan være. På en lukket post

kan det være bra med en person utenfra.

Gabrielsen setter pris på at Paus ikke gjør krav på sannheten. De har begge erfart hvordan religion og kultur kan skape traumer hos pasienten, og at muslimer gjerne snakker med en kristen prest.

Men muslimer har ikke tradisjon for sjelesorg. Psykisk sykdom er ofte skambelagt.

– Vi mennesker er like. Vi trenger støtte når vi har det vondt, sier Paus.

– Du har tid og rom, til og med kirkerom. Du er kristen, jeg er humanetiker, men pasienten er i sentrum for begge, sier sykepleieren.

Sidsel Grue er også stadig innom, både i kirken og som aktiv i teater Vildenei. Hun var pasient på Gaustad i to år på 90-tallet.

– Kristendom har alltid vært en del av livet. Men når verden går meg imot, kan jeg oppleve at heller ikke Gud liker meg. Da er jeg ute å kjøre. Men her blir jeg minnet på at Gud er her.

Grue synes det er synd at så mange psykiatriske pasienter blir kastet ut av sykehuset altfor tidlig.

– Men heldigvis må man ikke være innlagt for å gå på gudstjeneste her.

– Døden er tabu

Seks kilometer lenger øst holder sykehusprest Jan Gaute Sirevåg



Ble roet ned av presten

6. juni 2007 før midnatt får Sunniva Borgens samboer hjertestans.

Etter en halvtime på akuttmottaket på Ullevål sykehus får hun vite at de ikke klarte å redde livet hans.

En hjelpepleier sitter sammen med henne. «Det kan være lurt å kontakte presten», sier hun.

Sunniva er skeptisk. Men hjelpepleieren gjen-tar sitt råd.

«Ja vel, da», sier Sunniva.

Det er fortsatt natt når presten kommer. Hun oppfatter straks Magne Stendal som rolig, ydmyk og behagelig.

Han roer henne ned og ber henne gjentelle det som har skjedd.

Obdusere?

Legene ønsker obduksjon. Hun er i sjokk og liker ikke tanken. Som sykepleierstudent vet hun hva en obduksjon kan være. Presten overbeviser henne om at det er lurt å få svar. Han sier han

kan overvære obduksjonen. Det gjør han.

I løpet av sommeren har de flere samtaler. Religion snakker de lite om, og bare når hun bringer det på bane. Hun er i stuss om hun orker å fortsette studiet. Han sier: «Er det noe du skal gjøre, så er det å bli sykepleier.»

– Det er mye av grunnen til at jeg er sykepleier i dag, sier hun.

Hun angret ikke.

Normaliserte

– Jeg ser også i ettertid at det var riktig å obdusere. Presten visste hvor viktig det er å få alle svar på bordet om hva som faktisk har skjedd. Det har vært godt å ha en veileder å støtte seg til, sier hun.

Hun tenker at det var bra at hun traff akkurat ham. Obduksjonen viste at ingen kunne ha forutsett at dette skulle skje.

– Vi snakket generelt om sorgen, og det

På-rørende



MISTET SAMBOEREN: Sunniva Borgen likte at presten sa det han mente. Foto: Marit Fonn.

ukjente. Han normaliserte. Jeg følte at jeg ikke var så rar.

– Fungerte presten som en psykolog?

– Nei, jeg tror en psykolog ville vært mer forsiktig med å si egne meninger. Stendal ga noe av seg selv og turte si det han mente. Han stilte opp mer enn han trengte, og det gjorde noe med selvfølelsen min.



« Hvis de ber meg be til Allah, trekker jeg meg høflig tilbake.

Jan Gaute Sirevåg

til. Han har nettopp fått kontor ved siden av innkjøpsavdelingen på Aker sykehus.

– Sykepleierne selger våre tjenester inn i sykehuset. Jeg banker sjelden på en dør selv, sier han på en dialekt som passer for yrket. Han er fra Jæren i Rogaland.

På bordet ligger avisen Vårt Land. Et diplom med Jesus-bilde henger på veggen og forteller at Jan Gaute har hatt «fin åtfærd» på søndagsskolen. Kjolen hans henger utenpå skapet; hvit med lilla bånd. Lilla for sorg.

– Døden er vårt siste tabu. Seksualitet er ikke tabu lenger. Om døden er vi ordløse. Vi skyver den framfor oss.

Det er aldri to like tilfeller når presten møter dem som nærmer seg døden. Men det er vanlig å være redd for å dø.

– Min oppgave er å «tune» inn og være til stede. Jeg spør hva de tenker om døden. Alle har tanker. Jeg arbeider i skjæringspunktet

mellom respekt for deres tanker og å hjelpe dem å bearbeide.

– Hva tenker de?

– Veldig forskjellig. Noen har en naturvitenskapelig tilnærming om at de slutter å puste. Andre ser fram til gjensyn med sin døde mor. Noen har forankring i en tro som betyr mye.

En velsignelse kan gi ro og trygghet for en terminal pasient. Ikke alltid er det behov for å si så mye. Det kan være nok å holde i en hånd på en urolig kropp.

Klar bestilling

Sirevåg føler seg fram. Noen åpner tydelig for det religiøse. Som pasienten han var hos i går. Bestillingen var klar: «Jeg vil komme nærmere Gud». Han var hos henne i 40 minutter.

– Hun tok imot en forankring. Det seig inn i hjerte og sinn.

Sykepleieren spurte ham etterpå: «Har du vært inne hos pasienten?» Den gamle damen på 85 var blitt så forandret og avslappet.

– Rynkene var vekke. Damen var et stort smil. Sykepleieren åpnet døren inn for meg. Jeg åpner døren oppover.

Ber ikke til Allah

– De man forbinder med andre religioner ønsker også å snakke med meg, opplyser Sirevåg

– Jeg blir sett som «the man of God».

Han spør om han skal hente en representant for pasientens religion, men får ofte nei.

– «Din Gud er min Gud», kan de si. Men hvis de ber meg be til Allah eller Buddah, trekker jeg meg høflig tilbake. Jeg må ta vare på min integritet.

Katolske prester er mer etterspurt, ikke minst på grunn av polske innvandrere som ønsker den siste olje. Noen ber Sirevåg gi dem det.

– Gjør du det?

– Ja, en form for.

Hans vanlige arbeidsantrekk er svart skjorte og jeans og hvit frakk.

Presten brukes til mange ting

– Med en gang vi nevner presten, spør pasienten: «Skal jeg dø?»

– Derfor selger vi presten inn som samtalepartner. Nesten som en psykolog, sier Janicke Sørensen, fag- og forskningssykepleier på lungeposten, Aker sykehus.

Nesten daglig får presten telefon fra dem.

– Vi hadde en eldre pasient som hadde det så fælt, men han sa så lite.

Presten kom. Pasienten sa ingenting «Kanskje jeg skal gå», sa presten. Da grep han prestens arm. «Ikke gå. Kan du ta Fadervår?»

– Det var en sterk opplevelse, sier sykepleieren, som ikke selv er troende.

– Han snakker ikke mye om religion. Det er så genialt. Det er opp til hver enkelt hva som skal være agendaen.

– Ikke fortreg

Sørensen ser at noen pasienter finner tilbake til sin barnetro på dødsleiet.

– Når vi kommer til kort, er presten god å ha. Vi ser at han kan brukes til mange ting. Vi har det så travelt. Pasientene vil ikke alltid snakke med oss. Vår informasjon flyter mellom skiftene. Med presten er de trygg på at det ikke skjer. For noen er det godt.

En pasient var døende. Ektefellen var også alvorlig syk. De hadde en tenåring, og fortalte ikke at en av dem snart skulle dø.

– Vi så at her har de ikke vært ærlige, og at nå renner tiden ut. Vi var bekymret for hvordan tenåringen ville få det i ettertid. Men det var tøft å ta dette alene.

Sammen med prest Jan Gaute Sirevåg laget de en plan for hvordan de skulle oppfordre foreldrene til åpenhet.

– Det var godt å ha noen å dele med.

Må dosere

Sørensen påpeker at et av de største problemene blant personalet er utbrenthet. Også her kan presten bidra.

– Jeg glir inn mellom medarbeiderne. Jeg har ikke behov for å skille meg ut.

Men blir han tilkalt, tar han på den runde snippen.

Får høre om overgrep

Han ble ordinert prest for bare halvannet år siden. I 20 år jobbet han i Norsk Luthersk Misjonssamband. Der måtte han håndtere overgrepssakene som ble avdekket. Det kommer til nytte nå.

– Å se livet passere revy er typisk på dødsleiet. Ikke minst kommer de såre punktene fram. Da får jeg bruk for overgrepskompetansen. Ikke få har for første gang fortalt det som skjedde dem for 30–40 år siden da de var jenter.

Bestillinger

Prestebestillingene kommer fra mange hold. Nylig ble han bestilt til både en pasient og pårørende.

– Ikke minst hadde ektefellen behov for å prate om sin angst.

Pasienten vil hjemom før han dør. Men konen er redd han skal dø mens han er hjemme. Sirevåg prøver å gi henne livsmot så hun orker å ta ham hjem.

– Det faller nok på plass, sier han avslappet.

Han leser oppe en e-post han fikk dagen før. En kreftpasient fikk en blodstyrning. Det plutselige, blodsprutende dødsfallet opplevdes som skremmende av nyutdannede sykepleiere og hjelpepleiere. Derfor har de bedt om et møte med presten for å bearbeide den dramatiske opplevelsen. De har avtale om en uke.

– Den viktigste utrustningen er ørene, sier han.

Blir berørt i eget liv

I møte med pasientene aktiveres helsearbeiderens egen livshistorie. Han forteller om da han ble kalt til en døende av en sykepleier. Pasienten var usikker. «Du kan jo hilse på», sa sykepleieren.

Det ble full klaff. Prest og pasient hadde felles kjente. Sirevåg lyste velsignelsen. Sykepleieren, som var til stede i rommet, strigråt. Etterpå fortalte hun hvordan hun var tilbake på kirkegården

hos mormor som døde noen uker tidligere.

– Det går ikke en dag uten at de ansatte blir berørt i eget liv. Jeg tror jeg har spart sykehuset for noen sykmeldinger.

Sirevåg liker korte spissformuleringer.

– Forankring fryder, sier han.

En velsignelse kan gi en døende ro og en trygghet om ikke å være alene.

– Hva roer dem som ikke tror?

– At de har levd et godt liv. Takknemlighet for å ha levd lenge.

De fleste ønsker ikke å dø.

– De er opptatt av tre ting: Relasjoner – til Gud og sine nære og kjære. Av at smertene ikke skal bli for store. Og at døden ikke må dra for langt ut. Her ser jeg ofte spenninger i forholdet til de pårørende.

Tilkalt

Telefonen ringer. Tilkalling fra obs-posten.

– Hva heter pasienten? Født i 79, ja. Går det an å si noe om diagnose og prognose?

Vegring hos sykepleieren i telefonen. Sirevåg beroliger:

– Vi har taushetsplikt i bøtter og spann. Jeg kommer ikke inn på dipsen. Er bare opptatt av stikkord.

Sirevåg sier han kan komme litt senere. Pasienten er ikke terminal.

En gang traff han en muslimsk pasient som hadde mistet sønnen sin plutselig. Det var Allahs vilje, mente han.

– «Er det sikkert?» spurte jeg. Jeg ville gi rom for sorg og smerte. Der kommer sjelesorgkompetansen til uttrykk.

– Hvordan gikk det?

– Vet ikke. Han ble utskrevet.

Han definerer sjelesorg slik: Å være lyttende til stede i møte med menneskers livshistorie og hjelpe til med forståelse og framtidshåp. Håp er et sterkt teologisk begrep.

– Makt da?

– Det gir mulighet til å utføre. Med respekt. Som kommer av respectare; se en gang til. ■■■

Sykepleieren

– Noen pasienter identifiserer man seg med, de går rett i hjertet. «Hvorfor går dette innpå meg?» er et naturlig spørsmål.

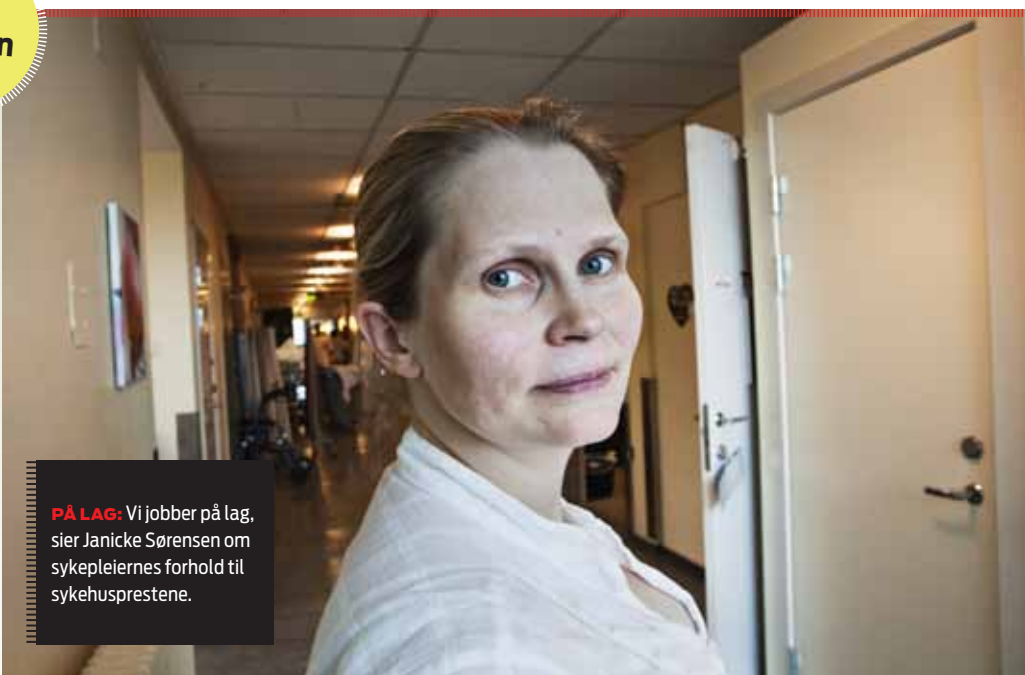
Om prestene utstråler trygghet, så kan prestestudentene få bakoversveis. Noen har aldri vært på sykehus, og det kan bli overveldende å treffe døende.

– Derfor blir de gjerne sittende for lenge hos pasienten. De klarer ikke begrense seg.

De proffe prestene skjønner at de må dosere sine besøk.

« Pasientene vil ikke alltid snakke med oss.

PÅ LAG: Vi jobber på lag, sier Janicke Sørensen om sykepleierens forhold til sykehusprestene.



Pasienter over 80 år med lårhalsbrudd, hjerneslag eller lungebetennelse venter mest på utskrivning.

Eldre med akutte skader venter mest

Les mer om:

32 Best i test i Bærum ›

38 Hjelper rus-sykepleiere i USA ›

40 Måler smerter hos barn på Ullevål ›



sykepleien.no

› Fikk du lest om sykepleierne i USA i nr. 8? Nå finner du historiene på sykepleien.no som pdf.



Fakta om undersøkelsen

Fase 1: Analysesenteret samlet inn egne tall på utskrivningsklare pasientene fra 25 sykehus. I tillegg ble det gjort aktivitetsregistreringer fra 4 ulike foretak/sykehus og benyttet offentlig tilgjengelige statistikk. Disse fire er:

- › Helse Finnmark HF
- › UNN HF
- › Diakonhjemmet sykehus
- › SIV HF

Fase 2: Kvalitativt studie. Ble benyttet for å gi en nærmere beskrivelse av de utskrivningsklare pasientene.

Studien som ble satt i gang for å undersøke hvor mange pasienter som blir liggende på sykehus i påvente av utskrivning, er nå ferdig. Den første delen av studien handlet blant annet om å få sikrere tall på hvor mange det dreier seg om, var ferdig i våres og ble omtalt i Sykepleiens aprilutgave (nr. 5). Nå er den delen av studien som undersøker hvem de ventende pasientene er, klar. 34 personer fra sykehus og kommuner har deltatt i fem fokusgrupper (i Tønsberg, Kirkenes, Hammerfest, Tromsø og Oslo). De skulle gi innspill til følgende spørsmål:

- › Hvem er de utskrivningsklare pasientene?
- › Hva eller hvilken helsehjelp er det de utskrivningsklare pasientene er i behov av?
- › Hvor gis helsehjelpen som de utskrivningsklare pasientene er i behov av best og mest effektivt?
- › Hvorfor oppstår problemstillingen med utskrivningsklare pasienter?
- › Hvordan forstås definisjonen på utskrivningsklare pasienter og hvordan anvender det enkelte foretak/sykehus denne definisjonen?

I rapportene fra gruppene kommer det frem at 95 prosent av pasientene som blir liggende på sykehus etter at de er utskrivningsklare, opprinnelig er

lagt inn som øyeblikkelig hjelp. Bare 5 prosent av oppholdene som ender med utskrivningsklare liggedøgn, er elektive opphold. Om hvorfor dette skjer, sier rapporten fra studien: «Utskrivningsklare liggedøgn oppstår primært fordi det helsetjenestetilbudet disse pasientene er i behov av, i kortere eller lengre perioder, ikke finnes med tilstrekkelig kapasitet og kompetanse».

Studien er utført av Analysesenteret på oppdrag fra Norsk Sykepleierforbund. (NSF)

– Samhandlingsreformen er nok den viktigste grunnen til at vi ønsket å gjennomføre denne studien. Å sikre at pasienter får behandling og hjelp på riktig nivå, er viktig. Det er best for pasienten, det gir best ressursutnyttelse og effektivitet, og ikke minst er det kostnadsbesparende, sier NSF-leder Lisbeth Normann.

Regjeringen anslår at utskrivningsklare pasienter koster 1 milliard. Summen inkluderer både somatikk og psykiatri. Den ferske studien bekrefter tallene regjeringen tidligere har anslått når det gjelder somatikken, men tallene fra psykiatrien er ikke undersøkt.

– Men det er viktig å få med at alle tallene er beheftet med stor usikkerhet, understreker Normann.

Regjeringen anslår i samhandlingsreformen antall utskrivningsklare liggedøgn til å være om lag 150 000 innen



somatikken og 4–500 000 innen psykisk helsevern per år. For somatiske sengeposter utgjør dette rundt 450 sykehussenger. Og dette koster årlig 725 millioner kroner, anslår regjeringen. Hadde pasientene blitt overført til intermedieære avdelinger på sykehjem, kunne 505 millioner være spart

Lisbeth Normann påpeker at hjemmesykepleie er en billigere og bedre løsning.

– Mange pasienter ønsker å komme raskt hjem og få den hjelpen de trenger der. Det er også der det er billigst å behandle dem. Men det krever selvfølgelig en kraftig satsning på kompetanse i kommunehelsetjenesten.

– Hvis tallene kun er anslag, er det ikke litt spesielt at den er ryggstølen i samhandlingsreformen?

– Jo, men det er en av grunnene til at vi har gjort studien. Vi må bort fra anslag og over til fakta. Det er alle interressert i, sier hun.

Mottaksapparatet på primærhelsetjenestensiden mangler kapasitet og ressurser til å ta hånd om utskrivningsklare

pasienter. Både når det gjelder midler og kvalifisert personell.

– Utskrivningsklare pasienter havner i en limbo-situasjon. De er stemplet utskrivningsklare av spesialisthelsetjenesten, men står samtidig uten tilbud i primærhelsetjenesten. Fra helsepersonellens side oppleves dette som uverdigg, sier Lisbeth Normann.

Hun er opptatt av hele pasientforløp. Det må planlegges fra en pasient kommer inn på sykehus, til de er hjemme igjen.

Har de eldste i landet

Diakonhjemmet i Oslo er en av de fire helseforetakene som har deltatt i både den kvalitative og den kvantitative undersøkelsen. Sykehuset har det høyeste antallet liggedøgn for utskrivningsklare pasienter, ifølge Analyseresenteret.

– Hvem er de utskrivningsklare pasientene hos dere?

– Den typiske utskrivningsklare pasient ved Diakonhjemmet Sykehus er 80 år eller mer, er velfungerende hjemmeboende med lite eller ingen hjelp fra

bydelen inntil en akutsituasjon oppstår. For eksempel fall, infeksjon eller slag, sier sektorkoordinator Aud Turid Rømmem.

Hun legger til at også pasienter med kroniske sykdommer som «ambulerer» mellom spesialist – og primærhelsetjenesten, og pasienter med psykisk sykdom med somatiske tilleggssykdommer, kvalifiserer som en typisk pasient.

POSITIVT: Det kan diskuteres om utskrivningsklar er et problem. Egentlig er det noe positivt, sier Aud Rømmem, seniorkoordinator ved Diakonhjemmet i Oslo.

« Dette bekrefter mye av det vi vet. »

NSF-leder Lisbeth Normann

– Et «klassisk eksempel» er en velfungerende, dame som bor alene i eget hus. På vei til postkassa for å hente morgenavisen faller hun og brenner lårhalsen. Hun legges inn på sykehus, opereres og trenger mye hjelp umiddelbart etterpå, sier Rømmem.

– Hva eller hvilken helsehjelp trenger de utskrivningsklare pasientene hos dere?



Dette feiler dem

Ifølge rapporten er det tre hoveddiagnosegrupper som dominerer bildet av utskrivningsklare pasienter. De tre diagnosene står for 59 prosent av sykehusoppholdene med utskrivningsklare liggedøgn. De tre er:

- ▶ Sykdommer i skjelett-, muskelsystemet og bindevevet står for 27 prosent. Lårhalsbrudd dominerer.
- ▶ Sykdommer i nervesystemet står for 18 prosent. Hjerneslag dominerer.
- ▶ Sykdommer i åndrettsorganene står for 14 prosent. Lungebetennelse dominerer.

25 prosent av de utskrivningsklare liggedøgnene er knyttet til sykehusopphold som grupperes til en kirurgisk DRG.

75 prosent av de utskrivningsklare liggedøgnene er knyttet til sykehusopphold som grupperes til en medisinsk DRG.

80 prosent av utskrivningsklare liggedøgn er knyttet til pasienter over 70 år.

50 prosent utskrivningsklare liggedøgn er knyttet til pasienter over 80 år.

– Per definisjon har ikke utskrivningsklare pasienter behov for tjenester fra oss. De har behov for tilbud fra primærhelsetjenesten, først og fremst knyttet til pleie og omsorg. Vi melder til bydel at pasienten ikke lenger har behov for tjenester på spesialisthelsetjenestnivå. Bydelen vurderer pasienten og fatter vedtak om tilbud på rett omsorgsnivå.

– *Hvorfor oppstår problemstillingen med utskrivningsklare pasienter?*

– De tre bydelene i Diakonhjemmet sektor har den eldste befolkningen i landet. Det er i hovedsak eldre mennesker som blir syke og legges inn på sykehus. Det er helt naturlig at mange av disse vil ha behov for hjelp til pleie og omsorg etter et sykehusopphold. En logisk konsekvens av dette er at mange av våre pasienter meldes utskrivningsklare, sier Remmem.

Hun mener at det kan diskuteres om primærhelsetjenestens rammer er tilstrekkelig til å gi nødvendige tilbud til alle brukere de har ansvar for.

– Vi opplever at våre bydeler kontinuerlig vurderer og forbedrer sitt tjenestetilbud for å gi brukerne helsehjelp på riktig nivå. Samarbeidet mellom sykehuset og bestillerkontorene i «våre» bydeler er tett og godt.

– *Har dere spesielle bekymringer rundt dette med utskrivningsklare pasienter?*

– Det kan diskuteres om «utskrivningsklar» er et problem. Egentlig er det noe positivt – da trenger du ikke lenger å være på sykehus. Det vil alltid være et høyt antall utskrivningsklare pasienter ved vårt sykehus. utfordringen ligger i hvor lenge de blir liggende i sykehuset etter at de meldt til primærhelsetjenesten. Da oppstår fare for komplikasjoner som infeksjoner, immobilitet, fall og lignende. Sykehuset må prioritere pasienter med behov for spesialisthelsetjenester/akutt syke pasienter. Lang liggetid etter melding om utskrivning fører noen ganger til overbelegg. Det er

uheldig av mange grunner. Kanskje spesielt fordi det øker risikoen for redusert kvalitet i behandlingstilbudet, komplikasjoner og belastningen på personalet, sier Remmem.

Ikke bare én årsak

Fokusgruppene som deltok i Anlysesenterets undersøkelse har kommet frem til at det ikke finnes bare én årsak til at pasienter ender opp som utskrivningsklare. Blant årsakene er:

- ▶ Innsnevring av fokus og ansvarsområder i spesialisthelsetjenesten
- ▶ Manglende kommunikasjonslinjer
- ▶ Manglende kontinuitet i inntak til institusjonsplasser i kommunene
- ▶ Mangel på tilrettelagte boliger
- ▶ Mangel på korttidsplasser
- ▶ Mangel på kapasitet og kompetanse i primærhelsetjenesten
- ▶ Manglende kapasitet i sosiale nettverk

– Dette bekrefter mye av det vi vet, sier Lisbeth Normann.

Hvem er de?

Fokusgruppene ble de bedt om å beskrive den typiske pasient som ender opp med utskrivningsklare liggedøgn. Beskrivelsene støtter de kvantitative funnene:

- ▶ De er gamle
- ▶ De får en akutt sykdom (eks. brudd, hjerneslag, lungebetennelse) med funksjonssvikt til følge
- ▶ De trenger rehabilitering over betydelig lengre tid enn unge pasienter med tilsvarende lidelser for om mulig å gjenvinne den funksjonsevne de hadde før den akutte sykdommen inntraff bl.a. grunnet komorbiditet (flere kompliserende kroniske tilstander i tillegg til den akutte lidelsen)
- ▶ Under oppholdet avdekkes en betydelig grad av funksjonssvikt, både kognitivt og fysisk, gjerne akutt forverret av den inntrufne sykdommen,

med et økt behov for tilsyn, hjelp og pleie til følge i forhold til situasjon før innleggelsen.

- ▶ De har gjerne et komplekst og sammensatt sykdomsbilde, der kompleksiteten oftere enn den akutte lidelsen som forårsaket innleggelsen, er den behandlingsmessige utfordringen
- ▶ De har oftere en bolig som ikke er tilrettelagt i forhold til funksjonsnivå
- ▶ De er oftere enslige uten nære pårørende til å hjelpe dem i nærheten
- ▶ De har oftere et svekket sosialt nettverk

Hva trenger de?

Ifølge rapporten kan man dele majoriteten av de utskrivningsklare pasientene inn i hovedgrupper etter hvilket behov de har for helsehjelp:

- ▶ Den nyoppdagete litt rørete begynnende demente pasienten med behov for regelmessig tilsyn gjennom hele døgnet, enten i eget hjem eller institusjon
- ▶ Rehabilitering og opptrening mht. ADL-funksjoner som å spise, drikke, gå, snakke, personlig hygiene
- ▶ Terminal pleie og palliasjon (en volummessig mindre gruppe men desto mer krevende kompetansemessig så vel som ressursmessig)
- ▶ Indirekte helsehjelp i form av avlastning utslitte pårørende (også dette en mindre gruppe – typisk eldre ektefelle med «aleneomsorg» for den syke)

Ifølge Lisbeth Normann er det verdt å merke seg at selv om disse pasientene er få per kommune, er behovene til denne gruppen enorme. Både når det gjelder kompetanse, kapasitet og ressurser.

– Det kan være det nyfødte multifunksjonshemmede barnet med betydelige behov både i forhold til pleie, ernæring og habilitering. Det kan være pasienten klarert for hjemmerespiratorbehandling hvor én pasient alene genererte behov for 8 kvalifiserte pleiere for å dekke en 24 timers turnus i pasientens hjem. Eller det kan dreie seg om pasienten med behov for andre avanserte behandlingsformer som hjemmedialyse med mer, eksemplifiserer Normann.

Sammensatt

Gruppen med utskrivningsklare pasienter er sammensatt. I tillegg kan tilstanden for den enkelte pasient variere fra dag til dag.

NSF anbefaler:

1. Kapasiteten og kompetansen i første-linjetjenesten bygges ut.
 2. Hjemmesykepleien styrkes med økt bemanning.
 3. Bygge ut tydelige kommunikasjonslinjer mellom helse- og omsorgstjenesten, fastlege og sykehus.
 4. Satse mer på elektronisk samhandling.
 5. NSF ønsker ikke betalingsplikt fra første dag fra 2012.
- Ifølge NSF vil betalingsplikt fra første dag føre til økt byråkrati. I tillegg mener NSF det kan føre til at kommunene innvilger sykehjemsplass til utskrivningsklare pasienter, mens hjemmeboende med store behov, må vente enda lenger.



VENTET RESULTAT: NSF-leder Lisbeth Normann er ikke overrasket over resultatene i studien.

– Det gjør det ekstra krevende for sykehuset og kommunen å ha et felles, beslutningsgrunnlag som sikrer riktige prioriteringer og behandling på rett nivå, sier Normann.

For å møte denne utfordringen framheves to strategier av fokusgruppene som deltok i undersøkelsen:

» Proaktivitet fra kommunens side ved raskt å starte kartlegging av behov så snart sykehuset melder at det er innlagt en pasient som antas å ha behov for tjenester ved overføring til primærhelsetjenesten etter endt sykehusopphold

» Oppdatert og fullstendig informasjonsutveksling for eksempel gjennom et tiltak som kalles «konvolutten» i Vestfold der en på forhånd har definert vesentlig informasjon som skal følge pasienten ved overføring mellom nivåene for å sikre kontinuitet og kvalitet i behandlingen.

Hvor skal hjelpen gis?

I alle fokusgruppene var de nokså enige om at helsehjelpen for det store volumet av utskrivningsklare pasienter best blir gitt i primærhelsetjenesten.

– Helst i pasientens eget hjem eller i mindre opptrenings- eller sykehjemsheter nært pasientens hjem, sier Normann.

Fokusgruppene satte imidlertid det

ANDEL DØGNOPPHOLD med UKL registrert i forhold til totalt antall døgnopphold 1. og 2. tertial 2009.

RHF	Totalt antall døgnopphold med UKL ihht. spørreskjema 1. og 2. Tertial 2009	Totalt antall døgnopphold NPR-kuben 1. og 2. Tertial 2009	Totalt antall døgnopphold med UKL registrert i % av totalt antall døgnopphold 1. og 2. Tertial 2009
Helse Sør Øst	9 923	317 414	3,13 %
Helse Vest*	2 416	113 992	2,14 %
Helse Midt	2 246	76 787	2,92 %
Helse Nord	2 081	54 939	3,79 %
Sum 1. og 2. Tertial 2009 **	16 666	563 132	2,96 %

* Mangler tallene fra Helse fonna og Helse Vest er således ikke direkte sammenlignbare med øvrige.

** Ekskl. tall fra Helse Fonna HF som ikke kunne oppgis.

som en forutsetning at primærhelsetjenesten da har tilstrekkelig tilgang på kvalifisert helsepersonell.

I flere fokusgrupper ble mangel på kvalifisert helsepersonell pekt på som et reelt hinder for å kunne gi det beste tilbudet i kommunene. Et annet dilemma som ble trukket frem er at «best» og «effektiv» ikke alltid er sammenfallende. Det er liten tvil om at det for en kronisk lungesyk respiratorkrevende pasient er best å kunne bo hjemme. Samtidig er det like sikkert at åtte fagpersoner i turvis for å betjene en respiratorpasient i eget hjem, er en betydelig mer ineffektiv måte å utnytte ressursene på, enn om pasienten hadde fått samme tilbud gitt på sykehus.

NSF har overrakt rapporten til Helseministeren og kommer til å bruke rapporten for å underbygge organisasjonens forslag i det videre arbeidet med samhandlingsreformen.

– Mange av forslagene i rapporten er gode. Det skjer også mye godt arbeid ute på sykehus og kommuner. Det er imidlertid viktig at vi får forankret et helhetlig system nasjonalt som ivaretar hele behandlingslinjen. Det går ikke å basere seg på ildsjeler, sier Lisbeth Normann.

– Er det noen funn du er overrasket over?

– Nei, faktisk ikke. Jeg er ikke overrasket. ■■■

Tekst **Kari Anne Dolonen** Foto **Stig Weston**

PRØV DIGITALE ARBEIDSBØKER: www.gyldendal.no/37grader
Test deg selv i interaktive og eksamensrelevante oppgaver tilknyttet læreverket:

Kunnskapspakken



Stokke / Hagve (red.)

Undersøkelser ved sykdom

Endelig en samlet oversikt over ulike undersøkelser, samt hvordan disse brukes klinisk i utredning av sykdommer. • 240 sider • 2010 • Kr 430,-

Steen / Degré (red.)

Mikrober, helse og sykdom

«Omfattende, inspirerende og godt om klinisk mikrobiologi», J. B. Haug, Tidsskriftet for Den norske legeforening • 319 sider • 2009 • Kr 495,-

Nordeng | Spigset (red.)

Legemidler og bruken av dem

Boken gir grunnleggende innføring i klinisk farmakologi og dekker kravet til kunnskap for bachelorstudiet i sykepleie • 488 sider • 2007 • Kr 610,-

GYLDENDAL
AKADEMISK
www.gyldendal.no/akademisk

Brukerne har talt: Eikstunet er Bærums beste sykehjem.

Best i test

Eikstunet bo og behandlingssenter

Eikstunet har 32 beboere. Bemanningen er: 12 sykepleiere, 10 hjelpepleiere, en omsorgsarbeider, fysioterapeut 2 dager i uken, prest hver fjortende dag og lege en gang i uken.

Sykehjemmet har 28 enkle rom for faste beboere og to dobbeltrom som er forbeholdt rulleringsplasser.

Eikstunet bo og behandlingssenter ligger vakkert til på Eiksmarka i Bærum. Dette er sykehjemmet som brukerne og de pårørende har gitt beste score i brukerundersøkelsen utført av rådmannen i Bærum kommune i 2009. Den ga 5,4 av seks mulige poeng.

Undersøkelsen består av en rekke spørsmål, fra hvor god middagen er til kvaliteten på pleien.

Selv tror personalet at aktiviteter, fagmiljø og det at brukerne skal få bestemme mest mulig i sine egne liv er det viktigste for trivselen.

Fagutviklingssykepleier Mette E. Stakset forteller at de prøver å unngå at for mange regler styrer hverdagen.

– De eldre kan få legge seg når de vil – og stå opp når de vil. De får fro-kost på senga om de ønsker det. Det er også lov til å ta et glass vin på rommet. I går serverte vi sherry i dagligstuen. Vi feirer det vi kan. Hver gang Norge tok gull i OL, sprettet vi champagneflasken.

Populært arbeidsplass

Eikstunet har fått rykte på seg for å være et godt sted også for personalet. Sykepleierstillingene er lett å besette. Sykehjemmet er et populært praksissted selv om sykepleierstudenter ofte er vanskelig å rekruttere til sykehjem.

– Etter å ha vært her, forandrer studentene mening og sier at de gjerne kunne tenke seg å arbeide i eldreoms-

sorgen. Og de som begynner her, blir på grunn av det gode fagmiljøet vi har. Vi ser det totale mennesket i hver enkelt beboer, sier fagutviklingssykepleier Anita Sævik.

Arbeidet er teambasert. Alle deltar og samarbeider på to lag. Fagutviklingssykepleierne Mette E. Stakset og Anita Sævik er teamansvarlig på hvert sitt lag. Flere av sykepleierne har dessuten spesialutdanning i eldreomsorg og aldersdemens. Alle tar del i alle oppgaver, og for sykepleierne er det viktig å beholde den nære kontakten med beboerne.

– Dette er beboernes hjem, og de pårørende er en del av deres liv. Vi ønsker å ta vare på det mellommenneskelige

aspektet, og vi involverer de pårørende, sier Mette Stakset.

Glad hun havnet her

I hagen sitter Marit Ebbesen (89) og nyter solen. I hånden holder hun en bukett liljekonvall. Ebbesen har vært her siden desember. I dag har hun datteren sin på besøk.

– Jeg opplever det som å ha vunnet i lotto etter at min mor fikk plass her på Eikstunet. Det ligger så vakkert til. Sykepleierne er helt fantastiske mot mor. De viser henne verdighet, og jeg føler meg trygg på at hun blir godt tatt vare på, sier datteren Kirsti Kvalheim.

Marit Ebbesen nikker og smiler.



SITTEDANS er en populær aktivitet. Her gjelder det å løfte det røde båndet i takt med musikken.

«Jeg opplever det som å ha vunnet i lotto etter at min mor fikk plass her.»

Kirsti Kvalheim, pårørende

Før hun kom til Eikstunet bodde hun alene i eget hus, men ettersom helsa stadig ble dårligere ble det vanskelig for henne å klare seg alene.

Godt bemannet

Tjenesteleder Merete Ramm Rønning er tydelig rørt over begeistringen ute i hagen. Hun viser Sykepleien rundt på huset.

Hun forteller at Eikstunet er godt bemannet for de 32 beboerne. Terskelen for å komme seg ut er ikke stor, og alle kan kjenne på livet.

Rommene er store og romslige. På veggene henger brudebilder fra gamle dager før krigen, av barn og barnebarn

i gammeldagse og moderne rammer. Noen rom er godt innbodd, andre er nylig innflyttet og kassene er ennå ikke pakket ut.

Veggene i korridorene er dekorert med kunst. Stemningen er underlig her i dag, og vi snur et stykke nede i korridoren. Lenger ned bor en eldre kvinne som venter på døden.

– Vi er alle preget når noen går bort, selv om vi opplever det hele tiden. Men livet går videre, og det beste for beboerne er at vi holder stemningen oppe. De vet jo som regel ikke noe om det, når det skjer.

I dag har personalet diskutert om det er riktig, av respekt for den døende, å

gjennomføre sittedans. De har kommet frem til at det blir dans. Det er en etterlengtet ukentlig aktivitet som setter humøret i sving hos de fleste.

Sittedans

Liv Mette Halle er sykepleier og sittedanseinstruktør. Det var danselærer Jette Fuglesang som innførte sittedans i eldreomsorgen i 1996. I dag har 70 institusjoner i Norge ukentlige danse-timer. Det er lysten til å danse som er viktigere enn evnen til å bevege armer og ben fullt ut. Formålet er å øke trivselen mellom pasienter og ansatte, samt å bedre de eldres livskvalitet.

Helge Ålovrsrud (87) har besøk av sin





GARTNER: Tomatene trenger litt mer jord, mener Dag Olsen (94). Han gleder seg over å se ut til hagen fra rommet sitt.

kone Gulborg. I dag skal de danse sit-tedans, side om side. De har vært gift i 62 år, og forteller gjerne om livet sitt.

– Vi har ingen barn, så derfor har vi kunnet bruke penger på oss selv. Vi

begynte å reise allerede i 50-åra og har vært i Kina, India, Mexico, Sri Lanka og Sør-Afrika, sier Gulborg.

Nå har Helge Ålovrsrud fått plass på Eikstunet, og han får daglig besøk av henne. Helge ble gradvis dårligere etter et slag i 2004, men han gir uttrykk for at han føler seg ganske sprek, til tross for sykdommen.

– Jeg har det bra, men jeg savner å bevege meg rundt. Jeg tenker mange ganger på at jeg ønsker å reise, men så kommer tanken at det er forgjeves, det går ikke. Jeg er så realistisk at jeg er klar over at det ikke blir noen forandring. Men jeg drømmer om at jeg kan være sprek. Det er steder jeg kunne tenke meg å reise til for å få en vitamininnsprøytning, sier han.

Han er glad for at Gulborg kommer ofte på besøk, men han liker ikke at hun drar.

Beboerne ankommer dagligstuen og danseinstruktøren ønsker alle velkommen. Stolene plasseres side om side i sirkel. En fingerheklet rød snor, «Dansenelars», som danserne holder mellom seg gir et fellesskap, og det røde tauet binder alle sammen i en sirkel. Ut av høyttalerne durer gammeldans. Danse-snoen løftes opp og ned, og fra side til side i takt med musikken. For de eldste er dette en øvelse som krever dyp konsentrasjon. Armer beveger seg i takt, løftes og strekkes så langt det er mulig.

Damene er i flertall, men et par herrer har også funnet veien. Etter dansen

tar Liv Mette Halle hver og en i hånden og takker for dansen.

Felles plattform

Flere av de ansatte vi hilser på har jobbet her siden 1985 da sykehjemmet åpnet.

– Kulturen har vært med helt fra starten. Vi har hele tiden fokusert på etikk og menneskelige relasjoner. Vi har fortsatt etiske diskusjoner nesten daglig. Med gode medarbeidere gjør man hverandre gode. Vi diskuterer og samarbeider daglig om store og små aktiviteter og problemer, sier fagutviklingspsykeleier Anita Sævik.

Dag Olsen (94) har vært beboer siden oktober i fjor. Utenfor rommet sitt har han utsikt til sin egen lille hage. Her dyrker han tomater. Små spirer vokser og gror, og i dag vil han legge på litt mer jord. Mette E. Stakset hjelper til, med vennlige blikk, et smil og en hjelpsom hånd.

– Det er veldig godt å være her. God mat og snille, hyggelige pleiere. Jeg kjeder meg ikke et øyeblikk, sier gartneren.

Med åpent vindu kan han betrakte tomatplantene som vokser mer for hver dag utover sommeren.

– Det er et kinesisk visdomsord: «Hvis du vil være glad en time, drikk deg full. Vil du være glad litt lenger, gift deg. Men vil du være glad bestandig, skaff deg en hage», sier Dag Olsen. ■■■

Tekst og foto **Laila S. Berg**

– Å, dra te sjøss

En ny studie viser at helsevesenet har dårligere sikkerhetskultur enn petroleumsnæringen.

Espen Olsen har studert sikkerhetskulturen ved Stavanger universitetssjukehus (SUS) og i oljevirkksomheten, både til havs og på land. Det er anslått at 2 000 personer mister livet hvert år ved norske sykehus på grunn av svak pasientsikkerhet, og altfor mange pasienter opplever uønskede hendelser.

– Hvorfor scorer et oljeselskap høyere enn et sykehus når det gjelder sikkerhet?

– God sikkerhetskultur er en tradisjon i petroleumsnæringen. Å unngå ulykker er viktig for omdømmet. Hvis man gjør en feil på en plattform, kan man sjøl bli rammet, sier Olsen til forskning.no.

PETROLEUMSNÆRINGEN har en sterkere sikkerhetskultur enn helsevesenet.



Foto: Colourbox

Metamfetamin fire-doblet blant sjåførere

Metamfetamin har økt, mens ecstasy har gått ned fra 2001 til 2009 blant norske bilførere. I fjor var metamfetamin det stoffet som ble påvist mest blant sjåførere på norske veier, nest etter alkohol. Totalt ble det påvist 6 500 saker med alkohol og 1 480 tilfeller med metamfetamin. Det er en fire-dobling i metamfetamin-funn siden 2001.

MDMA (ecstasy) ble påvist i kun 12 av blodprøvene (0,3 prosent), mens det i 2001 ble påvist MDMA i 194 blodprøver.

I 2009 ble det utført ca. 9 600 rusmiddelanalyser i prøver fra bilførere mistenkt for påvirket kjøring. De fleste ble testet for kun alkohol, mens under halvparten ble testet for både alkohol, rusgivende legemidler og narkotiske stoffer.

Kilde: Folkehelseinstituttet



Elin M. Styrmo

Alder: 49

Yrke: Revmatologisk sykepleier.

Jobber: Diakonhjemmet sykehus, revmatologisk poliklinikk.

Allsidig hjelper

Revmatikere er ikke «bare kronikere».

Revmatikere har behov for støtte. De er ikke «bare kronikere», og det er viktig å se deres behov. Det som gjør meg spesielt egnet til nettopp denne jobben er at jeg er svært glad i mennesker. Samtalene og dialogen motiverer meg. Det gir meg mye å ha menneskelig kontakt, og jeg opplever at jeg får positiv feedback fra pasientene.

Pasienten kommer til jevnlige kontroller på revmatologisk poliklinikk på Diakonhjemmet. De har først en halv times samtale om grad av aktivitet, smerter og tretthet, og for å sjekke hvilken effekt medisinen har hatt. Jeg lytter til hva pasienten har å fortelle. Jeg kjenner på leddene, for eksempel på hender og føtter. I forkant har vi et register hvor pasienten selv fyller ut sitt funksjonsnivå, tretthet, smerter og aktivitet.

Samtalen med meg er viktig, og etterfølges av en halvtimes konsultasjon hos lege. Det går på løpende bånd. Jeg skriver inn senking og CPR, legger inn leddstatus, pasientens og min totalvurdering. Pasienter som starter opp med nye medikamenter får nøye informasjon, og lærer å bruke medisin samt å sette sprøyte.

Arbeidsdagene mine er allsidige og kontakten med pasientene skjer via konsultasjoner, vaksykepleierfunksjon og via vår vakttelefon. Dagen starter alltid med et møte hvor vi fordeler oppgavene.

Jeg arbeider også med forskning. To dager i uken møter jeg pasienter gjennom et oppfølgingsprosjekt.

Jeg har videreutdanning i revmatologisk sykepleie med fatigue som spesialfelt. I fatiguekonsultasjonene tar jeg imot revmatikere med denne lidelsen, og konsultasjonene varer gjerne en time. Mennesker med leddgikt, psoriasisleddgikt og Bekhterev opplever mye smerte, men også tretthet. I denne sammenheng er fatigue en følge av den revmatiske sykdommen, men det er ikke det samme som ME (fatigue). Det er uansett godt for pasientene å høre at det er normalt med fatigue, og få bekreftet at de ikke er late.

Jeg hadde for eksempel en pasient hos meg som kom til kontroll for sin revmatiske sykdom. I samtalen kom det frem at hun var plaget av tretthet. Dette støttet jeg henne på, og forklarte at det var normalt når man hadde leddgikt.

Under samtalen fikk hun satt ord på hvordan denne trettheten var. Hun fikk også noen tips tilbake på hva hun kunne gjøre for at det kunne bli bedre. Da hun gikk ut fra kontoret, kom det et letelsens sukk.

Jeg samarbeider med mange ulike yrkesgrupper og det er flott å arbeide tverrfaglig. Vi utfyller hverandre i det vi gjør for å dekke pasienten behov. Det er inspirerende at vi har forskjellig fokus og ulik innfallsvinkel og kunnskap. Det gjør at vi blir gode for pasienten. ■■■

Fortalt til Laila S. Berg Foto Stig Weston





BERØMT SYKEPLEIER DØDE: Edith Shain på Times Square i New York. Hun holder det berømte bildet fra 14. august 1945, av seg selv som kysser en marinesoldat i seiersrusen da andre verdenskrig var slutt.

Bildet tatt av Alfred Eisenstaedt ble et symbol på krigens slutt. Her feires 60-årsdagen for Japans kapitulasjon. Shain er 86 år gammel. 20. juni i år døde hun, 91 år gammel.

Under krigen jobbet Shain som sykepleier ved Doctor's Hospital i New York. Hun skal ha hørt nyheten om Japans kapitulasjon på radioen, og kommet seg til Times Square, der feiringen var i gang.

Det berømte bildet sto på trykk i Life Magazine. Ikke før Shain skrev brev til fotografen på 70-tallet visse noen hvem det kysende paret var. Da etterlyste bladet marinesoldaten. Hele 13 kandidater meldte seg, men det ble aldri fastslått om noen av dem var kysseren. Flere kvinner har også meldt seg og ment at de var sykepleieren.

Etterpå ble Edith Shain en slags kjendis som ofte ble invitert til krigsrelaterte arrangementer.

Tekst **Ellen Morland**
Foto: **Mario Tama/AFP**

Cathy Horowitz stjal medisiner på jobb.
Nå hjelper hun andre å bli kvitt misbruket.

Hjelper kolleger på rett kjøp

BRNs oppgaver:

- ▶ Å bestyre autorisasjonene til sykepleierne.
- ▶ Å ta imot klager, undersøke og sette i verk disiplinærtiltak som tilbakekalling av autorisasjonen. I tillegg monitoreres sykepleiere som ikke vil gå gjennom det frivillige rusavvenningsprogrammet, blant annet gjennom uanmeldte urinprøver. De får en prøvetid på cirka fem år hvor de må være 100 prosent rusfrie, ellers tilbakekalles autorisasjonen for godt.
- ▶ Å drive et frivillig program for sykepleiere som er avhengige av rusmidler eller har en psykisk lidelse som kan svekke sykepleierens praksis. Rusavvenningen skjer etter et tolvtrinnsprogram og innebærer tett oppfølging i samtalegrupper drevet av sykepleiere. Her tillates sprekker, før autorisasjonen blir tilbakekalt.

California har en statlig instans som kalles The Board of Registered Nursing (BRN, se faktaboks). Den fungerer som en slags blanding av autorisasjonskontroll, et helsetilsyn og rusbehandlingsinstans. Dersom en rusavhengig sykepleier blir oppdaget, kobles ofte BRN inn og bidrar med et eget hjelpeprogram spesialtilpasset sykepleiere og delvis drevet av sykepleiere.

Over 1 200 sykepleiere i California har blitt kvitt rusproblemet sitt på denne måten. For å fullføre programmet, må deltakerne vise en livsstilsforandring og teste reint på uanmeldte kroppsvæskeprøver i minimum to år etter endt behandling. Totalt er hver sykepleier med i programmet i gjennomsnitt tre og et halvt til fire år.

«Suksessen er delvis på grunn av den tette og lange monitoreringen, men ikke minst på grunn av oppmuntringen, støtten og rettleidingen som gis av andre sykepleiere», skriver BRN selv om programmet.

Gode mandagsnyheter

En av sykepleierne som driver slike støttegrupper på oppdrag for BRN, er Cathy Horowitz. I tillegg er hun sakkyndig ved rettsaker i de tilfeller sykepleiere

nekker for at de har et rusproblem. Taper de rettsaken, kan de bli dømt til det tvungne rusavvenningsopplegget (se faktaboks). De kan også bli fratatt autorisasjonen.

– Men det er ikke vanlig at sykepleiere i California mister autorisasjonen permanent, de får mange sjanser først, sier Horowitz.

Sykepleien får møte 57-åringen på kontoret hennes i Novato, nord for San Francisco. Hun kommer gående med telefonen på øret og smiler til oss mens hun avslutter telefonsamtalen og låser opp døra.

– Jeg har akkurat fått de beste mandagsnyhetene jeg kunne drømme om, sier hun glad og forklarer:

– En sykepleier vi har arbeidet med i programmet har i årevis blitt mishandlet fysisk av mannen sin som er fengselsbetjent. Hun har kommet i ukentlige møter og resultatet er nå at hun forlater mannen sin!

Stjal fangenes medisin

Horowitz jobber i tillegg som sykepleier og russpesialist på St. Helena Centre for Behavioral Health, en psykiatrisk institusjon for barn, unge og voksne. Hun har akkurat fått av bandasjen etter å ha vært operert for en brukket

nese hun fikk av en av pasientene der.

Horowitz har bakgrunn som fengselspsykepleier, og da hun var alenemor med en tenåring for over 20 år siden, hadde hun selv et rusproblem. Hun hadde i lang tid stjålet de sterke smertestillende pillene Vicodin, som inneholder paracetamol og opiatet hydrokodon. Det gikk så langt at hun til og med stjal dosene som fangene skulle få, og ga fangene Aspirin i stedet.

Hun ble konfrontert med misbruket på et personalmøte.

– Hva tenkte du da du ble avslørt?

– «Hvorfor brukte dere så lang tid?»

Samtidig som det var forferdelig ydmykende, var det en lettelse, for jeg ville virkelig ha hjelp, men visste ikke hvordan jeg skulle få det.

Det tok henne tre måneder i dagbehandling å bli kvitt misbruket. Deretter ble hun fulgt opp i nærmere tre år og fikk en slags mentor som har fulgt henne siden. Hun sluttet som fengselspsykepleier og begynte i psykiatrien.

Tas ut av jobb

Når BRN kobles inn, er det gjerne fordi arbeidsgiver har sendt inn en klage til profesjonsstyret. Sykepleiere som innser at de har et rusproblem kan også kontakte BRN selv for å få hjelp. Syke-



SI NEI: Cathy Horowitz har et godt råd til sykepleiere: Sett grenser og lær å si nei på jobben.

pleierne får først et brev fra BRN der de forklares situasjonen. De oppfordres til å kontakte byrået Maximus, som for tiden er leverandøren av både avrusings- og behandlingsprogrammet BRN tilbyr.

– Når behandlingen starter, tar vi dem ut av arbeid i en fire–fem måneders tid. Da er det alltid protester og ofte tårer, for hele identiteten er gjerne bygget opp rundt sykepleierens jobb, forteller Horowitz.

Mange er bekymret for hvordan de skal overleve økonomisk. Finansiell rådgivning er derfor en del av hjelpen som tilbys av Maximus. Noen klarer seg ved å få godkjent retten til uføretrygd. Både BRN og Cathy Horowitz er nøye med å understreke at rusavhengighet er en sykdom.

I den videre behandlingsperioden får sykepleierne gjerne rådgivnings- eller andre oppgaver der de ikke har pasientomsorg eller nøkler til medisinskapene.

– De liker det og får bedre lønn. Derfor går majoriteten av dem ofte ikke tilbake til klinisk arbeid igjen, sier Horowitz.

Doble diagnoser

Cathy Horowitz har ukentlige gruppe-

møter med 15 sykepleiere. Dette kommer i tillegg til selve avrusingen, behandlingen, møter og monitoreringen som hver deltaker også må gjennom.

– Sykepleierne støtter hverandre gjennom delt erfaring på disse møtene, som går over cirka to år for den enkelte. Da snakker de om hvordan de har det, og vi tar en runde på hva som skjer i livene deres for tiden.

Inntrykket hennes er at deltakerne stort sett er sykepleiere som ikke har praktisert så veldig lenge. De fleste har vært i jobb i fem–seks år.

– Hva sier du til dem?

– At de må bry seg mer om seg selv og ikke bare si ja-ja-ja. Sykepleiere har bare lært å ta seg av andre, ikke seg selv. De må lære å si nei og ikke jobbe så lange vakter. Mange av sykepleierne hos meg kommer fra Kaiser Permanente. Der får de trippel lønn hvis de jobber en tredje helg på rad. Men Kaiser Permanente har også veldig gode hjelpetilbud for sine ansatte som får et rusproblem.

Monica Deutsch, en sykepleier som monitorerer helsepersonell i Oakland, rett utenfor San Francisco, sier hun foretrekker å ha leger som pasienter fordi sykepleiere er vanskeligere. De

har oftere dobbeldiagnoser. Horowitz har ingen tall som viser at dette er mer utbredt hos sykepleierne enn hos leger, men hun kan skrive under på at mange av de sykepleiere hun har hjulpet har doble diagnoser.

– Ofte er det snakk om depresjon eller angst, og så bruker de alkohol eller stoff for å selvmedisinere seg.

Det viktigste kollegaer av sykepleiere som ruser seg kan gjøre, er å snakke med ledelsen, mener Horowitz.

«Sykepleierne må lære å si nei og ikke jobbe så lange vakter.» Cathy Horowitz

– Det er en hjelp for sykepleieren det gjelder, ikke en straff. Kanskje kan det til og med redde et liv. Den som er rusavhengig føler seg som en «worthless piece of shit», og det er ikke riktig. Personen har bare en sykdom som gjør at både kropp og sinn er svekket. ■■■

Tekst og foto **Eivor Hofstad**

To og et halvt år gamle Owen merker det ikke. Men sykepleier Kristin Mikkelsen har nettopp flaccet ham.

Vurderer om Owen har vondt

FLACC

- › F Face (Ansikt)
- › L Legs (Ben)
- › A Activity (Aktivitet)
- › C Cry (Gråt)
- › C Consolability (Trøstbarhet)

Et verktøy for å vurdere smerte hos barn mellom null og fem år ut fra atferd. Utviklet av amerikanske Sandra Merkel med flere. Oversatt til norsk og validert av høyskolelektor Hanne Reinertsen ved Høgskolen i Oslo.

Det er fem minutter siden Owen kom til overvåkingen på barnekirurgen på Oslo universitetssykehus, Ullevål. Han sover fredelig. På skjermen over sengen flyter puls- og respirasjonskurver i jevnt tempo. Sykepleier Kristin Mikkelsen letter forsiktig på dynen. Merker seg at han ligger avslappet med beina. Hun gir ham null poeng på Flacc-skjemaet.

Tolker atferd

Flacc står for face (ansikt), legs (bein), activity (aktivitet), cry (gråt) og consolability (trøstbarhet), fem kategorier av atferd som vurdert sammen sier noe om barnets grad av smerte eller ubehag. Hver kategori kan gi opptil to poeng. Null poeng vurderes som at barnet er avslappet og komfortabelt, ti poeng, det vil si to poeng i hver kategori, som at barnet har sterk grad av smerte eller ubehag.

Owen har ingen spesielle uttrykk i ansiktet, beina er i normal stilling, han ligger rolig, gråter ikke og er avslappet. På hodegjerdet henger diplommet som forteller at han har vært til operasjon.

Barnekirurgen på Ullevål bruker Flacc for å vurdere smerte hos barn mellom null og fem år.

– Smerte er en subjektiv opplevelse,

understreker høyskolelektor Hanne Reinertsen, som har oversatt Flacc og prøvd ut den norske versjonen i praksis.

– Det er pasienten selv som vet hvor vondt han har. Men små barn greier ikke beskrive smerte ved hjelp av ord på samme måte som eldre barn og voksne. De er avhengig av den enkelte sykepleierens kompetanse i å vurdere smerte.

Flacc bedømmer smerte eller ubehag ut fra atferd, ikke språk.

Tidligere hadde ikke barnekirurgen verktøy for å vurdere små barns smerte systematisk. Derfor grep fagutviklingssykepleier Anja Smeland muligheten da hun fikk høre om Flacc. Nå er verktøyet nesten implementert, og Smeland er sammen med Hanne Reinertsen i gang med andre kartleggingsstudier for å se hvordan det fungerer i praksis.

Har vondt

Owen begynner å våkne. Han streker seg mot moren. Holder hendene over hodet. Ynker seg og gråter. Kristin Mikkelsen spør mor om Owen pleier å roe seg på fanget. Sammen tar de ham opp av sengen, legger ham i armene til mor og finner fram smokk. Owens øyne glir igjen. Mikkelsen dokumenterer. Seks poeng på Flacc-skjemaet.

– Jeg så flere tegn på ubehag, forteller hun.

– Han lagde noen grimaser, trakk beina opp mot magen, vred litt på kroppen og gråt noe. Samtidig lot han seg lett trøste. Han kunne være plaget med smerter, men jeg tolket det mer som at han våknet for tidlig. Derfor prøvde jeg først å roe ham.

Hanne Reinertsen understreker at Flacc fanger opp smerte eller ubehag, ikke hva som er årsaken til smerten eller ubehaget. Derfor fører ikke utslag på Flacc automatisk til medikamentell smertelindring. Ubefag kan for eksempel skyldes sult, tørste eller uro.

– Sykepleierne må også høre med foreldrene om hva som er typiske smerteuttrykk hos deres barn, sier Reinertsen.

Anja Smeland erfarer at moderat utslag på Flacc kan skyldes andre ting enn smerter. Men at et høyt utslag ofte tyder på at de har vondt.

Lille Owen har en stund roet seg på mammas fang. Men så begynner han å vri på kroppen. Ynker seg. Kristin Mikkelsen velger å gi smertestillende medikament ut fra den stående forordningen anestesilegen har satt. Denne gangen fikk Owen åtte poeng. Han laget flere grimaser og gråt mer.

– Han våknet med et hyl. Det tyder



ETTER OPERASJONEN: Owen skal ikke ha vondt. Sykepleier Kristin Mikkelsen passer på.

på at han har vondt, sier Mikkelsen.

Enkelt verktøy

– Flacc har ført til at vi vurderer smerter mer systematisk, mener Anja Smeland.

– Det har også gjort oss mer bevisste på smerte. Jeg ser tydelig at barna har vært underbehandlet tidligere.

Hun får gode tilbakemeldinger fra sykepleierne.

– De sier Flacc er enkelt å bruke.

At det skulle være enkelt, var viktig for Hanne Reinertsen da hun lette etter velegnede verktøy.

– Å rangere smerte fra null til ti er noe sykepleierne er vant til, sier hun.

På barnekirurgien har de trykket opp små Flacc-skjemaer på stivt papir som «huskelapper». Flacc er også lagt inn i kurven der sykepleierne dokumenterer.

– I begynnelsen er sykepleierne ofte opphengt i skjemaet, etter hvert har de det i hodet, sier Smeland.

Observasjonene til Flacc gjør de sammen med andre observasjoner. Rutinen er at de «flaccer» barnet rett etter ankomst til overvåkin-

det gir mulighet til å være i forkant av smertetopper.

Kjøper seg fri

Anja Smeland har brukt mye tid på å implementere Flacc. Målet er at alle som bruker det skal få fem da-

«Jeg ser tydelig at barna har vært underbehandlet tidligere.» *Anja Smeland*

gen, deretter hvert 30. minutt til barnet våkner. I tillegg gjøres det ved smerteatferd og etter at det er gitt smertestillende medikamenter. Hver gang skal barnet observeres i to til fem minutter. Også når det sover.

– Det har jeg prentet inn, sier Anja Smeland.

– Det kan synes meningsløst, men

ger med veiledning. En til en. Det er mye, og noe de har fått til fordi Smeland har søkt og fått prosjektmidler slik at avdelingen kan kjøpe fri henne og de andre som veileder. I tillegg har implementering og bruk av Flacc hele tiden vært forankret hos ledelsen.

Det er opprettet en prosjektgruppe





«Det blir lettere å ta smertetoppene.»

Kristin Mikkelsen

SER PÅ ANSIKTET: Å gjøre grimaser kan være et tegn på smerte eller ubehag.

Smerteverktøy

Noen andre smerteverktøy som brukes på barn:

- ▶ PIPP (Premature Infant Pain Profile). Brukes på premature og nyfødte barn (fysiologiske- og atferdsparametre)
- ▶ Ansiktsskala. Brukes på barn over fem år (selvrapportering av smerteintensitet).
- ▶ Numerisk skala. Brukes på barn over sju år (selvrapportering av smerteintensitet).

Det er ikke bare å ta i bruk et verktøy andre har laget. Det krever tillatelse fra den som har utviklet det. Er det på et annet språk, skal det oversettes etter internasjonale retningslinjer. Den norske versjonen skal også testes ut i praksis (valideres).

Tips til å implementere smerteverktøy

Fire råd fra Anja Smeland:

- ▶ Velg et enkelt verktøy
- ▶ Sørg for forankring hos ledelsen og økonomiske midler
- ▶ Motiver personalet
- ▶ La personalet delta aktivt
- ▶ Gi basiskunnskap og individuell oppfølging

og utdannet superbrukere av Flacc. Også sykepleierstudenter og de som videreutdanner seg til barnesykepleiere er involvert.

– Studier viser at det å implementere nye verktøy tar tid, sier hun.
– Og skal de bli brukt, må de som skal bruke dem se hensikten. Det må ikke tres nedover hodet på noen.

Derfor har Smeland gått systematisk til verks og introdusert Flacc gjennom undervisning og faglunsjer. Hun mener økt kunnskap gir en helt annen forståelse for at smerter hos barn skal lindres. Også legene har fått undervisning og Smeland opplever økt bevissthet også hos dem.

Tar toppene

Owen sover. Kristin Mikkelsen dokumenterer.

Hun innrømmer at hun lurte litt i begynnelsen. Hva skulle de med Flacc?

– Men jeg ser det har effekt, sier hun.

– Det blir lettere å ta smertetoppene.

Hun mener også det var mer uro før. Når sykepleierne er blitt mer

oppmerksomme på å vurdere smerter og ubehag, blir de også mer opptatt av å gjøre noe med det. Flacc er også blitt enklere å bruke etter hvert. Nå går det på autopilot.

– På en måte systematiserer Flacc observasjoner jeg allerede har gjort, erfarer hun.

Hanne Reinertsen opplever stor interesse for Flacc. Hun er i gang med å implementere verktøyet på fem andre barneposter på Oslo universitetssykehus.

– Behovet er stort, sier hun.

Inne på oppvåkningen sover Owen videre. Kristin Mikkelsen har flaccet ham igjen. Denne gangen til null poeng.

Owen er nå helt frisk.

Mor Trine Dahl Iyamu opplevde at han hadde vondt etter operasjonen, men at sykepleierne på oppvåkningen gjorde så godt de kunne for å lindre smertene. Hun følte at både Owen, faren og hun selv ble tatt godt vare på. ■■■

Tekst Nina Hernæs Foto Erik M. Sundt



FLACCR: Kristin Mikkelsen er med i prosjektgruppen.



SØKTE MIDLER: Anja Smeland tror ikke det ville blitt noe Flacc uten penger.



Verv og vinn!

Nå har du muligheten til å styrke NSF, samtidig som du kan vinne flotte vervepremier. NSF er en slagkraftig fagorganisasjon som arbeider nasjonalt og lokalt for sykepleiere, spesialsykepleiere, jordmødre og helsesøstre. Vi kjenner ditt yrke og jobber for deg!

Hva koster medlemskap i NSF?

Kontingent for medlem i arbeid er 1,45% av brutto lønn. Maks kr 383,- per mnd. + ev. obligatorisk Livsforsikringspakke Kr. 128,- per mnd. Nyutdannede har halv kontingent i de to første år etter endt utdanning. Les om fordelene nedenfor.

Dine medlemsfordeler er:

- Et stort og slagkraftig **felleskap**
- Tilbud om medlemskap i 33 **faggrupper**
- 3000 **tillitsvalgte** bistår deg på de fleste arbeidsplasser
- **Sykepleien** (18 utgaver)
- Bilaget **SykepleienForskning** (4 ganger per år)
- **Juridisk bistand**
- **Godkjenning** av sykepleiefaglige veiledere og kliniske spesialister i sykepleie
- **Stipender og legater** til reise, utdanning og forskning
- **Kurs og kongresser**
- **Eget forsikringskontor** med forsikringsordninger til medlemspris
- Gunstige tilbud på **banktjenester** i DnB NOR
- **Sparing og kreditt** med NSF's Unique konto
- **Bensinrabatt** hos Esso
- **Eurocard Gold** hos Europay
- Tilgang til NSF's **nettbutikk** med medlemsprodukter
- Tilbud om **gratis medlemskap** i Landslaget for offentlige pensjonister (LOP)
- Fordelaktig mobilavtale med Telenor



Verv 3

3 vervinger: Leatherman verktøy



Verv 1

Verv 1

1 verving: Brødpose pistasje

1 verving: Brødpose sort



Verv 4

Verv 1

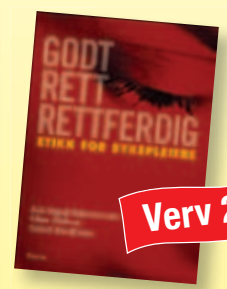
4 vervinger: iPod Nano 8 gb (siste modell).

1 verving: Termos



Verv 2

2 vervinger: Bok: Sår



Verv 2

2 vervinger: Bok: Godt Rett Rettfærdig



Verv 2

2 vervinger: Grand Cru 3 skåler

VENNLIGST BRUK BLOKKBOKSTAVER

Ververs navn: _____ Ververens medlemsnr.: _____

Navn på nytt medlem: _____

Har du vært medlem tidligere? _____ Tidsrom: _____

Fødselsnummer (11 siffer) _____

Adresse: _____

Postnr: _____ Poststed: _____

E-post: _____

Telefon privat: _____ Mobil: _____

Eksamensdato: _____

Sykepleierhøgskole/sted: _____

Arbeidsgiver: _____

Arbeidssted: _____

Ansatt dato: _____

Avdeling: _____

Stillingsbenevnelse: _____

Medlemmer i lønnet arbeid innbetaler kontingenten ved månedlige trekk i lønn

Kryss av:

Brødpose Sort

Brødpose Pistasje

Brødpose Sort/Sand

Termos

Jeg sparer vervingen

Vervepremiene gjelder ikke for verving av studentmedlemmer

VERVEKUPONG

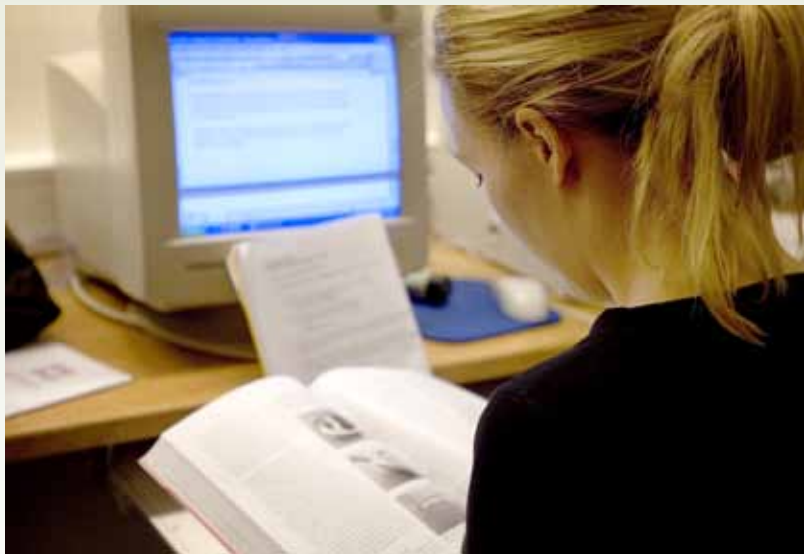
Fullt ut i Sverige

På en ny nettside www.fulltut.se kan svenske sykepleiere dele sine tanker om hvordan deres kunnskap kan brukes på en bedre måte. Det er det svenske Vårdförbundet som står bak initiativet. De har sett seg lei på at tradisjonelle maktsystemer, byråkrati og ledelse står i veien for nytenkning. Leder av forbundet, Anna-Karin Eklund, oppfordrer sykepleiere til å komme med ideer på hvordan helsetjenesten kan gjøres bedre, sikrere og billigere. På den nye nettsiden kan hvem som helst legge inn ideer og forslag - ellers se på andres forslag.

De nye nettsidene er ledd i en kampanje som tar sikte på å gi svenske spesialsykepleiere egne ansvarsområder i helsetjenesten. Vårdförbundet ønsker også at staten skal betale spesialistutdanningen.



FAKSIMILE
fulltut.se



Aktivfoto: Stig Weston

Kaster bort tid

Danske sykepleiere kaster i gjennomsnitt bort 9 minutter per arbeidsdag når de skal logge seg inn på forskjellige datasystemer. Det viser en ny undersøkelse foretatt av byrået Megafon. Sykepleierne opplever at forskjellige innloggingsystemer gjør hverdagen unødvendig tråkig.

Mer vold mot sykepleiere

44 prosent av alle svenske sykepleiere har vært utsatt for trusler eller vold på sin arbeidsplass. Dette er en markant økning i forhold til tidligere undersøkelser. For alle yrker ligger gjennomsnittet på de som har vært utsatt for vold på 14 prosent. Kvinner er mer utsatt enn menn. I følge svenske forskere som bladet Vårdfokus har snakket med, er nedskjæringer i det svenske helsevesenet en av årsakene på den negative trenden. Færre sykepleiere per pasient gir ikke bare økte belastnings-skade, men også økt risiko for å havne i voldelige episoder.

Danskene går for likelønn

45 prosent av danskene mener at politikerne burde sette av en egen likelønnsfond, mens 23 prosent mener at dette er en dårlig idé. Det er Analyse Danmark som har gjort meningsmålingen. – Deilig å få oppbacking for vårt krav om å gi typiske kvinneyrker et lønsloft, sier leder for det danske sykepleierforbundet Grete Christensen i en kommentar.



Verv og vinn!



Adressaten betaler for sending i Norge
Distribusjons- og Postnett Norge

Norsk Sykepleierforbund
Svarsending 1016
0090 Oslo

Fag & bøøker

UKLAR PRAKSIS? Medisinhåndteringen i praksis stemmer ikke alltid overens med det sykepleierstudentene har lært under praksisforberedelsene på utdanningen. Side 52



Foto: Erik M. Sundt

3 om sykepleie og ledelse

Anbefalt av Martin Olsen, ny generalsekretær i Norsk Sykepleierforbund

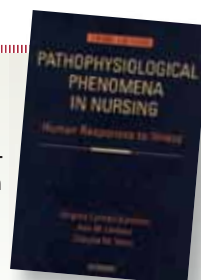
TORBEN K. JENSEN, LARS ULRIK JENSEN, WON CHUNG KIM (RED.)

Grunnlagsproblemer i sykepleien – Etik, videnskapsteori, ledelse & samfund
En nyttig og spennende bok med bidrag fra flere forfattere, hvor bredden i sykepleiers vesen blir drøftet.

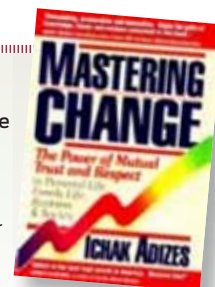


VIRGINIA CARRIERI-KOHLMAN, ADA M. LINDSEY, CLAUDIA M. WEST

Pathophysiological Phenomena in Nursing: Human Responses to Illness
Basisbok som knytter nyere kunnskap om menneskelig respons på sykdom – fra biologiske prosesser, symptomer og kliniske manifestasjoner av sykdom.



ICHAQ ADIZES
Mastering change
Perfekt sensomerlektyre for en sykepleierleder. Forfatteren beskriver sin ledertypologi: Produsenten, administratoren, entreprenøren og integratoren.





Kristin Myhre, førstelektor/
internasjonal leder, avdeling
for helse- og sosialfag,
Høgskolen i Østfold

Utveksling gir ut

Sykepleiere opplever at den erfaringen og kunnskapen de får gjennom studieopphold i utlandet kommer til nytte i arbeidslivet.

Myndighetene oppfordrer flere studenter til å ta deler av studiene i utlandet (1), samtidig som det etterlyses studier som ser på om slik utveksling gjør seg gjeldende i utøvelsen av yrket (2,3).

Jeg har gjennomført en studie hvor målet var økt kunnskap om dette. I denne artikkelen vil jeg beskrive fremgangsmåte og funn i studien. Tidligere utvekslingsstudenter fra en og samme høyskole i tidsperioden 2002–2007, ble spurt om å dele sine erfaringer om hva et utvekslingsopphold har betydd for dem i yrkesmessig sammenheng.

Studiens forskningsspørsmål er:

- › Hva har det betydd for deg som ferdig utdannet sykepleier å gjennomføre deler av sykepleierutdanningen i utlandet?
- › I hvilke situasjoner har du nytte av det?
- › Opplever du at kompetansen er etterspurt i jobbsammenheng?

Design og metode

Designet er utforskende og beskrivende med fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming. Data er innsamlet gjennom fokusgruppeintervju. Et fokusgruppeintervju kan sette i gang en tankeprosess der den enkelte bearbeider sine erfaringer i løpet av intervjuet (4). Fontana & Frey (5) påpeker at moderator må passe på at hele gruppen bidrar for å sikre så bred dekning av fenomenet som mulig. Dette kan gi interessante synspunkter i skjæringspunktet mellom ulike opplevelser av samme fenomen (4). Kamberelis & Dimitriadis (6) sier at fokusgrupper legger til rette for kollektiv hukommelse og deling av lagret kunnskap som for individet kan synes triviell og uvesentlig, men som fremstår som essensiell når likesinnede begynner å snakke sammen. Fokusgruppen virker som et forstørrelsesglass. Sammensetningen av gruppen påvirker resultatet. Gruppen kan gjerne være heterogent sammensatt, men deltakerne må ha sentrale fellestrekk (4).

Gjennomføring

18 tidligere studenter ble spurt om å delta og mottok skriftlig informasjon om studien. Praktiske årsaker førte til at kun seks møtte til intervju. Før intervjustart undertegnet alle informert samtykkeerklæring. Studien ble godkjent av Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD). Fokusgruppen besto av seks sykepleiere, tre kvinner og tre menn i alderen 25–32 år, som

hadde gjennomført utveksling av varierende lengde og i ulike land. Fellestrekk var at de hadde vært utvekslingsstudenter i et engelskspråklig land, hadde gjennomført praksisstudier på minst 300 timer og vært ansatt som sykepleiere i somatisk sykehus i minst ett år. Tre hadde vært seks måneder i Australia, en hadde vært seks måneder i USA, to hadde vært tre måneder i Storbritannia. Antall år som var gått siden utvekslingen fant sted varierte fra ett og et halvt til seks år.

Forskeren selv var moderator. Moderatorinvolveringen var lav og besto primært i å sørge for at samtalen inkluderte alle deltakerne. Rammen rundt intervju situasjonen må være av en slik karakter at den bidrar til en positiv atmosfære som fremmer interaksjon (4).

Funn

Innholdsanalysen munnet ut i tre hovedkategorier: Forhold ved sykepleieren, forhold ved arbeidsplassen og forhold ved utdanningene.

Forhold ved sykepleieren

«Når du har vært i utlandet vet du at ting kan gjøres på andre måter. Noe er bedre, noe er dårligere, det er ikke sagt at vi har fasiten her i Norge.» Flere av de spurte forteller at studieoppholdet har gitt dem annerledes erfaringer og referansepunkter å vise til, og at dette er nyttig i hverdagen som sykepleier. Samtlige beskriver at de har mestret en utfordring: «Det er ingen som har vondt av å ha det litt hardt. Det er veldig tilfredsstillende når du er ferdig å se at du har klart det, det er kjempepositivt.» De mener utvekslingen har forandret dem som personer og bidratt til at de som yrkesutøvere har «noe mer» enn de ville hatt dersom de hadde valgt ikke å reise ut. Den personlige veksten fremheves fremfor den faglige, men ikke bare: «Men jeg føler vel at jeg også fikk litt faglig utbytte. Det var helsepolitikk, historie, framtida for profesjonen, og det kan jeg jo få nytte av videre for å få interesse for sykepleiefaget.»

Utvikling av språkferdigheter fremheves som viktig og nyttig for yrkesutøvelsen. Terskelen for å snakke med pasienter som verken snakker norsk eller engelsk har blitt lavere. «Du klarer å gjøre deg forstått med kroppsspråk og en forståelse av at andre ikke snakker norsk.»

Tre av de seks deltakerne forteller at de har planer om å reise ut igjen for å jobbe. Har man vært ute i studietiden, kan det være

www.sykepleien.no

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

Søkeord:

- › Internasjonalt samarbeid
- › Internasjonal helse
- › Innvandrer
- › Fokusgrupper
- › Sykepleierutdanning



telling

et springbrett til å søke jobb i utlandet. Og har man internasjonal arbeidserfaring, gir det karrieremessige fordeler også her hjemme.

Forhold ved arbeidsplassen

På spørsmål om erfaringen som utvekslingsstudent er nyttig i den daglige utøvelsen av sykepleie på sykehus, sier deltakerne at de har utviklet et kritisk blikk. Flere sier de tør å ta utfordringer som de mener kommer pasienten til gode. De forteller at de blir tilkalt når det kommer pasienter som ikke snakker norsk. Det oppleves positivt å få slike henvendelser fra kolleger, og de synes det er gøy når de kan bruke det de har lært ute. Flere fordeler knyttet til økt språkkompetanse trekkes fram: «Også språket da, fagspråket, hvilke ord man bruker for å beskrive type smerter og sånne ting, faguttrykk. Det er jo nyttig når det kommer pasienter som ikke har norsk som hovedmål, og det gjør det jo oftere og oftere.»

Ingen av deltakerne har opplevd at den kompetansen de har tilegnet seg ute er kjent for lederen. For de fleste har det vært lett å få jobb. Derfor har det heller ikke vært naturlig å fokusere på utvekslingsoppholdet i jobbsøkningsprosessen. En påpeker at det kunne være avgjørende i en eventuell konkurransesituasjon. «Sannsynligvis bør det være salgbart i yrkeslivet også. Det kan hjelpe karrieren videre hvis du bruker det. Hvis du fokuserer på det i et intervju, at det er en ekstra kunnskap du har og som det er behov for i jobben, så vil det jo være en fordel.»

Forhold ved utdanningene

De som var i Australia og USA beskriver at det akademiske nivået er høyere i utdanning og praksisfelt enn det de opplever i Norge. «Jeg tror sykepleien både i utdanning og teori er kommet litt lenger enn hos oss, de er «up-to-date» på alt. De (australierne) leser ikke bøker, de bruker artikler som ikke skal være eldre enn et år, de er sammen med USA flinkest på sykepleieforskning. Det gjenspeiler seg i praksis, tror jeg.» Flere uttrykker at det er lettere å komme gjennom sykepleierutdanningen her hjemme. Noen kjedet seg i studiene i Norge, og trengte større faglige utfordringer. Dette gjaldt også i praksisfeltet; «Jeg ble kastet ut i det i praksis på sykehuset, fullt stell på alle pasientene jeg skulle ha ansvar for, jeg måtte ta meg sammen og jobbe skikkelig.» En annen tror det var litt lettere å slippe gjennom praksis i utlandet fordi det ikke ble stilt like strenge krav til utvekslingsstudenten som til institusjonens egne studenter.



FLERKULTURELL KOMPETANSE: Sykepleiere som har studert i utlandet blir ofte tilkalt til pasienter som ikke snakker norsk. Illustrasjonsfoto: Ian Hooton/Science photo library.

Diskusjon

Sykepleierne i fokusgruppen er enige om at studieoppholdet i utlandet er viktig for dem som yrkesutøvere. De ser på det som et kvalitetsstempel å ha lyktes som utvekslingsstudent. Utsagnet samsvarer med Guest, Livett & Stone's (7) beskrivelse av viktige egenskaper for yrkesutøvere. De trekker også fram at et opphold

Når du har vært i utlandet vet du at ting kan gjøres på andre måter.

i et annet land vil utvikle personlige ferdigheter og legge til rette for en vidtsett livsanskuelse. Crigger, Branningan & Baird (8) beskriver sykepleieren som ansvarsbevisst verdensborger og trekker fram mye av det samme. Wiers-Jenssen (9) har spurt kandidater tre og et halvt til fem år etter endt utdanning om



hva utvekslingen har betydd for dem. De svarer at de har møtt utfordringer som har betydd mye for deres personlige utvikling, og disse erfaringene vurderer de som nyttige når de kommer ut på arbeidsmarkedet. Van Hoof & Verbeeten (10) spurte 1487 studenter om hvordan de vurderte erfaringene de hadde gjort. De oppfattet at erfaringen hadde hatt en mye større effekt på deres personlige utvikling enn på deres akademiske karriere. Personlig utvikling ble beskrevet som å bli mer modne, mer empatiske i møtet med forskjellighet og bedre i stand til å bo og jobbe under andre forhold enn hjemme.

Personlig utvikling

Felles for studiene er at begrepet personlig utvikling går igjen. Hva menes med personlig utvikling og hvordan er forholdet mellom personlig utvikling og yrkesutøvelsen? Sykepleierne i denne fokusgruppen beskrev personlig utvikling som at de var blitt modigere, tok utfordringer på strak arm, og alt i alt var blitt forandret som personer. De sier også at dette påvirker måten de gjør jobben sin på. Zorn (11) viser at langtidseffektene av internasjonal utveksling i løpet av utdanning først og

studien indikerer at studenter som har studert ute, representerer en ekstra dimensjon for arbeidsgiver. Arbeidsgivere bør innhente informasjon om søkere til stillinger har internasjonale erfaringer. Dette vil komme pasientene til gode. Om ikke sykepleierjobbene har internasjonalt tilsnitt, har andelen av pasienter med internasjonalt tilsnitt økt kraftig. Likeledes vil arbeidsgivere og pasienter få sykepleiere som er kjent med og opptatt av kunnskapsbasert praksis. Det kommer fram i denne studien at de som har studert ute, i større grad har erfaring med kunnskapsbasert praksis enn studenter her hjemme.

Få deltakere

Studien er liten og har få deltakere. Funnene må ses i lys av dette. For studier med begrenset datatilfang kan det være vanskelig å etterkomme strenge krav om forskningsmessig bekreftbarhet. Det primære for meg med denne studien var å få dypere innsikt i felles erfaringer og ikke å generalisere eller utvikle teorier. Fokusgruppemetodikk hvor moderator kjenner deltakerne kan gi skjvhet, men godt planlagte fokusgrupper kan avsløre et rikt datamateriale som kan gi et viktig bidrag til kunnskap (4).

Konklusjon

Min studie viser at praksisstudier i utlandet gir bonuskompetanse for sykepleieren, pasienten og arbeidsgiver. Deltakerne har gjennom slike erfaringer utvidet sin personlige og profesjonelle kompetanse og fått økt språkkompetanse. De vurderer dette som viktige egenskaper som preger jobben de gjør som sykepleiere. Som profesjonsutøvere må sykepleiere arbeide og samarbeide med mennesker fra mange land. Helsetjenesten trenger sykepleiere som har kompetanse til å jobbe i et flerkulturelt og flerspråklig helsevesen. Studier i utlandet bidrar til dette. Det bør forskes videre på hvordan arbeidslivet bedre kan nyttiggjøre seg denne kompetansen, mine funn antyder at den er undervurdert. Krav om kunnskapsbasert praksis i helsetjenesten kan møtes gjennom å ansette sykepleiere som har vært utvekslingsstudenter. Det er behov for mer kunnskap om hvordan sykepleierne bruker denne kompetanse i direkte pasientrettet arbeid. Er det forskjell på sykepleiere som var utvekslingsstudenter i studietiden og de som var hjemme? Det vil også være interessant å følge fokusgruppen og gjenta intervjuet når de har vært yrkesutøvere i ytterligere noen år. Det vil kunne si noe om effektene av studiene i utlandet vedvarer over lengre tid. ■■■

Studenter som har studert ute, representerer en ekstra dimensjon for arbeidsgiver.

fremst fører til et større internasjonalt perspektiv og personlig vekst. Duffy mfl. (3) viser at sykepleiere etter to år i yrkeslivet sier at de bruker det de lærte som utvekslingsstudenter i sitt daglige arbeid. Spesielt fremhever de det kulturelle aspektet og forteller at de er blitt mer åpne og har større respekt for andre. De fremhever også at man kan lære ting ute som man ikke får anledning til hjemme, noe som også kommer fram i denne studien.

Nyttig i arbeidslivet

Å få tilgang til en annen læringsarena kan utvide perspektivene og gi bonuskompetanse som kommer til nytte i arbeidslivet. Tabi & Mukherjee (12) hevder at studenters internasjonale erfaringer bidrar til at sykepleiere kan fungere profesjonelt i et multikulturelt helsevesen. Dette er kanskje det arbeidsgiver kan vinne mest på ved å ansette sykepleiere som har gjennomført et utenlandsopphold i løpet av studietiden. Funnene i denne

LITTERATUR

1. St. meld nr. 14 2008–2009 Internasjonalisering av utdanning. Det Kongelige kunnskapsdepartement.
2. Button L, Green B, Tengnah C, Johansson I, Baker C. The impact of international placements on nurses' personal and professional lives: literature review. *Journal Of Advanced Nursing* 2005; 50(3): 315–24.
3. Duffy ME, Farmer S, Ravert P, Huittinen L. International community health networking project: two year follow-up of graduates. *International nursing review* 2005; 52(1): 24–31.
4. Côté-Arsenault D, Morrison-Beedy D. Maintaining your focus in focus groups: Avoiding common mistakes. *Research in nursing & health* 2005; 28(2): 172–79.
5. Fontana A, Frey J. The Interview: From Neutral Stance to Political Involvement. I: Denzin K, Lincoln YS. (Eds) *The Sage Handbook of Qualitative research* Third Edition, 3rd edn, Thousand Oaks, Sage Publications, 2005: 887–907.
6. Kamberelis G, Dimitriadis G. Focus Groups: Strategic Articulations of Pedagogy, Politics, and Inquiry. I: Denzin K, Lincoln YS. (Eds) *The Sage Handbook of Qualitative research* Third Edition, 3rd edn, Thousand Oaks: Sage Publications, 2005: 887–907.
7. Guest D, Livett M, Stone N. Fostering International Student Exchanges for Science Students. *Journal of Studies in International Education* 2006; 4: 378–95.
8. Crigger NJ, Brannigan M, Baird M. Compassionate Nursing Professionals as Good Citizens of the World. *Advances in Nursing Science* 2006; 1: 15.
9. Wiers-Jenssen J. Studiemobilitet og arbeidsmarkedstilpasning Nordisk Kandidatundersøkelse 2007- landrapport fra Norge. NIFU-STEP Rapport 22/2008.
10. Van Hoof HB, Verbeeten MJ. Wine Is for Drinking, Water Is for Washing: Student Opinions About International Exchange Programs. *Journal of Studies in International Education* 2005; 1: 42–61.
11. Zorn CR. The Long-Term Impact on Nursing Students of Participating in International Education. *Journal of Professional Nursing* 1996; 2: 106–10.
12. Tabi MM, Mukherjee S. 2003. Nursing in a Global Community: A Study Abroad Program. *Journal of Transcultural Nursing* 2003; 2: 134–38.



Torunn Hatten Nøst,
sykepleier, MSC, sykepleiefag-
lig rådgiver Kirurgisk klinikk,
St. Olavs Hospital

VIPS må romme pasientens fortelling

Språket i sykepleiedokumentasjonen ivaretar ikke pasientperspektivet.

Dokumentasjon av sykepleie har i flere år og studier blitt kritisert både for innhold, språk og manglende pasientperspektiv (1,2,3). Sykepleiere etterlyser muligheten til å registrere data om den menneskelige omsorgen i sykepleiedokumentasjon og opplever dataspråket som fremmedgjørende (4,5). Mange savner et pasientperspektiv i sykepleiedokumentasjonen (6,7,8,9). Med det menes en synliggjøring av individualisert pasientomsorg med rom for den enkelte pasientens erfaringer og opplevelser (6,7). Sykepleiedokumentasjonen ivaretar ikke et slikt pasientperspektiv til tross for at man er enig om at det er vesentlig for både sykepleiedokumentasjonen og utøvelse av sykepleie (9,10).

Språket

Innføring av dokumentasjonsmodellen VIPS var utgangspunktet for min masteroppgave i helsevitenskap. Hensikten med studien var å belyse og drøfte hvordan bruk av modeller kan prege samhandling med andre. Er det slik at ved å innføre en modell for sykepleiedokumentasjon med det språket den innebærer, så vil det etterlyste pasientperspektivet være på plass?

Språket innen sykepleie har de siste 150 årene utviklet seg fra å være medisinsk preget til å bli et humanistisk språk (3). Kritikken mot sykepleiedokumentasjonen kan ses i lys av denne utviklingen. Samtidig har det vært et ønske om at fagspråket i sykepleie skal springe ut fra praksis. Det skulle føre til beskrivende begreper med rot i den kliniske sykepleien (3). Ved innføring av EPJ og overgangen til en elektronisk sykepleiedokumentasjon, ønsket man et standardisert og formalisert språk (11). Det skulle bidra til bedre kommunikasjon om og forståelse av pasientens helseproblem. I dette ligger det en prinsipiell utfordring: Hva i språket kan standardiseres, og hva er det man kan dokumentere i pasientens fortelling med et standardisert språk?

Metode

Undersøkelsen ble gjort i en somatisk klinikk ved et universitetssykehus. Jeg valgte en kvalitativ forskningstilnærming der jeg observerte inntakssamtale mellom sykepleier og pasient.

Feltet ble avgrenset til å gjelde elektive innleggelser uavhengig av diagnose, alder og kjønn. Sammenhengen mellom VIPS og inntakssamtalen er fasene sykepleieanamnese og pasientstatus (12).

I samtalen forteller pasienten om hvordan han har det. Han bruker et subjektivt språk med beskrivelser av hvordan sykdommen arter seg i hverdagen og hvordan livet med sykdommen er. Pasienten bruker sitt språk for å fortelle om og dele sine opplevelser. I inntakssamtalen tar sykepleieren del i pasientens fortelling og gir tilbakemelding på det han forteller om sykdommen og sin livssituasjon ved å nikke, bruke uttrykk som «mmm», «jeg forstår» og lignende.

Nøktern beskrivelse

Språket i sykepleiedokumentasjonen er nøytralt, og innholdet gir teksten et mekanisk og oppramsende preg. Språket gir inntrykk av et subjekt-objektforhold hvor sykepleieren betrakter det pasienten har fortalt på avstand. Språket er preget av medisinske begreper

Språket i sykepleiedokumentasjonen er nøytralt.

og terminologi. Det er et vitenskapelig språk i denne delen av teksten og ikke nødvendigvis det samme språket som pasienten bruker. I friteksten som kan gjengi pasientens erfaringer med hans ord, fant jeg et språk som er beskrivende på en nøktern måte. Begreper for å beskrive følelser, verdier, opplevelser og erfaringer er vanskelig å få øye på.

Kartlegging av pasienten dokumenteres i journalen på en slik måte at alle som samarbeider om pasienten vet hvordan for eksempel boforholdene hans er. Kartleggingen sier ingenting om hva han tenker rundt det å skulle reise hjem. Heller ikke om hvilke tanker som ligger bak tilrettelegging i hjemmet eller bruk av hjelpemidler. Kartleggingen består av en nøktern beskrivelse av hva som er objektive fakta; fakta som er etterprøvbare og entydige. Det er de fysiske hjelpemidlene og fasilitetene rundt

www.sykepleien.no

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

Søkeord:

- › Dokumentasjon
- › Observasjon
- › Sykepleier-pasientforhold
- › Hermeneutikk



pasienten som kartlegges og ikke hans ressurser, evner eller vurderinger. Det kan se ut som pasientens historie settes til side av sykepleieren og EPJ når fortellingen skal inn i det formatet VIPS og inkomstnotatet har.

Konflikt

Sykepleier og pasient møtes til inkomstsamtalen med til dels ulike hensikter. Sykepleieren vil kartlegge pasienten og informere om det som skal skje i forbindelse med sykehusinnleggelsen, mens pasienten i tillegg til å få informasjon om hva som skal skje, vil dele sine opplevelser. Her kan det se ut som om det er en konflikt mellom det pasienten opplever og erfarer



DIALOG: Pasientens fortelling og opplevelser må få rom både i møtet mellom pasient og sykepleier og i sykepleiedokumentasjonen. Arkivfoto Erik M. Sundt

med sin sykdom, og sykepleierens agenda. På bakgrunn av dette datamaterialet kan det være vanskelig å slå fast hvilken rolle dokumentasjonsmodellen spiller i denne konflikten. Men det kommer frem at det er sykepleieren som styrer samtalen med utgangspunkt i hva hun vil ha fylt ut i forhold til søkeordene i VIPS.

Pasientperspektiv

Hvis vi ser på det som beskrives som formålet med sykepleieanamnese og pasientstatus i VIPS, er det ikke så galt om det er et mål å ta opp de temaer modellen viser til gjennom søkeordene. I VIPS er det en uttrykt hensikt at det er den aktuelle pasientens behov for sykepleie som skal kartlegges og dokumenteres (12). Likevel er det vanskelig å få øye på pasientens individuelle fortelling i inkomstnotatene. Da kan det være det er perspektivet og innholdet som blir grepet og løftet frem som gjør inkomstnotatet lite pasientrettet. Det er de medisinske opplysningene som blir dominerende, og det er svært tydelig gjennom den medisinske diagnosens plass i kontaktårsak og helsehistorie. En slik forskyvning av modellens hensikt i møte med praksis kan være det som gjør at sykepleiedokumentasjonen ikke viser til et pasientperspektiv, og ikke nødvendigvis modellen i seg selv. Ifølge Grimen (13) kan en humanistisk kultur ikke utelukkes fra helsefagene, slik den heller ikke kan det fra medisinen. Det vil i så fall føre til at vi mister de beste tilgjengelige forklaringene på fenomenene som helsearbeidere møter i praksis. Og uten de beste tilgjengelige forklaringene kan vi heller ikke forstå pasienten, og da vil det være naturlig å trekke den konklusjon at vi heller ikke kan hjelpe ham på den beste mulige måten. Det er et argument som taler for at sykepleiedokumentasjon bør inkludere en humanistisk forståelse av sykdom for å kunne få frem et pasientperspektiv.

Viktig debatt

Forbedringer i sykepleiedokumentasjonen omtales ofte i sammenheng med kvalitet og kvalitetssikring. Det innebærer å sikre at pasientens syn blir en del av kvalitetsprosessen (8) og kan ses i sammenheng med pasientperspektivet. Dahl & Vatne (6) har satt søkelyset på de ulike perspektiver som kommer frem i sykepleiedokumentasjonen. De inviterer til en viktig debatt når de spør om vi ved å være opptatt av å legitimere faget sykepleie, har mistet interessen for hva pasienten er opptatt av? Funnene i denne studien støtter opp under påstandene om et manglende pasientperspektiv i sykepleiedokumentasjonen. Det reiser spørsmålet om en legitimering av faget sykepleie innebærer en tilnærming til en medisinsk forståelse og kultur.

Bevissthet og refleksjon rundt egen dokumentasjonspraksis kan føre til en bedre tilpasning av VIPS-modellen til praksis. Utøvere i praksisfeltet må bli mer bevisst modellens intensjoner og hvordan de selv bruker den. For å få tak i pasientens fortelling og pasientperspektivet, må sykepleieren være bevisst på hva man vil og hva man søker å forstå gjennom inkomstsamtalen. Når sykepleieren under inkomstsamtalen innleder med at «vi bruker å spørre om det her» eller «skal vi se her» og viser til malen i sykepleiedokumentasjonen, er det ikke sikkert at det fremmer pasientperspektivet i samtalen eller i sykepleiedokumentasjonen.

Veiskille

Kärkkäinen, Bondas og Eriksson (9) viser til at sykepleiedokumentasjonen er kommet til et veiskille og at det er uvisst hvilken retning utviklingen vil ta. De fremhever at sykepleiedokumen-

tasjonen må få plass som en viktig del av pasientomsorgen. At pasientens perspektiv blir en del av sykepleiedokumentasjonen er en forutsetning for god sykepleiedokumentasjon. Det kan gjøres ved at pasienten får anledning til å uttrykke seg fritt, noe som gir assosiasjoner til å finne rom til pasientens fortelling i sykepleiedokumentasjonen. Kanskje skillet mellom samtalen og teksten kan indikere at sykepleiedokumentasjonen, og arbeidsprosessene knyttet til den, ikke betraktes som en del av pasientomsorgen og det kliniske arbeidet? Det kan ses på som et eksempel på gap mellom teori og praksis der det må bygges bro for at oppgavene skal integreres i hverandre. Og da er vi tilbake til språket som kan være brobygger, men som i EPJ synes å være prisgitt de rammene vi gir den.

Ifølge Fiskum (7) kan vitenskapens språk bli for avgrensende når en sykepleier skal formidle det relasjonelle, og derfor bør sykepleiere inkludere pasientens opplevelse og forståelse av sin egen situasjon. Dette språket kan vi finne i fortellingen til pasienten. Det handler ikke bare om strukturen i et dokumentasjonssystem, det handler om hvilke verdier man vil vektlegge og hvilken identitet sykepleie skal ha. Det er rom for en humanistisk forståelse av sykdom når sykepleiedokumentasjonen struktureres etter VIPS-modellen, men det er opp til praksis å åpne opp for et slikt rom og etterspørre slik kunnskap om pasienten.

Overførbarhet

Observasjon som metode har gitt informasjon om hva som skjer under inntakssamtalen og hvilken mening som kommer frem der. Tilnærmingen til feltet har gitt data som har vært informative slik at relevansen til metoden som er brukt, vurderes som tilfredsstillende. Validitet peker på hva man har funnet ut noe om, og hvilken overførbarhet funnene har. Inntakssamtalen var en god arena for å få frem ulike typer data, og funnene kan være overførbare til andre deler av sykepleiedokumentasjonen og VIPS. Men man kan stille spørsmål ved om fem observasjonssituasjoner er tilstrekkelig til at funnene kan være overførbare. Malterud (14) viser til at et høyt antall informanter ikke nødvendigvis er kriterier for et overførbart resultat. Kvale (15) peker på en kommunikativ validitet som innebærer forskerens evne til å kommunisere forskningen sin på en forståelig måte. De prinsipielle spørsmål som kommer frem på bakgrunn av undersøkelsen, er uansett av verdi og viser at man har funnet

interessante svar på problemstillingen. Det er behov for mer kunnskap om hvordan en modell virker inn på møtet mellom pasient og sykepleier og hva vi kan gjøre for å få et mer fremtredende pasientperspektiv i dokumentasjon av sykepleie.

Refleksivitet er nødvendig i hele forskningsprosessen og spørsmålet er ikke om forskeren påvirker prosessen, men hvordan. I møte med forskningsfeltet var det viktig å sette skepsisen i forforståelsen til side slik at det som kom frem under feltarbeid og observasjon skulle få rom i den nye forståelsen. Det har vært tilstrebet under hele arbeidet, selv om man må erkjenne at tilstedeværelsen man har som observatør vil prege informantene.

Konklusjon

En del av kritikken mot papirbasert sykepleiedokumentasjon viste til at det var lite faglig uttrykk i den, den var dagbokpreget og pasientens behov for sykepleie kom i liten grad frem. Det var noe av bakgrunnen for utviklingen av den elektroniske sykepleiedokumentasjonen, og det var store forventninger til gevinstene EPJ skulle avstedkomme. Undersøkelsen har ikke avdekket noen endring ved overføring til EPJ. Det standardiserte språket sees kun gjennom VIPS-modellens søkeord, og pasientperspektivet er fremdeles fraværende.

Sykepleier og pasient møtes til inntakssamtalen med til dels ulike hensikter.

I inntakssamtalen er det tendenser til en treleddet relasjon, slik Skjervheim (16) beskriver det, og et pasientperspektiv. Men agendaen fra dokumentasjonssystemet kan også påvirke strukturen for møtet mellom pasient og sykepleier dersom ikke sykepleieren tilstreber en åpen tilnærming til samtalen, pasienten og hans fortelling. I oversettelsen mellom tekst og tale kan det skje en forskyvning av meningen i pasientens fortelling til tekstens format. For å få tak i pasientens fortelling er derfor dialogen sentral og må få rom både i møtet mellom pasient og sykepleier og i sykepleiedokumentasjonen. Dette vil bidra til at den humanistiske tilnærmingen til sykdom og helse i sykepleien opprettholdes også i dokumentasjonen av den. Og pasientens fortelling og pasientperspektivet vil få sin plass i sykepleiedokumentasjonen. ■■■

LITTERATUR

1. Dahl K. Dokumentasjon og prosess: Dilemmaer i et historisk perspektiv. Tidsskriftet Sykepleien 2002; 3: 46-51.
2. Stokke TA, Kalfoss MH. Structure and content in Norwegian Nursing Care Documentation. Scandinavian Journal of Caring Science 1999; 13: 18-25.
3. Egerod I. Språk og klinisk sykepleie. I: Gjengedal E, Jacobsen R, red. Sykepleie, praksis og utvikling. Oslo: Cappelen Akademisk forlag, 2001: 96-102.
4. Eika M. Pleiere fremmedgjøres av dataspråk. Tidsskriftet Sykepleien 2006; 17.
5. Ejd M. Den menneskelige omsorgen saknas i journalerna. Vårdfacket 2006; oktober.
6. Dahl K, Vatne S. Mangel på pasientperspektiv. Tidsskriftet Sykepleien 2007; 18: 70-72.
7. Fiskum E. Pasienten først? En kvalitativ studie av sykepleierens dokumentasjonspraksis ved kirurgisk avdeling. Hovedfagsoppgave, helsevitenskap Trondheim; NTNU, 2002.
8. Adamsen L, Tewes M. Discrepancy between patient's perspectives, staff's documentation and reflections on basic nursing care. Scandinavian Journal of Caring Science 2000; 14: 120-129.
9. Kärkkäinen O, Bondas T, Eriksson K. Documentation of individualized patient care: a qualitative metasynthesis. Nursing Ethics 2005; 12 (2): 123-132.
10. Eriksson K. Vårdvetenskap som akademisk disiplin. Vasa: Åbo Akademi, 2001.
11. Hellesø R, Ruland C. Developing a module for nursing documentation integrated in the electronic patient record. Journal of Clinical Nursing 2001; 10: 799-805.
12. Ehnfors M, Ehrenberg A, Thorell-Ekstrand I. VIPS-boken. Om en forskningsbasert modell for dokumentation och omvårdnad i patientjournalen. Stockholm: Vårdförbundet FoU 48, 2000.
13. Grimen H. Dei beste tilgjengelege forklåringana. Tidsskriftet Norsk Lægeforening 2000; 120: 3741-2.
14. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring. Oslo: Universitetsforlaget, 2003.
15. Kvale S. Det kvalitative forskningsintervju. 6. opplag. Oslo: Ad Notam Gyldendal, 2004.
16. Skjervheim H. Deltakar og tilskodar. I: Skjervheim H. Deltakar og tilskodar og andre essays. Oslo: Aschehoug & co. 1996: 71-87.



Eli Bøe,
universitetslektor,
Universitetet i Stavanger



Bente Rossavik,
sykepleier/student-
koordinator, Stavanger
universitetssykehus

Lærere forskjellig på skole og i praksis

Sykepleierstudenter legger mest vekt på det de lærer om legemiddelhåndtering i praksis til tross for at den ikke alltid er forskriftsmessig.

Det er et mål at sykepleierstudenter lærer legemiddelhåndtering på en forskriftsmessig og forsvarlig måte. For å nå dette målet er det viktig med et nært samarbeid mellom skole og praksisfelt. Studentene ønsker at sykepleiere i praksis skal samarbeide med skolen om praksisforberedende undervisning. De oppfatter at den måten de håndterer legemidler på i praksis er den beste, på tross av at kontaktsykepleierne ofte har innarbeidet vaner og uvaner og ikke er oppdaterte på de nyeste forskriftene for legemiddelhåndtering. Kontaktsykepleierne gir uttrykk for at de ofte føler seg usikre på veilederrollen.

Hensikt

Hensikten med denne studien er å belyse undervisningen i legemiddelhåndtering på skole og i praksis fra ulike perspektiver. Vi ønsker å fokusere på styrker og svakheter både ved skolens undervisningsopplegg og opplæringen i praksis. Målet er at studentene skal oppleve at teori og praksis er to sider av samme sak.

Metode

I april 2008 gjennomførte vi to fokusgruppeintervjuer, ett med en gruppe studenter og ett med en gruppe kontaktsykepleiere fra to forskjellige sengeposter på et sykehus. I intervjuene reflekterte informantene over studentenes læring av legemiddelhåndtering. Fem sykepleierstudenter i fjerde semester på bachelorutdanningen og seks kontaktsykepleiere deltok.

Intervjuguiden handlet om hva det innebærer å håndtere legemidler, om forutsetninger for og hindringer for læring, om overføring fra teori til praksis, om det delegerte ansvaret og om forbedringsmuligheter. Intervjuene ble foretatt før de nye Forskriftene for legemiddelhåndtering trådte i kraft 1.5.2008.

Analysen resulterte i hovedkategoriene:

- ▶ Praksisforberedelsenes betydning for studentenes læring
- ▶ Praksis som læringsarena
- ▶ Studenten som lærende
- ▶ Kontaktsykepleierens rolle

Vi har presentert funnene i undersøkelsen som fritekst, men vi har brukt sitater fra studentene og kontaktsykepleierne for å illustrere viktige poenger. Vi håper at funnene kan stimulere til videre arbeid med å dyktiggjøre studentene til forskriftsmessig og forsvarlig legemiddelhåndtering.

Praksisforberedelser

Praksisforberedelsene utgjør en viktig del av utdanningens program (1). Skolens sykepleielaboratorium har et medisinerom som er tilnærmet identisk med de forhold studentene møter i praksis. Ferdighetstrening og simulering utgjør en vesentlig del av undervisningen. Studentene betrakter praksisforberedelsene som viktige, de får prøve seg i trygge omgivelser og det oppleves som lærerikt. De er likevel mest opptatt av hva som blir gjort i praksis: «Forberedelsene er for så vidt viktige, men av og til føler jeg at sånn er det viktig å gjøre på skolen, men i praksis så gjør vi det på en annen måte. Det kan skyldes evnen til å se at det finnes forskjellige måter å gjøre ting på, kanskje. Men det er som du sier at når du har vært på laben så har du fått med prosedyren og dermed har du en knagg å henge ting på.»

Det virker som studentene opplever at skole og praksis er to forskjellige læringsarenaer med forskjellige mål. Studentene opplever med andre ord et gap mellom teori og praksis. Aktivitetene på skolen knyttes til arbeidskravet i legemiddelregning og praktisk muntlig eksamen, og oppfattes ikke som forberedelser til praksis: «Du skal forholde deg til skolen og dens læremåte, det har jo med eksamener å gjøre. Og så går du på jobb, og der har de sin måte og sine rutiner.»

Ønsker mer praksis

Så selv om praksisforberedelsene gir studentene knagger å henge kunnskapen på, ønsker de mer praksis, og de vil ha sykepleiere fra praksis inn i skolens sykepleielaboratorium: «Ja, jeg tenker at det vi lærer på skolen er grunnsteinen i det vi skal bygge videre på. Men det som hadde vært fint, var om en fra sykehuset kom og viste oss i stedet for en lærer som

www.sykepleien.no

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

Søkeord:

- ▶ Legemidler
- ▶ Medisinhåndtering
- ▶ Pedagogikk
- ▶ Sykepleierstudent
- ▶ Fokusgruppe



hadde vært borte fra tingene i mange år. Det er kommet nye og enklere måter å gjøre ting på og også mer avanserte måter å gjøre ting på. Slik at vi kunne fått lære det i de obligatoriske timene i sykepleielaboratoriet.»

Sykepleielærerne har i lang tid følt seg presset av studentenes forventninger på den ene siden og myndighetenes krav om akademisk kompetanse på den andre. Ifølge studentene i vår undersøkelse, har lærerne opprettholdt sin faglige teoretiske kompetanse, men ikke trygghet i praktisk sykepleie (3). Det kan derfor synes som et dilemma når en av kontaktsykepleierne sier: «... at hvis vi har en student, og hun spør meg hvordan jeg gjør det, og så sier jeg det, og så sier hun at på skolen så har vi lært det sånn, og da sier jeg at hun må gjøre sånn som hun har lært.»

Uvaner i praksis

En student uttrykker det slik: «Men de er veldig interessert i å høre hva vi har lært. Og så sier de: Da gjør vi det sånn. Det er viktig å få erfaring fra dem som er i praksis ... men de endrer ikke for det ...» Vi tolker disse utsagnene som at kontaktsykepleierne viser respekt for den kunnskapen studenten har med seg fra skolen. Sykepleierne kan si at «det er jo dere som har den nyeste kunnskapen». De har selv «lagt seg til uvaner», men det kan virke som de vil fortsette med uvanene i stedet for å endre praksis. En studie viser at (4) nyutdannede sykepleiere som er nyansatte på sykehuset, opplever at de etter to år i yrket er blitt en del av systemet. De forsøker å holde fast på sine idealer om forskriftsmessig medikamenthåndtering, men: «de er nødt til å forandre på noe, fordi de har sett og opplevd virkeligheten».

Samarbeid med sykepleiere i praksis kan etter vår oppfatning,

Det er viktig å få erfaring fra dem som er i praksis.

bidra til større grad av samsvar og gjenkjennelse hos studentene når de møter praksis. Erfaring viser at sykepleiere som trekkes inn i praksisundervisning tar med seg gode vaner og «beste praksis» tilbake på post. Konsekvensen kan da bli en mer bevisst holdning og økt kunnskap om legemiddelhåndteringspraksis i møtet med pasienten.

Legemiddelregning

Studentene ønsker mer kunnskap om legemidler før de kommer ut i praksis. De skulle også ønske at de visste mer om omfanget av synonympreparater og at de hadde lært å bruke Felleskatalogen bedre. De trenger lang tid til å sette frem medikamenter, i tillegg til at det ikke alltid kommer frem på kurven at det er brukt synonympreparater – noe som i seg selv er en studie verd.

Skolen bruker store ressurser på at studentene skal bli dyktige til å regne ut pasientdoser. Vi mener at dette er nødvendig. Å trene på utregning av pasientdoser må også prioriteres når studentene er ute i praksis. Kontaktsykepleierne på sin side sier at behovet for legemiddelregning på postene ikke er så stort. Og at det som er, er relativt enkelt. Det er interessant at sykepleierne opplever omfanget av nødvendige regneoperasjoner som lite. En studie ved St. Olavs Hospital (5), påviste for eksempel et doseavvik (for høy eller for lav dose) på over 80 prosent av i alt 237 meldte avvik



LÆRER MEDISINHÅNTERING: Praksisforberedelser og praksis gjør det mulig for studentene å prøve og feile uten at det får fatale konsekvenser. Foto: Erik M. Sundt

mellom 2002 og 2007. Vi vet samtidig at det er store mørketall (6).

Læringsbarrierer

Studentene møter mange læringsbarrierer i praksis (7). Mangel på systematisk opplegg for og begrenset tid til læring, er de største barrierene. Men forhold som dårlig organisering og lav bemanning på postene oppleves også som negativt: «Vi må få lov til å tre ut av pleien og gå inn på medisinnrommet og gjøre sårne ting. Jeg vet at her er det også ymse praksis rundt forbi, vi er jo heldige. Jeg tror ikke de alltid kommer på at det kan være «kult»



å gå inn og hente to Paracet. He, he, det kan virke hverdagslig, men det er en del av læringen.»

Kontaktsykepleierne sier blant annet følgende om å ha studenter i praksis og hvilke muligheter de har for å gi veiledning: «I begynnelsen tok jeg studentene med på alt jeg skulle ha gjort. Til slutt fant jeg ut at det kunne jeg ikke. Det blir bare kaos i hodet av det. Så har det blitt sånn at jeg sier at nå kan du konsentrere deg om det mens jeg gjør fire andre ting. Og så kan du (studenten) lese på prosedyrene imens. Det går.»

Dette kan tyde på at kontaktsykepleierne mangler veiledningskompetanse, noe som også underbygges i en studie av Rossavik (8). I en rapport fra en av studentpostene ved Stavanger universitetssykehus (9) var en av konklusjonene at studentene lærte mest ved å bli integrert i arbeidsfellesskapet og få ansvar.

«Jeg vil bli som deg!»

Kontaktsykepleierne har ulik bakgrunn og kompetanse, og de er viktige rollemodeller for studentene. Selv opplever de at den største barrieren ved å være nyutdannet er å være alene om ansvaret for legemiddelhåndteringen (4). Svært mange har heller

Det vi lærer på skolen er noe helt annet enn det vi ser ute i praksis.

ikke formell veilederkompetanse. Dette er en utfordring både for skolen og for praksis. På tross av at kontaktsykepleierne opplever denne usikkerheten, dårlig praksis og lite gunstige veiledningsforhold, ønsker studentene likevel å «bli som dem»: «Jeg synes praksis og skole er helt forskjellige ting, jeg. Helt forskjellig! Det vi lærer på skolen er noe helt annet enn det vi ser ute i praksis. Du skal forholde deg til skolen og dens læremåte, det har jo med eksamener å gjøre. Og så går du på jobb og der har de sine måter og sine rutiner. Jeg må jo ærlig innrømme at jeg tenker at det er de som har erfaringen, det er de som jobber her som gjør det slik jeg har lyst til å gjøre det.»

Heldigvis er det også eksempler på gode læresituasjoner. Kontaktsykepleierne beskriver veiledningen slik: «... vise at det er mange måter å gjøre ting riktig på ... spør hva de har lært, legge til rette for valg, trene på ulike måter for å finne hva som er det beste for pasienten ... være med dem fra begynnelse til slutt, ikke si alt, spørre om de har tenkt riktig. Konkludere, være assistent, gå igjennom sammen, ser hva som blir galt ... be dem om å være bevisst, hvorfor de gir det de gir.»

Prøve og feile

Studentene blir oppfordret til å stå alene på medisinnrommet eller jobbe flere studenter sammen og gjerne flere dager etter hverandre. Slik får de muligheten til å trene på ulike administrasjonsmåter og til å slå opp i Felleskatalogen.

En av studentene fremhever betydningen av å prøve og feile i trygge omgivelser: «Ja, jeg skulle skylle med NaCl i en treveiskran og fant ikke helt fram – fikk den ikke helt inni. Så måtte jo kontaktsykepleier si til slutt at der er jo propp på (latter). Ja, du vet en er jo helt stresset. Ja, jeg må jo ta av proppen. Og kontaktsykepleier spør om er nå sprøyten steril? Nei ... Hun så jo hele tiden hva som skjedde, men lot meg prøve og lære av mine feil. Jeg tror vi lærer mer av å gjøre feilen. Der gikk en sprøyte i bossen, men jeg har ikke gjort det igjen. Det var en god måte å lære på – har du vært borti noe så ikke bruk sprøyten. Det var ganske flaut akkurat da, men jeg lærte av det. Jeg synes det var imponerende av henne å la meg gjøre det. Ja, klare å la være å si noe.»

Konklusjon

Et styrket samarbeid mellom skole og praksis synes nødvendig. Det må fortsatt satses på forberedelser som sikrer «praksisnærhet» og erfaringsbasert kompetanse. Studentenes læringskompetanse og evne til refleksjon over erfaringene med legemiddelhåndtering, enten de er i sykepleielaboratoriet eller i «den virkelige verden», må utvikles. Her fremstår både læreren og kontaktsykepleieren som viktige veiledere i prosessen, enten studenten er på skolen eller i praksis. Kontaktsykepleiere kan på tross av «egne uvaner» gi god sykepleie til den enkelte pasient. Det er likevel en forutsetning at den enkelte sykepleier håndterer legemidler til den enkelte pasient forskriftsmessig, godt sykepleiefaglig forankret og ut fra aktuelle retningslinjer og prosedyrer. Oppfyllelsen av kravene er også et ledelsesansvar. Det ligger utfordringer her med å tilrettelegge for studentens læring av legemiddelhåndtering i praksis. Kontaktsykepleiers veiledningskompetanse er nødvendig, men ikke alltid tilstrekkelig. Kontaktsykepleier må få mulighet til å styrke egen veiledningskompetanse, for eksempel ved å delta på veilederkurs eller i veiledningsfellesskap. Det må sikres et tydelig veiledningsopplegg for studenten som også har aksept i miljøet. Et sterkere samarbeid med lærer og praksisfelt anser vi som svært betydningsfullt.

At studentene «glorifiserer» praksis og sykepleierne sier at studentene må gjøre som de har lært på skolen, men selv fortsetter sin egen praksis, er interessante funn. ■■■

LITTERATUR

1. Rammeplan for sykepleierutdanning. Kunnskapsdepartementet, 25.01.2008
2. Altern J, Bjørk IT. Studentenes læring av praktiske ferdigheter i modellavdelingen og klinikken; en utforskende studie. *Vård i Norden* 2006; 4: 25-30
3. Alvsvåg H, Førland O. Sykepleierutdanningen i lys av nyutdannedes yrkeserfaringer. *Vård i Norden* 2006; 3: 34-38
4. Bjerga G. Den nyutdannede sykepleiers opplevelser som nyansatt i sykehuset, Oslo: Masteroppgave UIO, 2006.
5. Teigen I, Lein Rendum K. (2006). Undersøkelse referert av professor dr.med. Olav Spigset. St.Olavs Hospital, ved Fagkonferanse ved HiST, arrangert av SUFAL, 22.-23.04.2009
6. Bruheim M. Fatale feil. *Sykepleien* 2008; 3: 36-40
7. Kjørshem D. Læringsbarrierer i klinisk praksis. *Tidsskriftet Sykepleien* 2003; 8:40-46
8. Rossavik B. Kontaktsykepleierens arbeidsforhold i sykehuset. Masteroppgave UIO, 2006
9. Øvrebø R. Medregnet, utfordret og ivaretatt. Rapport fra Universitetet i Stavanger, nr.4, 2006.

Lite smitte fra mat og dyr

Det er lite smitte fra mat og kontakt med dyr i Norge, ifølge Zoonoserapporten fra 2009. Zoonoser er sykdommer som smitter mellom mennesker og dyr, enten gjennom mat eller direkte kontakt.

Men selv om forekomsten er lav, mener Folkehelseinstituttet det er viktig å overvåke zoonoser for å forebygge smitte hos mennesker.

Kilde: Folkehelseinstituttet

Vil ha alkohol

Har man kjørt med promille, må en alkoholås monteres i bilen. Det foreslår Allmennlegeforeningen og Norsk forening for allmennmedisin. Dermed slutter de seg til en rapport fra Statens vegvesen som foreslår å forsøke alkoholås som alternativ til tap av førerkort for promillekjørere.

Alkoholås festes ved siden av rattet i bilen og bilen starter ikke uten at man har pustet i alkoholåsen.

Det er også umulig å starte dersom det er drukket alkohol.

Lederne av begge foreningene sier til Dagens Medisin at forslaget kan virke naivt, fordi det er mulig å omgå ordningen. Men de viser til forskning fra andre land som viser at det ikke skjer. De mener alkoholås vil gi bedre rehabilitering av promillekjørerne, men stiller som forutsetning at de skal vurderes av lege i forhold til skikkethet til å kjøre og alkoholbruk.

Kilde: Dagens Medisin



Trist og normalvektig

Overvektige jenter er mindre depressive enn normalvektige som tror de veier for mye. Det antyder forskning fra USA som er gjort på over 12 000 tenåringer.

Det spesielle med studien er at forskerne har kombinert spørsmål om vekt med spørsmål om hvordan holdningen til vekten påvirker deres livssyn. Ofte antas det at jenter med normal vekt har det bra med seg selv. Det er altså ingen selvfølge.

I samme studie kommer det også fram at unge gutter er svært fortvilet over å veie for lite. Undervektige gutter er mer frustrerte over vekten enn gutter som er overvektige.

Kilde: forskning.no

Rynkefri lykke

Klarer man ikke å rynke pannen, virker verden også mindre sint og trist. Det antyder i hvert fall en ny studie.

Forskere har lenge vært fascinert av forholdet mellom følelser og ansiktsuttrykk. For eksempel har studier vist at det å lese om en følelse stimulerer de samme nerverbanene som brukes når man faktisk føler slike følelser. Å rynke brynene når man leser om en som er sint er ikke uvanlig.

I den nye studien testet forskere 40 personer før og etter at de fikk injisert botox, som lammer musklene som brukes for å rynke panne eller øyebryn.

Forsøkspersonene måtte lese ulike følelsesladede tekster før og etter inngrepet. Resultatet tyder på at de brukte lengre tid på å forstå tekster med et sint eller trist innhold etter at de fikk botox.

Kilde: forskning.no



Foto: Colourbox



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.

Viktor Roddvik

Aktuell med: Flerkulturelle arbeidsplasser.

En veiviser

Yrke: Seniorrådgiver i Vox, nasjonalt fagorgan for kompetansepolitikk

Bosted: Oslo

Alder: 62 år



Kulturell

Det er mye snakk om å rekruttere innvandrere. Viktor Roddvik lurte på hvordan det går når de begynner å jobbe.

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

På få år er antall innvandrere til Norge mangedoblet. Nøkkelen inn til det norske samfunnet er en jobb, men hvordan fungerer det på arbeidsplasser der det jobber mennesker fra ulike kulturer? Det ville Viktor Roddvik finne ut. Resultatet ble boken «Flerkulturelle arbeidsplasser», som blant annet består av intervjuer der ledere på ulike nivåer forteller om sine erfaringer. De fleste er gode.

– Men det er også utfordringer, erfarer Roddvik.

Særlig gjelder det innvandrere fra kulturer som står fjernt fra den norske, men også europeere kan bli forvirret.

– Mye kan gjøres ved at vi blir mer bevisste på vår egen kultur og hvordan den oppleves av andre. Innvandrere strever med å knekke våre kulturelle koder. Men kanskje er det enda vanskeligere for nordmenn å forstå hvordan innvandrere reagerer på vår væremåte og tradisjon. Kanskje den egentlige utfordringen ikke er å forstå andres kultur, men vår egen.

Et eksempel er norsk lederstil.

– I Norge har vi en vennlig måte å kommunisere på. Vi sier «fint om du kan få dette ferdig til fredag». I Polen kunne de sagt «hvis du ikke har dette ferdig innen fredag, kan du la være å komme på jobb mandag». Noen sier nordmenn underkommunisere. Vi

pakker ting inn. I forhold til innvandrere kan det være viktig å være tydelig på hva man forventer. Man kan fremdeles være vennlig, men omformulere så det ikke er noen tvil om at fristen er fredag.

Selv vet Roddvik noe om å være annerledes. I oppveksten på Trasop i Oslo på 1950-tallet var han den eneste med fremmedkulturell bakgrunn. Med russisk far og halvt russisk mor hadde han et annet språk, en annen religion og fulgte en annen kalender enn de andre barna. Han spiste annerledes mat, ble fortalt andre eventyr og hørte andre sanger.

– Jeg er født og oppvokst i Norge og kan ikke sammenligne meg med en som kommer som flyktning fra en helt annen del av verden. Men jeg kjenner igjen noe av det de opplever, sier han.

Roddvik advarer mot stereotyper og å sette folk i bås. Ikke alle som kommer fra muslimske land er muslimer. Én pakistaner kan ikke uten videre sammenlignes med en annen. Han råder også arbeidsgivere til å være tydelige på at innvandrere er en ressurs og at de er ønsket. Da må de ansatte følge opp.

Men innvandrere må også forholde seg til norsk praksis.

– Enkelte menn fra muslimske samfunn er ikke vant til å jobbe sammen med kvinner eller ta ordre fra kvinnelige sjef. Det kan vi ikke tilrettelegge

rådgiver

for. Men det kan gjøres klart på forhånd at det er sånn, sier han.

– Jeg har også eksempel på en femåring som nektet å høre på kvinnelige barnehageansatte fordi han hjemme var vant til å bestemme over søsteren på tolv. I Norge holder ikke det.

I boken gir Roddvik flere konkrete tips. For eksempel i forhold til mat.

– For veldig mange er det knyttet sterke normer til hva de kan spise og ikke. Normalt krever det så enkel tilrettelegging som å sørge for at kantine har salatbar og å servere fisk som alternativ til kjøtt.

Å gi fri på høytidsdager er et annet eksempel.

– Som regel er det veldig enkelt dersom det planlegges. Et tips er å skaffe en kalender som viser ulike religiøse

dere hvor mye norsk man må kunne i den enkelte jobb.

– Det er stor forskjell på en sykepleier og en som jobber på vaskeriet.

Veldig mange arbeidsplasser har også et eget vokabular knyttet til yrke. Roddvik henter fram en lommepratør laget av Undervisningssykehjemmet i Oslo. Her forklares vanlige ord og uttrykk som brukes i helsetjenesten. Hva er for eksempel en sengehest?

Roddvik anbefaler også bruk av fadder.

– Det er mange uskrevene regler som kan være vanskelige å forstå. En fadder kan forklare og veilede.

En fadder kan også følge opp norskkunnskaper.

– Mange innvandrere kan kvie seg for å bruke telefon i arbeidet. Er det

Han ringte pårørende og ga beskjed om at «nå er'n dau».

helligdager. Planlegges seminar, kan det være greit å sjekke at det ikke legges på en sånn dag. Hvis det blir problemer med denne type fravær, er min erfaring at det ikke handler om vrangvilje, men om mangel på kunnskap.

Norskkunnskaper er et gjennomgangstema i boken.

– Jeg tror det er ganske stor bevissthet om hvor viktig språket er, sier Roddvik.

– Men det er lite kunnskap om å vurdere språkferdigheter. Det er lett å tro at innvandrere er dårligere i norsk enn de faktisk er fordi de har aksent. Men man kan snakke godt norsk selv om man har kraftig aksent.

Han mener også det er viktig å vur-

for eksempel nødvendig å ringe pårørende med beskjeder, kan fadder stå i bakgrunnen og supplere.

Et eksempel på en som burde hatt en slik fadder, er pleieassistenten som skulle informere om et dødsfall. Han ringte pårørende og ga beskjed om at «nå er'n dau».

– Meningsinnholdet var jo korrekt. Stilnivået helt feil.

I boken lister Roddvik opp konkrete tips for bedre integrering. Det siste er å se gevinstene av en flerkulturell arbeidsplass. Alt tyder på at det blir stadig flere innvandrere i norsk arbeidsliv.

– Hvorfor ikke lære av arbeidsplasser som har erfaring, avslutter Viktor Roddvik. ■■■

Han at sa det var greit.

Aparges.

Det var et fint morgen.

Villedner.

Korrekturen som forsvant

JEG VET JEG BURDE HEVET MEG OVER DEM. Storsinet tenkt at så lenge jeg forstår meningen, så er det ikke så farlig om en bokstav har byttet plass med en annen. At et hunkjønnsord refereres til med intetkjønnsartikkel. At et ord har falt bort her og der. Problemet er at det er så mange av dem at jeg ikke utholder å fare lett over dem alle.

I en nettavis forventer jeg dem nesten. Det er noe med det raske og flyktige som kaster et formildende skjær over ubehjelpelig rettskrivning. Men i en bok gjør de meg mismodig. En bok fortjener liksom en skikkelig språkvask. Det handler om å vise teksten respekt, der den ligger pent innpakket i mer eller mindre stive permer.

Når jeg tilgir nettavisene, handler det også om at den manglende korrektoren står i stil med resten av produktet. Raskt og med mulighet til å korrigere. En bok representerer noe mer gjennomarbeidet. Selv om bøker i økende grad brukes og kastes, er det ingen unnskyldning for å behandle teksten skjodesløst. Det rommet som oppstår når de leses burde være like verdifullt uansett om boken havner i mondent selskap i en bokhylle eller legges igjen på bussen.

Skrivefeil gjør vi alle. Men når de dukker opp jevnt og trutt på side etter side, gjør det noe med inntrykket av hele boken. Hvis det ikke er så viktig å lese korrektur, hva da med resten?

(Og så håper jeg ingen finner korrekturfeil i denne teksten.)



Nina Hemæs



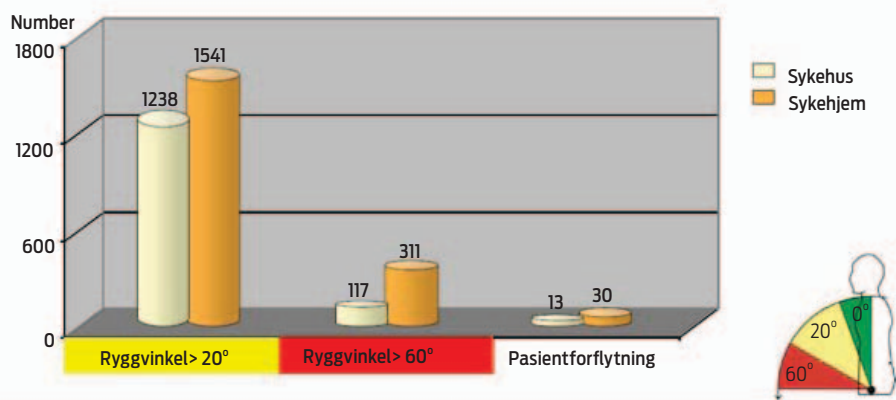
Espen Helge Aspnes er seniorrådgiver i Sintef og innovasjonsrådgiver for Inno-Med i Midt-Norge.
E-post: EspenHelge.H.Aspnes@sintef.no

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

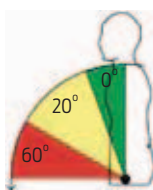
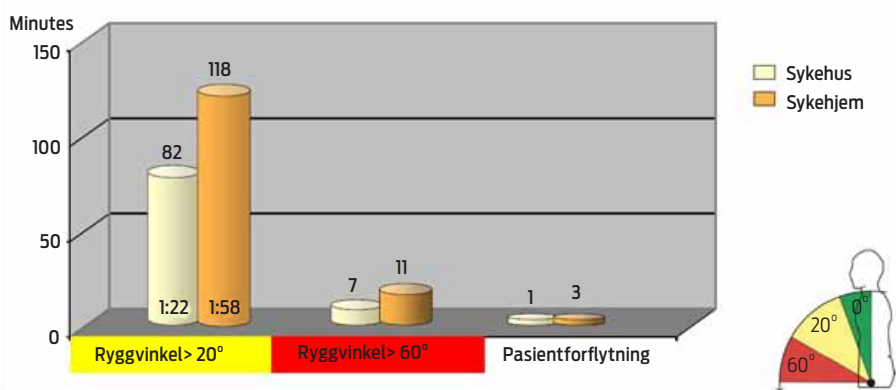
Bruk av teknologi i forskning på ergonomiske belastninger

En studie utført av diplomingeniør Sonja Freitag fra Tyskland, der spesiell teknologi er benyttet for å analysere ryggbelastninger, gir ny innsikt i hva som forårsaker ryggproblemer blant sykepleiere og hjelpepleiere.

Resultat i antall bøyninger forover og pasientforflytninger pr. person i løpet av ett skift:



Resultat i antall minutter i foroverbøyd stilling eller med pasientforflytning pr. pleier pr. skift:



Arbeidsstilling/ryggvinkel:
0 – 20: Akseptabelt
20 – 60: Noenlunde akseptabelt
Over 60: Uakseptabelt

Utstyret som er brukt i studien er utviklet av IFA (www.dguv.de/ifa) har fått produktnavnet CUELA, og det brukes for å måle langtidsbelastninger på muskler/skjellelett. Som bildet over viser, er utstyret festet til kroppen slik at målingene kan skje under normale arbeidsoperasjoner. Utstyret bruker avansert sensortechnologi og software som automatisk evaluerer registrerte data opp mot gitte ergonomiske og biomekaniske kriterier. Figuren til høyre angir grenser for ryggvinkelutslag som Sonja Freitag har lagt til grunn i sin studie. Den skulle gi svar på følgende spørsmål:

- › Hvilke uheldige kroppsstillinger forekommer i en sykepleiers hverdag?
- › Hvor ofte oppstår de, og hvilke aktiviteter fører til disse uheldige kroppsstillingene?

Studien omfattet 31 institusjonsenheter (9 geriatriske omsorgsenheter og 22 omsorgsenheter på sykehus). 87 morgenskiift ble gjennomgått.

Studiene fra sykehjem viser at de aktivitetene som først og fremst fører til uakseptable bøyninger (ryggvinkel >60) er:

- › Oppreising av seng
- › Håndtering av artikler som benyttes i pleie og omsorg.
- › Basisstell på badet
- › Mobilisering av beboer/pasient
- › Basisstell i sengen

Oppsummert viser studien at en pleier på sykehjem bøyer seg forover cirka 1500 ganger og tilbringer cirka 2 timer i foroverbøyd stilling i løpet av et morgenskiift. Studien viser også at mange av de uheldige kroppsstillingene kan unngås ved å utnytte muligheten for høydejustering av f.eks. seng samt lagre det man bruker ofte i en praktisk høyde.

Studien dokumenterer videre at arbeid med pasientforflytning totalt utgjør mindre i forhold til de totale belastningene på muskler og skjellelett gjennom et arbeidsskiift enn det som har vært vanlig oppfatning. ■■■

(Ref.: Occupational Hygiene, Vol. 51, No. 4, pp. 385–395, 2007. Illustrasjonene i artikkelen er hentet fra en presentasjon som Sonja Freitag holdt på EAHSA's konferanse i Stockholm i mai 2010.)

Andre faste bidragsytere:



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



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



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



Alltid Alice

Av Lisa Genova
Oversatt av Bodil Engen
281 sider
Pax Forlag, 2009
ISBN 978-82-530-3214-6
Anmelder: Inger Frogg Jørgensen,
psykiatrisk sykepleier

Hjerteskjærende om alzheimer

ANMELDELSE: Alice, professor i lingvistikk, lykkelig gift og med tre voksne vellykkede barn, begynner å glemme ord og avtaler. Ja, endog veien hjem. Innen året er omme, får hun diagnosen: Tidlig Alzheimers sykdom.

Her begynner den virkelige kampen, og det levnes ingen tvil om at Alice er et kjempende menneske. Når hun og mannen får summet seg etter sjokket, venter den vanskelige samtalen med barna. Her møter vi et stort etisk dilemma. Sjansen er nemlig femti prosent for at barn arver disposisjonen for tidlig Alzheimers. Genet kalles presenilin-1 mutasjon.

– Er den autosomal dominant, spør sønnen Tom, som studerer medisin. Svaret er ja.

Og dermed reises det etiske dilemmaet: Dersom Alice hadde blitt gravid

i dag, kunne fosteret blitt testet for om det var bærer av genet. Dette forteller Alice til datteren Anna som er midt i en prosess med assistert befruktning. Alice tenker sitt. Hadde testen vært tilgjengelig på hennes tid, ville ikke Anna vært her.

To av de tre barna velger å teste seg. Anna er bærer av genet. Tom er det ikke. Den yngste datteren avstår fra hele testen.

Så hva gjør Anna når hun blir gravid med tvillinger? Hun vil verken teste inseminasjonsvæsken eller fostrene. Hva ville du og jeg gjort?

Alice er fortsatt tidvis klar og føre var. Hun oppsøker en privat klinikk for demente. Derfra går hun direkte til legen og får foreskrevet et medikament som er egnet til suicid. Men hun tar det aldri. Kanskje er det et hint fra skjebnen, for da hun en tid senere

febrilsk leter etter det, har hun glemt hvor hun har gjemt det.

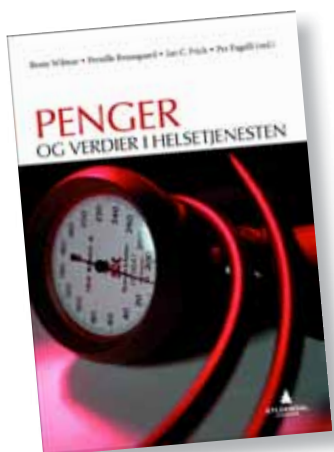
Dette er en bok om håpløshet og håp, men først og fremst om samhold. Det finnes ikke svik her. Så er det da også en ressurssterk familie, både emosjonelt, økonomisk og intellektuelt. Man sitter ikke tanketom etter endt lesning.

Forfatter Lisa Genova har selv en ph.d i nevrologi fra Harvard.

Til slutt en stor honnør til oversetter Bodil Engen. Hun har på sobert vis ivaretatt det jeg opplever som en nyere amerikansk skrivestil. Da sikter jeg blant annet til måten dialogene er satt opp på, balansert med refleksjoner fra persongalleriet, der grensen til å formidle overfladisk er hårfin. Her er det bare å lese og felle noen tårer. For hjerteskjærende og fullstendig troverdig er historien.

Det er ikke noe umoralsk i mine bøker, bare mord.

Agatha Christie



Penger og verdier i helsetjenesten

Av Bente Wilmar, Pernille Bruusgaard,
Jan C. Frich, Per Fugelli (red.)
260 sider
Gyldendal akademisk, 2009
ISBN: 978-82-05-39332-5
Anmelder: Karl-Henrik Nygaard, rådgiver

Helsevesenet - ingen markeds plass

ANMELDELSE: Denne boken har et kritisk blikk på situasjonen i norsk helsevesen. Den viser hvordan fokuset på økonomi kommer i konflikt med helsevesenets tradisjonelle verdier som rettferdighet, brukermedvirkning og respekt for enkeltmennesket.

Her handler det om helseøkonomi i et overordnet perspektiv. Et spørsmål er hvilken rolle usikkerhet spiller når vi designer finansieringssystemer. Kan markedsmechanismene i det hele tatt fungere i helsesektoren? Det som kalles «varifisering» defineres som en lite fruktbar utvikling. Det hevdes at vi snakker om et falskt marked.

En diskusjon er hva som kan regnes som legitime behandlingskrevende behov i lys av ulike finansieringsordninger. Konklusjonen er at det er stort behov for systematiske behovsvurde-

ringer. Åpne prosesser er en forutsetning i fordelingen av ressurser for å realisere helsesektorens verdier.

Boken tar for seg spesialist- og primærhelsetjenesten. Her er interessante og avslørende drøftinger om kostnadene i norsk helsevesen i forhold til andre land. Det pekes på at sykehusreformens store vekt på lønnsomhetsregnskap er en hovedårsak til mislykket økonomisk styring og store underskudd. At hyppige strukturreformer i seg selv er kostnadsdrivende er også et viktig poeng. Det hevdes at forretningsmodellen, som i dag rår, må avvikles og erstattes med en klarere overordnet organisering og styring som er basert på politisk medvirkning og økonomistyring utviklet for god offentlig tjenesteproduksjon.

Samfunnsmedisinen har fått en

egen del i boken. Her rettes det et kritisk blikk mot både medikalisering av samfunnet og dominerende maktfaktorer som den medisinske industri og forskning. Det kommer også godt fram hvordan industrien bruker tid og ressurser på å utvikle medisin som har liten effekt, i liten grad bringer inn noe nytt og skaper ulikhet i behandlingmuligheter både nasjonalt og globalt.

Boken er et viktig bidrag til en debatt som har foregått lenge, men som likevel (dessverre) er aktuell. Det er en politisk bok der motargumentene i liten grad kommer til orde. Vi som allerede er kritiske til den økende økonomiske og kommersielle orienteringen i helsevesenet får gode argumenter. Men jeg savner innlegg fra annet helsepersonell enn leger.

Quiz

Er du en kompetent sykepleier?

Test kunnskapene med vår aktuelle og nådeløse quiz!

1 Hva er hpv?

- A En type vorter
- B Et kjemisk stoff
- C Et virus

2 Hva står hpv for?

- A Hyperplastiske vorter
- B Hydroperoksidbenzen
- C Humant papillomavirus

3 Kan hpv overføres ved sex?

- A Ja
- B Nei, bare ved håndtrykk
- C Ja, men bare ved analsex

4 Kan hpv føre til kreft?

- A Ja, både hos kvinner og menn
- B Nei
- C Ja, men bare hos kvinner

5 Kan hpv forebygges?

- A Ja
- B Nei
- C Ja, men bare hos kvinner i overgangsalderen

6 Beskytter kondom helt mot hpv?

- A Ja, alltid
- B Ja, hvis den er farget
- C Nei

7 Hva kan hpv forårsake i livmorhalsen hos kvinner?

- A Celleforandringer
- B Sammenvoksninger
- C Slapphet

8 Er hpv vanlig?

- A Nei, opptrer bare en gang hvert jubelår
- B Ja, 70 prosent av befolkningen kommer borti det
- C Ja, men bare hos kvinner

9 Fins det ulike typer hpv?


- A Ja, over hundre
- B Ja, 16 eller 18 typer
- C Nei, bare én type


10 Kan man teste for hpv?


- A Nei
- B Ja, men bare hos menn
- C Ja, men bare hos kvinner




KONDOMER: Beskytter disse mot hpv?
Foto: Scanpix

 **10 POENG:** Imponerende. Pasientene kan ikke få nok av deg. (Sikker på at du ikke har kikket?)

 **6-9 POENG:** Lovende. Men ikke treng deg på pasienter mer enn høyst nødvendig.

 **3-5 POENG:** Bra. Men kanskje på tide med den videreutdanningen du har tenkt på så lenge?

 **0-2 POENG:** Ikke bra. Hold deg mest mulig på vaktrommet og lat som du dokumenterer. (Sjekk at du virkelig er autorisert.)

SVAR: 1C Et virus, 2C Humant papillomavirus, 3A Ja, 4A Ja, både hos kvinner og menn, 5A Ja, 6C Nei, 7A Celleforandringer, 8B Ja, 70 prosent av befolkningen kommer borti det, 9A Ja, over hundre, 10C Ja, bare hos kvinner.

FAG NYHETER

Menn preges mer av barnløshet enn antatt

– Helsevesenet må bli bedre i å møte både mannens og kvinnens reaksjoner når prøverørsbehandling ikke lykkes, mener svensk jordmor.

Tekst **Nina Hernæs**

Jordmor Marianne Johansson mener også at helsevesenet i enda større grad bør prøve å hjelpe par som ikke greier å få barn på naturlig vis.

I studien «Life after terminated IVF – experience and quality of life among men and women» fra Universitetet i Göteborg viser Johansson at livskvaliteten hos kvinner og menn som lever uten barn etter prøverørsbehandling er betydelig dårligere enn hos de som har fått barn gjennom prøverørsbehandling eller naturlig.

– Fremfor alt ble mennenes livskvalitet påvirket negativt i større grad enn hva tidligere studier har vist, sier Johansson i en pressemelding fra Göteborgs universitet.

Marginalisert

Mens kvinnene beskrev barnløsheten som en livssorg, sammenlignet mennene den som å bestige et fjell. Å ikke kjenne årsaken til barnløs-

heten skaper frustrasjon. Samtidig opplever de at mye oppmerksomhet er rettet mot kvinnen, og de kan føle seg marginalisert.

Fortsetter å prøve

Johansson intervjuet først par som hadde avsluttet offentlig tilbudt prøverørsbehandling to år tidligere uten at det hadde resultert i barn. Så intervjuet hun par som hadde avsluttet offentlig tilbudt behandling uten at det hadde blitt barn fem år tidligere og sammenlignet dem med par som hadde fått behandling som hadde ført til barn. Hun intervjuet også en kontrollgruppe med par som hadde fått barn naturlig.

Av dem som hadde avsluttet den behandlingen det offentlige tilbyr fem år tidligere, hadde 77 prosent av parene nå barn. Førti prosent hadde fått egne barn, i hovedsak som følge av ytterligere prøverørsbehandling gjort privat, og 35 prosent hadde adoptert. ■■■



Husk taushetsplikten!

Pasienter skal slippe å oppleve at personlige opplysninger kommer uvedkommende for øre under for eksempel en legevisitt. Det minner Helsedirektoratet om i et nytt rundskriv.

Særlig i den muntlige kommunikasjonen mellom helsepersonell og pasient kan det være en utfordring å overholde taushetsplikten. Selv om den er en grunnleggende etisk norm og en selvfølge i helsevesenet, er det ikke sikkert alle er klar over taushetspliktens omfang og innhold.

Kilde: shdir.no

Viktig å fortelle hvordan
en selvskader har det side 63

Jussen er ikke alltid tilpasset
virkeligheten side 68

Uenige om tilgang til
helseregistre side 74

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 ANNE-KARI BRATTEN

«Heldigvis er både Lisbeth og jeg
opptatt av å finne akkurat det
punktet hvor vi kan bli enige.»

70

REFLEKS CATHRINE SANDNES

«Midt på motorveien stoppet
ambulansen for å dobbeltsjekke
om forsikringsbeviset var gyldig.»

76



NSF HAR ORDET

Forbundsleder Lisbeth Normann

Stilling: Forbundsleder i NSF

E-post: lisbeth.normann@sykepleierforbundet.no

Velkommen, fremtidige sykepleiere!

I disse dager er et nytt kull med sykepleierstudenter på vei inn på landets høyskoler.

Dere skal, forhåpentligvis forventningsfulle og nysgjerrige, starte et minimum tre års langt løp mot ferdig sykepleierutdanning. Jeg håper og tror dere vil møte en utdanningsinstitusjon og lærere som vil gjøre dere godt forberedt til å møte de mange utfordringene, gledene og frustrasjonene som sykepleieryrket fører med seg. Ikke minst håper jeg utdanningen vil gjøre dere sugne på enda mer lærdom, slik at dere kan være med å fylle de hullene vi må fylle i norsk helsesektor. For vi vet at vi i fremtiden vil trenge sykepleiere med spesialutdanning innen geriatri, anestesi, jordmødre – for å nevne noen. Dere vil få et stort ansvar gjennom å lede sykepleien, ha ansvar for pasienter gjennom hele døgnet alle årets dager i de mest sårbare og utsatte situasjoner i livet. Det er krevende og givende!

Som forbundsleder i Norsk Sykepleierforbund og med mange år som utøvende sykepleier på baken, ønsker jeg å benytte anledningen til å si deg som ny student et par råd med på veien:

NSF Student er der for dere.

Ta studiet på alvor. Følg med i undervisningen, kjøp pensumlitteraturen slik at du har den tilgjengelig både under og etter studiene. Og vær aktiv og spørrende. Engasjer deg gjerne i studentpolitikken, i debatter om fag og lønn, og vær en synlig og stolt student.

Dette ber jeg om av flere grunner. For det første fordi studiene på den måten blir mer levende og interessante. Og du får en mulighet til å påvirke for deg selv og de som kommer etter deg. Men også fordi vi trenger kompetente og

engasjerte sykepleiere for å løse utfordringene vi står overfor. Vi trenger sykepleiere som er stolte av sitt fag, som våger å si ifra når tilbudet til pasientene ikke er godt nok, når sykepleie som fag ikke ivaretas på arbeidsplassen, og når kutt og prioriteringer går ut over pasientens sikkerhet. Vi trenger sykepleiere som kan tale ledelse og politikere midt imot, og være pasientens talerør. Da trenger vi deg, som har en god faglig ballast og et faglig språk som blir lyttet til!

I fjor høst var det valgkamp. NSF inviterte da Kristin Halvorsen fra SV og Siv Jensen fra FrP til duell på Lovisenberg Diakonale Sykehus i Oslo. Flere av studentene ved Lovisenberg Diakonale Høgskole fylte salen sammen med sykepleierne. Under debatten reiste en av studentene seg, rettet pekefingeren mot politikere og fortalte om en eldreomsorg ribbet for sykepleiere hvor politikere aldri ville ha sendt sine egne foreldre. Hennes faglige og engasjerte argumentasjon rørte ikke bare meg. Aftenpostens journalist laget et intervju med henne der hun fikk utdypet sine meninger. Slike studenter trenger både NSF som forbund, Helse-Norge og ikke minst pasientene. For hvem skal snakke deres sak om vi ikke gjør det.

Med dette ønsker jeg dere lykke til med studiene. Og dere skal vite at Sykepleierforbundet gjennom NSF Student er der for dere. Vi er det eneste forbundet som bare jobber med sykepleie som fag. Vi kjenner dine rettigheter og plikter, og vil bistå deg når du måtte ha behov for det.

Til slutt har jeg lyst til å dele noen ord fra årets avgangsstudenter med dere. NSF Student gjennomfører hvert år en spørreundersøkelse blant avgangsstudentene, der ett av spørsmålene er «Hva er det beste med å ha tatt sykepleierutdanning?». Dette svaret synes jeg rommer det meste: «Det at jeg kan gå på jobb og gjøre en innsats for noen som trenger det, gjør



STOLT: Vi trenger sykepleiere som er stolte av sitt fag og kan si fra, skriver Lisbeth Normann. Illustrasjonsfoto: Colourbox

at det for meg var riktig å ta sykepleierutdanning. Ingen dager er like, og alle pasienter er forskjellige – noe som gir oss utfordringer og spennende dager. Jeg er stolt av å kunne si at jeg er sykepleier, og ydmyk for jobben som ligger foran meg.»

Lykke til, og velkommen som en tydelig, modig og stolt sykepleier etter endt utdanning!

Glad for omtale av bok om selvskading

Jeg skriver til dere etter å ha lest forfatterintervjuet med Sofia Åkerman i Sykepleien nr. 8. Det var så godt å lese om henne og så godt å vite at nå blir vi enda mer opplyst om temaet selvskading.

Min selvskading startet da jeg var 8 år og sluttet da jeg var 18, med noen få tilbakefall. Aldri har jeg følt meg så ensom, og aldri har jeg strevd så hardt for å virke normal. Det er jo først nå i nyere tid at dette temaet har blitt belyst. Jeg husker at jeg søkte lenge etter noe som omhandlet selvskading, før jeg fant noe om akkurat dette, og havnet da i England. Der hadde de opprettet en støttegruppe for selvskadere. Det hjalp litt å vite at man ikke var helt alene, men England var jo så fjernt.

Jeg har alltid ønsket å stole på at menneskene jeg treffer klarer å akseptere at det finnes normale mennesker som har gjort uforståelige ting med seg selv. At vi både kan ha normale jobber og et normalt familieliv. Fortsatt tar det en stund før jeg tør å gjøre det. Når jeg tenker tilbake på de menneskene jeg har møtt gjennom psykiatrien, som det ikke har gått så godt for, lurer jeg innimellom på om det er samfunnet som er en del av årsaken. Det blir lett satt en merkelapp på disse menneskene, og dermed blir det så og si umulig å komme seg ut av denne onde sirkelen.

Jeg er selv sykepleier og har opplevd å grue meg forferdelig til praksis. Især observasjonspraksisen på operasjon. Da måtte jeg jo gå i korte ermer, og det er tett i tett med arr. Litt tragikomisk var det også siden jeg på samme tid hadde en avtale med en plastisk kirurg angående arrene mine. Det viste seg at denne kirurgen også var en jeg spiste lunsj med når jeg var i praksis. Han forsto veldig godt at jeg var fortvilet over arrene, det er jo så tydelig at de er selvpåført, men ingen kunne hjelpe.

Uansett virker det litt rart å skrive så detaljert om seg selv, men ble bare så lettet når jeg leste artikkelen deres. Flott å se at Sofia Åkerman gir selvskading et så «normalt» ansikt.

Selvskading pågår i stor grad, og jeg tror ikke det vil bli mindre de nærmeste årene. Som Åkerman selv sier, blir selvskadere ofte feilbedømt. Jeg synes det er viktig at sykepleiere, unge og gamle, møter disse pasientene med respekt. I tillegg bør man også ha kjennskap til dette fenomenet, fordi jeg mener at gal tilnærming/væremåte overfor disse pasientene kan være katastrofalt. Selv har jeg dessverre opplevd negativ behandling gang på gang i helsevesenet. Dette førte bare til mer selvskading.

Under sykepleieutdanningen lærer vi jo i dag at

vi må håndtere eldre kropp. Vi må takle å stelle og vaske gamle, og behandler dem med verdighet og respekt. Under utdanningen spøkte vi med at om noen år blir det mange eldre, både kvinner og menn, med tatoveringer og piercinger. Da slår det meg, at siden vi selvskadere også blir gamle, vil det også bli mange hjelpetrengende med mange arr. Selvskading er fortsatt et «nymotens» og tabubelagt problem, i hvert fall her i Norge, og det burde det ikke være.

Da jeg var i psykiatripraksis opplevde jeg enkelte tilfeller av selvskading. Min kontaktsykepleier var veldig klar på at siden dette var et dårlig forsøk på å få oppmerksomhet, skulle det totalt ignoreres. Dermed ble disse kuttene, som etter min mening burde sys, ikke tilsett av lege eller rensset. Sårene eksisterte ikke. Er dette sykepleierens egen redsel eller er det manglende/feil kunnskap?

Jeg mener ikke at selvskadingen skal ha hovedfokus, men man bør forstå at dette er et symptom på noe og ikke en måte å skaffe seg oppmerksomhet på.

Dette et tema jeg brenner for og håper det skal bli mer fokus på og kunnskap om i fremtiden.

«Pernille»

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

Bare ledelse på Ahus?

At divisjon for sykepleie på Ahus skal legges ned, er omtalt over flere sider i bladet Sykepleien nr. 7.

Etter all misnøye og skrijving om fortvilede tilstander for så vel ansatte som pasienter og pårørende, trodde jeg nå alle var glade, men det virker ikke slik. At det er ulike syn om ny divisjon forstår jeg, men etter å ha lest artikkelen i Sykepleien, sitter jeg igjen med en følelse av at sykepleierne på Ahus har nok med å lede, lære opp hverandre til ledere og å veilede i stadig nye fagområder. Det virker som dagene går med til å administrere hverandre, ikke rart pasienter og pårørende føler seg forlatt.

Vil også legge til, etter mange år som sykepleier, at trivsel og arbeidsglede

finner man i trygghet og mestring. Litt nytt kan man tilegne seg hver dag, men hvis du stadig blir forflyttet til nye oppgaver og går hjem fra arbeid med en følelse av å ha gjort en dårlig jobb, ja, da forvirrer man både utvendig og innvendig.

Er det noe som tar nattesøvnen og øker sykmeldingsstatistikken, så er det nettopp å ikke vite hva og hvem du skal jobbe med neste dag.

Håper det kan bli bedre tider hos dere

og at pasientene igjen kan føle at sykepleierne har kompetanse på det de stiller med.

Med hilsen medlem nr. 83907, Magnhild Fevang.



Faksimile Sykepleien 07/10.

Jeg og Ensomheten – en selvskader forteller:

Verden ser en ressurssterk jente. En sykepleier. En kreativ jente. Jeg ser en selvskaderjente. En spiseforstyrret jente. En redd og ensom jente.

Verden ligger for mine føtter og det er bare til å leve livet. Men jeg vil kutte verden i småbiter og jeg vil spise opp hele livet. For der står hun. Ensomheten. Som en vakker kvinne, med flagrende kjole. Skinnende hvit. Iskald – som en isdronning. Med sin forlokkende stemme suger hun livsgnist ut av meg. Og jeg følger med i dragsuget. Som en tyv stjeler hun motet. Plukker selvbildet fra hverandre. Bit for bit. Erstatte det med tristhet og angst. Jeg blir til ett digert isfjell som kan fylle hele verden. Ingen kan nå inn til meg. Jeg står fast i min historie. Veien ligger foran meg. Men jeg kan ikke gå. For jeg er kun ett isfjell. Fanget av Ensomheten.

Fornuften har forlatt meg. Igjen står de triste tankene og det er Ensomheten som råder. Ensomheten fyller hele meg. Hele kroppen min. Hele den stygge, ekle kroppen min. Og det er helt stille. Helt tomt. Hjertet lager ekko i stillheten.

Jeg er en spiseforstyrret jente. Jeg fyller krop-

pen med mat. Masse mat. Sånn at det ikke lenger er plass til Ensomheten. Og for en liten stund er jeg fri. Maten gjør meg rolig. Jeg kan ikke tenke når jeg spiser. Det er ikke tanker i maten. Og det er befriende.

Når det ikke er mer mat igjen må jeg kaste opp. Dette er straffen for å rømme fra Ensomheten. Etter overspisingen er ingenting bedre. Ikke bedre, men annerledes. Jeg vet hva de triste tankene handler om. Jeg vet hva Ensomheten handler om. Jeg er trist fordi jeg har overspist. Jeg er ensom fordi jeg har overspist. Det er ikke bedre, men det er forståelig. Håndfast. Og det er bedre enn å ikke forstå noe.

Jeg er en selvskaderjente. Jeg kutter opp kroppen min slik at jeg ikke lenger kan føle noe. Det handler om det samme. Erstatte ensomhet med smerte. Blodet renner og jeg fryder meg. Jeg ser min venn fettvevet. Hudens tredje lag som er helt uten smerte. Blodet som leverer seg før det treffer gulvet. I strie strømmer renner det varmt nedover kroppen min. Verden står stille. I det øyeblikket elsker jeg det. Men når jeg sitter på legevakta

og skal sy kommer tankene igjen. Jeg møter fordomsfulle blikk og harde hender. Ensomheten innhenter meg. Men jeg vet hvorfor. Jeg er trist fordi jeg har kuttet meg. Jeg er ensom fordi jeg har kuttet meg.

Av og til møter jeg snille og omsorgsfulle sykepleiere på legevakta. Da blir jeg så rørt at jeg begynner å gråte. For de ser meg. De ser min ensomme smerte. Og det er ingenting som er bedre enn å bli sett og få omsorg. En bekreftelse på at jeg, tross mine arr og sår, fortsatt er ett menneske.

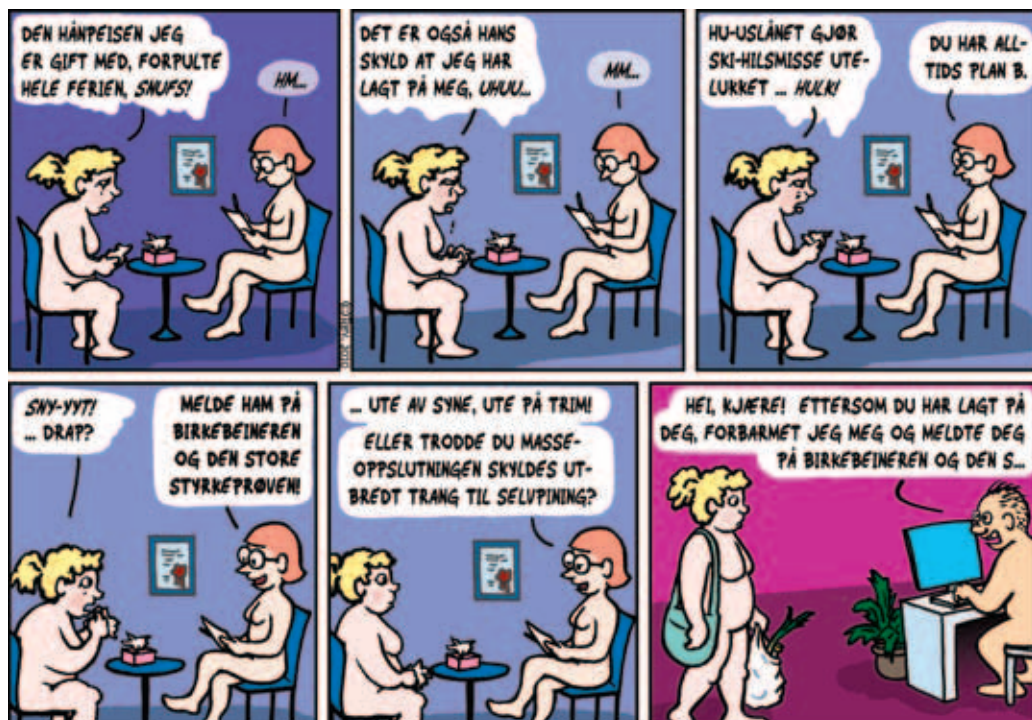
Selv om maten og selvskadingen er en hjelp til å takle smerte, er det ingen varig løsning. Det er bare en flukt, en rømningsvei. Og ingen kan være på rømmen livet ut. Før eller senere må en konfronteres med det vanskelige, det uforståelige og det svevende. Jeg valgte før heller enn senere. For kanskje jeg ikke har noe senere. Ingen vet hvor lenge en kan leke med livet før leken brått tar slutt. Og da er det ingen vei tilbake.

Nå skal jeg være den jenta som verden ser. Den jenta som ikke overspiser eller kutter seg. Jeg skal innta rollen som sykepleier, og forlate rollen som gal pasient. Det er bare jeg og Ensomheten nå. Hånd i hånd. En lang vei med mange humper. Og jeg snubler i hver og en av dem. Livet er en kamp mot ambivalensen. En kamp mot maten og skalpellen. De roper på meg hver dag, hver time, hvert minutt. Jeg prøver å ikke høre dem. Men noen ganger lurar de meg likevel. Er jeg uoppmerksom et orlite sekund har de fanget meg. Lokket meg til å bruke nødutgangen. Før jeg vet ordet av det har jeg spist mer enn hva jeg har lov til, eller jeg må møte de harde hendene på legevakta.

Men jeg lærer hver dag. Jeg lærer at nødutgangen ikke er hyggelige. Nødutganger betyr fare. Det er ikke der jeg treffer venner for å slå av en prat. Nødutganger er folketomme og mørke. Og det står ingen blomster utenfor døra.

Anonym

TERAPI av Bodil Røvhaug



www.sykepleien.no

Du kan si din mening om aktuelle saker på sykepleien.no



Frustrasjoner i OUS.

Vi som er tilsatt i OUS har hele det siste året opplevd en arbeidssituasjon preget av usikkerhet og forvirring. Vi vet også at pasientene lider under de samme usikkerhetsmomentene som oss og det gjør det hele enda verre.

For meg som jobber på Aker, er det veldig mange spørsmål som mangler svar. Jeg vet ikke hvor jeg skal jobbe etter 31.12.10, jeg vet ikke om jeg skal jobbe på natten som jeg har gjort det siste 12 årene, jeg vet ikke om jeg får fortsette med undervisning, eller instruering i BEST.

Vi på Aker fikk sterkt inntrykk av at det var ønskelig at vi søkte oss over til Ahus der pasientene våre skal flytte fra nyttår. Fristene for denne søknaden ble først satt i midten av mai, men så forandret flere ganger før siste frist ble 1. juli. Da hadde det tydeligvis begynt å haste for alle, og innkalling til jobbintervju for oss som hadde søkt og som oppfylte kriteriene for de som kunne søke, hadde bråhast. Jeg har ikke på noen måte lyst til å jobbe på Ahus, men vi fikk også informasjon om at ville vi være med i en prosess i forhold til jobb på dette sykehuset, måtte vi søke uansett, ellers ville vi ikke komme med i betraktning seinere. Så jeg søkte, til tross for at jeg helst vil være på Aker. Derfor la jeg svært lite energi ned i denne søknaden, og sendte faktisk ikke med en eneste attest, da jeg skrev at dette fikk komme dersom jeg skulle begynne å jobbe der. Før jeg skulle ha ferie, fra og med 26. juni hadde jeg jobbet 3 netter på rad og hadde det ellers veldig travelt, så da de ringte fra Ahus for å få til et jobbintervju så jeg ikke at jeg hadde anledning til å dra dit for å gjøre dette. Det førte til at jeg måtte gjøre intervjuet på telefon, mens jeg stod i skobutikk og så forflyttet meg til frisøren. Jeg hadde heller ikke sovet etter nattevakt og var sånn passe ironisk til det hele. Intervjuet måtte bli gjort før 1. juli, da det nå hastet veldig med å få tilsatt folk der.

I utgangspunktet hadde vi blitt fortalt at de skulle ha mange nye anestesisykepleiere, men etter hvert har antallet sunket. Jeg ble bedt om å gi tilbakemelding så fort jeg fikk svar fra dem, og da jeg påpekte at det var ferietid og jeg på det tidspunktet ville oppholde meg i utlandet, ble jeg oppfordret til å få noen til å åpne posten min, slik at jeg fikk svart dem.

Da jeg kom tilbake fra ferie, lå det brev i posten fra Ahus med tilbud om jobb, 100 prosent stilling som anestesisykepleier. De hadde tilsatt kun to og jeg var en av dem. Vedlagt svaret med arbeidsavtalen lå en ferdig utfylt oppsigelse til OUS. Jeg sier nei takk til denne stillingen da jeg ikke under noen omstendighet finner meg i å bli instruert til å si opp min stilling et sted for å få en annen jobb. Det er mulig dette er innfor loven, men jeg som sykepleier med nesten 30 års ansiennitet og 20 år som anestesisykepleier vil

ikke ha en arbeidsgiver som skal styre livet mitt på denne måten.

Det er veldig vanskelig å søke hjelp for å vurdere dette svaret i juli. Verken plasstillitsvalgte, jurister i NSF eller avdelingens tillitsvalgte er til stede.

For øvrig kan det synes svært urovekkende at de ansvarlige myndigheter er fornøyd med en tilsetningsprosess som drives på denne måten. Jeg må i all beskjedenhet påpeke at dette ikke er metoden for å få de beste folkene.

Gjennom mange år i det offentlig har jeg trosset dårlig lønn og stor vaktbelastning i den tro at så lenge jeg var fast tilsatt i det norske helsevesen, hadde jeg en trygg og forutsigbar fremtid. Det er mulig jeg var naiv, men nå er faktisk situasjonen snudd på hodet. Jeg vet ikke hva fremtiden bringer. Jeg opplever tilsetningsprosesser som går det private en høy gang, og jeg ser mine muligheter til for eksempel permisjoner skrumpe inn. Dersom det offentlig ikke har denne gulroten å skilte med, spør det om man i det hele tatt skal jobbe der. Samme dag som Ahus ringte meg og la igjen melding på svaren, var det to private foretak som også ville ha mine tjenester.

Jeg kan jobbe mange steder, og jeg er så gammel at kanskje nærmer det seg tiden da det akutte ikke har så stor tiltrekningskraft. Men denne prosessen er enda verre for de unge som har kort erfaring og gjerne vikariater. Likevel tror jeg vi trenger dem, deres ungdommelige engasjement og arbeidsglede, deres unge hjerner med frisk kunnskap. Nå har de mørke fjes. De er så frustrerte at de også står i fare for å miste arbeidsgleden.

Jeg har tre spørsmål jeg ønsker svar på:

1. Hvor lenge skal vi finne oss i at hverdagen vår preges av usikkerhet og uforutsigbarhet?

2. Når kan jeg regne med å få vite hvor jeg skal være 01.01.2011?

3. Hva gjøres med å demme opp for denne totale ødeleggelsen av arbeidsmiljøet for de tilsatte i Helse Sør-Øst?

Og så kommer et fjerde spørsmål: Tar ledelsen i OUS og Helse Sør-Øst sjansen på å drive sykehus med tilsatte uten lojalitet og arbeidsglede?

Hvis ikke, er tiden kommet for å ta gode sterke grep for å trygge arbeidsstokken, og ved det øke sjansen for at pasientene skal få en skikkelig behandling også etter 01.01.2011.

Så må jeg etterlyse NSF sitt engasjement i denne prosessen. Jeg synes ikke jeg opplever å ha et sterkt forbund i ryggen.

Hvor er de som skal stå på barrikadene for oss som har betalt vår kontingent i snart 30 år? Hvor er de nærgående spørsmålene om penebruken i denne

prosessen? Hvor er presset mot politikerne?

Jeg forventer at denne høsten bringer er brennende engasjement fra NSF sin side i vår sak. Jeg forventer mange dyptgående artikler i Sykepleien angående personalbehandlingen i helseforetakene. Jeg forventer at jeg ser at min medlemskontingent blir brukt til å gi meg arbeidsforhold som ikke ødelegger meg.

Da tar jeg igjen på meg arbeidsskoene og går på nattevakt. Jeg jobber jo på verdens beste sykehus og har verdens beste kollegaer. Derfor holder jeg ut og derfor skal mine pasienter også i natt få optimal behandling.

Hildur Borge, medlem nr 476283

Uklart om pensjon

Arbeidsminister Hanne Bjurstrøm har ett innlegg om behovet for en pensjonsreform i Adresseavisen 27/7. Innlegget er hovedsakelig et angrep på FrPs pensjonspolitik, eller manglende sådan, men hun forsøker også å fastslå noen argumenter som ikke er bare ukontroversielle.

Blant annet framhever Bjurstrøm nok en gang ett av «reformistenes» hovedargumenter, nemlig valgfriheten, som nå også har blitt pensjonistene til «gode». Hun sier at man kan velge om man vil bli pensjonist når man er 67 og dermed få litt mindre pensjon hvert år, eller å jobbe lenger og få ut mer per år, men i færre antall år. Dette er noen av de store urettferdighetene i den kommende pensjonsreformen. Den soleklare valgfriheten er ikke like glansbildeaktig som Bjurstrøm framhever, det forutsettes at du KAN velge.

Jeg jobber i en bransje som ikke er berømt for å ta godt vare på sine ansatte, helsevesenet. En gjennomsnittlig sykepleier er ute av yrket ved fylte 54 år grunnet overbelastninger og et hardt yrkesliv. Når Bjurstrøm sier man kan velge å jobbe lenger, snakker hun i stor grad til og om dem som har de fysiske letteste jobbene. Tilfeldigvis er det også dem som tjener best og lever lengst. Det er disse som også i størst mulig grad kan tjene på en pensjonsreform sånn som den ble forsøkt solgt inn til oss alle.

Det er også dette som gjør det litt uforståelig at Arbeiderpartiet og venstresiden kjemper for en slik urettferdig reform for oss som har «sliterjobbene». Men så lenge de som vedtar reformen er folk med fysisk lette og godt betalte jobber og kommer til å leve lenge, er vel de viktigste i samfunnet ivaretatt?

Kenneth Grip, sykepleier



Cand.pharm.
Hanne Tveterås Fauskanger



Cand.pharm., MSC Clinical
Pharmacy
Mette Maja Bredal Irgens
Kronikkforfatterne arbeider ved
Haukeland sykehusapotek

Sykehjem trenger bedre kunnskap om legemidler

Legemiddelrevisjon og faglig rådgivning kan redusere risikoen for at legemidler som ikke egner seg for knusing, likevel blir knust når de gis til pasienten.

I sin artikkel i Sykepleien Forskning (1) fokuserer Øyvind Kirkevold og Knut Engedal på knusing av legemidler, og tar også opp flere viktige relaterte tema som vi kjenner oss igjen i fra vårt arbeid med kvalitetssikring av legemiddelhåndtering i kommunehelsetjenesten. Det fremgår blant annet at legemidler til en viss grad gis uten samtykke (skjult via knusing i mat), noe som er lovstridig. Avdelingene som er spurt i undersøkelsen angir også at informasjon om hvorvidt det er trygt å knuse eller dele en tablett eller kapsel noen ganger kan være vanskelig å finne og forstå, for eksempel i Felleskatalogen som er den hyppigst brukte kilden.

Farmasifaglig kunnskap

Det er verdt å merke seg at pakningsvedlegg som følger med legemidlet kan være en bedre kilde (også tilgjengelig fra www.felleskatalogen.no/pasientutgave/). For å vurdere knusing av legemidler benyttes farmasifaglig kunnskap, ettersom det er type formulering som avgjør hvorvidt en tablett eller kapsel kan

Det er også svært relevant å trekke frem de andre problemene knyttet til knusing som blir nevnt i artikkelen, for eksempel forurensing ved mangelfull rengjøring, samt at en ofte ikke kan være sikker på at hele dosen blir administrert til pasient. Det er derfor mange gode grunner til å begrense knusing av legemidler til et minimum.

Betenkelig

Vår erfaring er at formulering ofte ikke fremkommer tydelig av legemiddelkardex/kort. Både i elektroniske og håndskrevne kardexkort kan beskrivelsen «depottablett» mangle helt ved ordinasjon. For den som deler ut legemidler bør derfor utgangspunktet være at ingen legemidler knuses med mindre en er helt sikker på at dette er trygt. Det er også grunn til å fraråde merking av legemiddelkardex (for eksempel «må ikke knuses») ettersom det er vanskelig å være konsekvent på dette, og det slik kan oppstå misforståelser.

I den omtalte undersøkelsen var det svært betenkelig at nesten 20 prosent av avdelingene ikke dokumenterte knusing noe sted (verken i merknadsfeltet på legemiddelkortet, eller andre steder). Dette gir liten mulighet til å oppdage det dersom det forekommer knusing av legemidler som ikke skal knuses. Generelt bør det være tydelig dokumentert hva som har blitt gjort ved utlevering av legemidler til pasient/beboer.

Blir ikke rapportert

Kirkevold og Engedal skriver om mangelfull registrering av avvik på dette området, både i tilfeller hvor pasienter fikk medisiner knust og administrert uten samtykke, og dersom et legemiddel ble knust til tross for at Felleskatalogen angir å unngå knusing. Det bekrefter vår generelle erfaring at svært mange avvik i legemiddelhåndtering ikke blir rapportert. Dersom avvik ikke blir rapportert får gjerne ikke institusjonsledelsen kjennskap til uheldig praksis som denne, og en mister muligheten til å gå inn i problemstillingene og finne bedre løsninger. Underrapportering kan ha flere årsaker, og i mange tilfeller kan forklaringen være at personalet selv ikke oppfatter hendelsen som et avvik.

Svært mange avvik i legemiddel-
håndtering ikke blir rapportert.

knuses eller deles. Generelt gjelder at depotformuleringer ikke skal knuses, men enkelte depottabletter kan likevel deles (fremgår av delestrek på tablett). Enkelte depotkapsler kan åpnes, men innholdet må ikke knuses eller tygges.

Enterotabletter er konstruert for at legemidlet ikke skal komme i kontakt med magesyren og mageslimhinnen, det vil si at legemidlet først skal frigjøres i tynntarmen. Bakgrunnen for dette kan være å beskytte mageslimhinnen mot legemidlet, eller å beskytte legemidlet mot magesyren. Oppsummert fremkommer det at knusing eller deling av disse typer formuleringer kan få ulike konsekvenser, alt fra å frigjøre en for stor dose legemiddel for raskt (som for depotformuleringer), til at risiko for gastrointestinale bivirkninger øker, eller at legemidlet forringes av magesyren.

NOE FOR DEG?

Hva tilfører artikkelen?

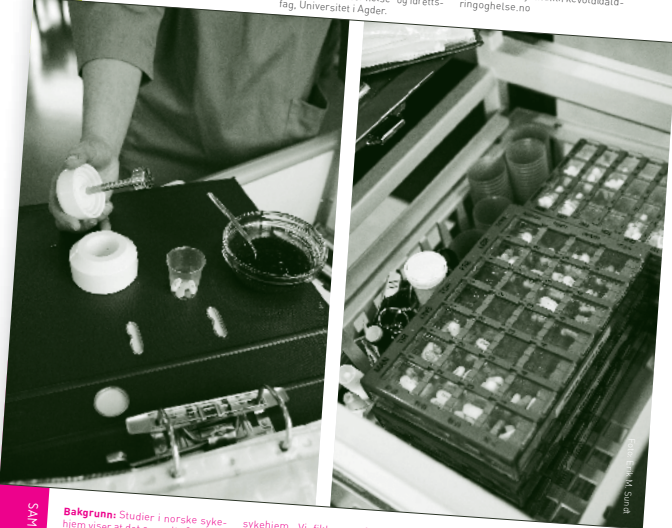
Det er store avvik i håndtering av legemidler i norske sykehjem, og at det er stort behov for å forbedre praksis.

Mer om forfatterne

Øyvind Kirkevold er sykepleier, MPH, dr.philos. Han er ansatt som forsker ved Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse og som 1. amanuensis ved Fakultet for helse- og idrettsfag, Universitet i Agder.

Knut Engedal er dr.med/professor. Han er ansatt ved Oslo universitets- sykehus HF og ved Medisinsk fakultet, Universitetet i Oslo. Kontaktperson: øyvind.kirkevold@hald- ring.helse.no

FAKSIMILE:
Forskning 1/10.



SAMMENHANG

Bakgrunn: Studier i norske sykehjem viser at det er vanlig å tilsette medisiner i pasientenes mat uten at de vet det. I av ti sykehjem knuser tabletter som ikke skal knuses.

sykehjem. Vi fikk svar fra 1037 avdelinger som representerte 463 sykehjem (64 prosent).

Resultat: Nesten halvparten av avdelingene oppgav at pasientene fikk medisin i mat eller drikke uten å vite det.

katalogen var den vanligste kilden til informasjon.

Konklusjon: Nesten 60 prosent av avdelingene oppgav at informasjonen i Felleskatalogen om knusing/deling av legemidler enten var vanskelig å finne eller var uklar.

» Legemiddelhåndtering i norske sykehjem med fokus på knusing av medikamenter

Forfattere: Øyvind Kirkevold og Knut Engedal

for denne praksisen i 2007 enn i 2000 (3, 4).

NØKKELOORD

- Sykehjem
- Medisinhåndtering
- Spørreundersøkelse

BAKGRUNN

Undersøkelser viser at det er mange muligheter for feil i administrasjon av legemidler (1). Vanlige feil er at det gis feil legemiddel, feil dose eller legemiddel gis til feil pasient. Ifølge studier kan feil forventes i om lag 20 prosent av alle behandlingsforløp der medikamenter blir brukt, og 38 prosent av feilene er knyttet til administrasjon av legemidler (1). De fleste studiene er gjennomført på sykehus og ikke i Norge.

Skjult medisiner

Studier om bruk av tvang i norske sykehjem viser at 46 prosent av avdelingene på norske aldersinstitusjoner av og til knuser medisiner og tilsetter det i pasi-

Knusing generelt

Det er hevdet at det å knuse tabletter og blande det i mat og drikke er lite problematisk så lenge det ikke gjelder medisiner som ikke skal knuses. Felleskatalogen opplyser hvilke medisiner som ikke skal knuses (for eksempel enterotabletter) (5). En litteraturoversikt med søk på knusing av medisiner viste imidlertid at det er flere problemer knyttet til knusing av medisiner: doseringen endres (vet ikke hvor mye pasienten får i seg), effekten endres (raskere absorpsjon, eller enterotabletter), medisinene forurennes ved at samme redskap blir brukt i knusing av tabletter til flere pasienter eller forurensing av miljø ved knusing av antibiotika eller medisiner med cytostatisk effekt (6-8). En studie gjennomført i Nord-Trøndelag, viser at ni av ti sykehjem knuser depottabletter eller enterotabletter (9).

- Knuses og gis legemidler uten at pasientene vet om det?
- Hvis pasienten ikke vet eller forstår, i hvor stor grad involveres pårørende?
- Hva er legens rolle i avgjørelsen om knusing av medisin?
- Hvordan kontrolleres det at legemiddel kan knuses/deles?
- Hvordan brukes Felleskatalogen og pakningsvedlegget til å få informasjon om et legemiddel kan knuses/deles?
- Hvordan dokumenteres knusing/deling av medisin?
- Hvilke behov ser personalet for forbedringer i rutiner for medisiner?

METODE

Det ble utviklet et spørreskjema for å kartlegge hva slags avdeling data hentes fra (sonatisk avdeling, skjermet enhet eller annet), antall plasser på avdeling og hvem som deler ut medisin («sykepleier/vernepleier» eller «sykepleier/omsorgsarbeider»). Det ble spurt om det gis skjult medisiner på avdelingen (daglig,

Vår erfaring er at mange institusjoner beskriver en relativt god meldekultur for avvik, men det kan likevel også forekomme at ledelsens håndtering av avvik (straff, uthenging) virker dempende på meldefrekvensen. Det kan være også vanskelig å melde om noe som gjelder en kollega dersom det ikke er tilstrekkelig åpenhet rundt disse temaene.

Generelt er det viktig at ledelsen holder aktiv fokus på avvikshåndtering og synliggjør dette som et nyttig verktøy for å forbedre sikkerheten i legemiddelhåndteringen. Tilbakemelding (individnivå, avdelingsnivå, systemnivå), systematisk rapportering, samt evaluering av tiltak og endrede rutiner er her sentrale elementer.

Trenger rådgivning

Denne studien viser at det er behov for mer og bedre kunnskap om legemidler på sykehjem, og dette samsvarer med vår erfaring fra arbeid med farmasøytisk rådgivning og legemiddelrevisjon i kommunehelsetjenesten. I artikkelen spør Kirkevold og Engedal om det var uklokt å slette krav om tilsynsfarmasøyt i norske sykehjem i den nye forskriften om legemiddelhåndtering som kom i 2008. Vi vil her komme med en korreksjon, ettersom dette etter vår mening ikke er reelt. Forskriften stiller krav til at hver virksomhet jevnlig (minimum en gang i året) evaluerer og kontrollerer virksomhetens prosedyrer for legemiddelhåndtering (legemiddelrevisjon). Ved legemiddelrevisjon vil vanlige tema være å vurdere rutiner og dokumentasjon for istandgjøring og utlevering, føring og kontroll av A- og B-preparater, eller avvikshåndtering.

Det kan også være aktuelt med mer individrettet kvalitetsarbeid, for eksempel legemiddelgjennomganger i samarbeid med lege og eventuelt sykepleier. Ettersom legemiddelrevisjon favner et omfattende fagfelt, krever det bred kompetanse og god kjennskap til arbeidsmetode for revisjon. Forskriften fra 2008 angir at person med legemiddelkompetanse skal brukes til å gjennomføre legemiddelrevisjon (det vil si lege eller farmasøyt) (2,3). Når virksomhetsleder ikke selv har legemiddelkompetanse (som vel er hovedregelen), skal det utpekes en faglig rådgiver med slik kompetanse.

Førstehåndskjennskap

Forskriften og tilhørende rundskriv beskriver ikke hvordan rådgiveren skal fungere i praksis. Et nødvendig utgangspunkt vil være at faglig rådgiver har førstehåndskjennskap til lover og forskrifter for legemidler og legemiddelhåndtering, samt erfaring fra kvalitetsarbeid i legemiddelhåndteringen.

Det er også gunstig å være tilknyttet en organisasjon med kollegaer som jobber innenfor dette feltet for å dra nytte av andres erfaringer. Faglig rådgiver bør være med ved revidering av prosedyrer for legemiddelhåndtering og ved diskusjon og oppfølging av registrerte avvik i legemiddelhåndteringen. Samt delta ved faste møter der blant annet spørsmål omkring rutiner, faglig forsvarlighet, risikovurdering, kompetanse og så videre tas opp.

Det er også relevant at faglig rådgiver bistår i å vurdere behov for grunnopplæring og oppdateringskurs i legemiddelhåndtering for helsefagarbeidergruppen, sykepleiere, vernepleiere og andre, samt bidrar med undervisning.

Best med farmasøyt

Vår erfaring tilsier at flere farmasøyter enn leger har interesse for og kompetanse innenfor disse feltene. Ingen andre fagpersoner har legemidler som sitt spesialfelt, og således mener vi farmasøyt oftest vil være best egnet som faglig rådgiver. Legen og farmasøytene innehar supplerende kompetanse og erfaring, og et godt samarbeid danner en viktig kvalitetssikring rundt legemiddelbruk og legemiddelhåndtering, både på systemnivå og for den enkelte pasient.

Vi ønsker for øvrig å presisere at rådgiver er fullstendig avhengig av et velfungerende samarbeid med virksomhetsleder, sykepleiere, vernepleiere, leger og andre for at rådgivningen skal bli så god som mulig og tilpasset det enkelte tjenestested.

Det er mange problemområder i legemiddelhåndteringen, og Kirkevold og Engedal setter fokus på flere vesentlige tema som bør diskuteres aktivt på institusjonene i kommunehelsetjenesten. Legemiddelrevisjon, kompetanseheving og avvikshåndtering er sentrale emner for å redusere risiko i legemiddelhåndteringen, og faglig rådgiver er en viktig samarbeidspartner for institusjonsledelsen i dette arbeidet. ■■■

Referanse

- 1) Kirkevold Ø, Engedal K. Legemiddelhåndtering i norske sykehjem med fokus på knusing av medikamenter. Sykepleien Forskning 2010; 5(1):16-25
- 2) Forskrift 3. april 2008 nr. 320 om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp.
- 3) Rundskriv IS-9/2008 Legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp.



DILEMMA

Berit Støre Brinchmann om juss og etikk

Navn: Berit Støre Brinchmann

Bakgrunn: Professor i sykepleie ved Høgskolen i Bodø

E-post: berit.stoere.brinchmann@hibo.no

Når etikken ikke stemmer med

Isolasjon bak en låst dør ser ut til å være den beste løsningen for en svært utagerende 14-åring. Men er en ulovlig løsning.

En klinisk etikk-komité ved et sykehus ble kontaktet av avdelingssykepleier og overlege ved en psykiatrisk avdeling. Dette for å søke råd og veiledning om en pågående behandling av en 14-årig gutt.

Pasienten er en ungdom på 14 år som inntil nylig har bodd hjemme hos foreldrene. Han har utviklingsforstyrrelser, og er mildt psykisk utviklingshemmet. Hovedproblemene har vært utagering og sosiale vansker. Utageringsproblematik-

re fra tre til sju timer. Personalet opplever situasjonen fortvilt, og har også behov for å beskytte seg selv. Utageringen er også forsøkt møtt ved å overse utageringen, trekke seg ut, samt gi belønning for positiv atferd. Dette er gjort ved at alt han kan skade seg med er fjernet fra rommet, som deretter er forlatt av behandlingspersonellet. Døren er deretter blitt låst. Dette ser ut til å roe ham raskt, i løpet av to til fem minutter. Dilemmaet er at man ikke har lov til å isolere så unge pasienter på denne måten, ved at han er alene bak stengt dør. Kontrollkommisjonen er informert om dette, og nå også klinisk etikk-komité (KEK). Guttens foreldre er også informert.

Ikke lov å låse inne

Hvilken behandling vil være best for gutten? Kan det i denne situasjonen tenkes at ikke lovlig behandling vil være det beste? Det dreier seg også om kommunikasjon, integritet og verdighet, og om autonomi og samtykke. Hva med hensynet til de andre pasientene? Kan man bruke uforholdsmessig mye av de totale ressursene i avdelingen på en enkelt pasient? Og hva med hensynet til personalet?

Hva sier jussen? § 4–8 i lov om psykisk helsevern omhandler tvangsmidler i institusjon for døgnopphold. For pasienter under 16 år er anbringelse bak låst eller stengt dør uten personale til stede ikke tillatt. I vårt eksempel var det nødvendig å holde gutten i flere timer for at han skulle roe seg. Dette kan ikke regnes som kortvarig fastholding, og er etter lovteksten ikke tillatt.

I diskusjonen rundt denne saken ble det også drøftet om tvangstiltakene mot gutten kan begrunnes ut fra nødrett. Retten til

å praktisere nødrett og nødverge opptrer når en i en uforutsett situasjon må handle øyeblikkelig, og andre, lovlige handlingsalternativer ikke er tilgjengelige. I vårt eksempel skjedde voldsepisodene gjentatte ganger, og det var derfor mulig å forutse at de ville inntre. Nødrettsbetraktninger vil derfor ikke være holdbart som rettslig grunnlag for de gjentatte tvangstiltakene. Medførte dette at behandlingspersonellet gjorde seg skyldig i ulovlige tvangstiltak?

Hensynet til barnets beste

Selv om lov om psykisk helsevern forbyr isolering av pasienter under 16 år, kan det tenkes at andre regelsett likevel gir rettslig grunnlag for en handling som umiddelbart fremstår som rettsstridig. Europarådets menneskerettighetskonvensjon og FNs barnekonvensjon er vedtatt som norsk lov, menneskerettsloven. Etter menneskerettsloven skal bestemmelsene i konvensjoner og protokoller som er nevnt i lovens § 2 gå foran annen lovgivning dersom det er motstrid mellom disse. Det kan derfor være aktuelt å drøfte hvorvidt for eksempel barnekonvensjonens bestemmelse om at hensynet til barnets beste skal være et grunnleggende hensyn ved alle handlinger som foretas overfor barn, kan forsvare en antatt ulovlig handling. Særlig når denne fra et medisinsk og pleiemessig synspunkt synes som den mest forsvarlige, og sannsynligvis representerer det tiltaket som barnet opplever minst krenkende og inn- gripende.

Mange diskusjoner

Denne saken medførte betydelige diskusjoner i KEK, og også med andre jurister. Selv om de fleste mente at behandlingen i

Det ble drøftet om tvangstiltakene mot gutten kan begrunnes ut fra nødrett.

ken har økt gradvis. Han har gått i vanlig skole inntil det siste halve året, og har tidvis vært på et ungdomshjem tilrettelagt for ungdom med store tilpasningsproblemer. Problemene har økt ettersom han har blitt større og sterkere. Han blir lett sint og frustrert ved usikkerhet og små misforståelser. Dette har særlig gått ut over moren hans. Inntil nylig har foreldrene ønsket å stå i det, da dette er deres sønn. Situasjonen er nå blitt så alvorlig at barnevernet har overtatt omsorgen for gutten, og arbeidet med å tilrettelegge barnebolig for ham er igangsatt.

Gutten trenger kontinuitet og forutsigbarhet, og har det ikke bra på sykehuset. Han skader seg selv og ødelegger ting. Man har forsøkt å håndtere utageringen ved å holde ham fast for å gi trygghet. Dette er vanskelig fordi han er svært utholdende, klyper og biter. Raserianfallene kan vedva-

Faste bidragstere



Leder Rådet for sykepleieetikk Marie Aakre



Professor ved seksjon for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo Per Nortvedt

jussen

avdelingen etter all sannsynlighet var det beste for gutten etisk sett, var det vanskelig å begrunne dette juridisk.

Det er ikke alltid samsvar mellom etikk og juss. Lovgiver har heller ikke alltid vurdert alle situasjoner som kan oppstå, og det kan tenkes situasjoner som må løses ved hjelp av andre, overordnede normer. Personalet er oppmerksom på at isolering som tiltak ikke er lov, men at dette fungerer bedre som behandlingsopplegg for gutten, i og med at han roer seg mye raskere enn ved holding. I en fortvilet situasjon er dette det beste de ser seg i stand til å gi gutten som behandling av hans anfall.

Anbefale ulovlig behandling?

Personalet ønsker åpenhet rundt behandlingen. De ønsker ikke å være et lukket system, men informerer blant annet KEK og kontrollkommisjonen om situasjonen. I møtet med KEK ble det påpekt at man også har et etisk ansvar for å beskytte personalet og for å ivareta andre pasienter. Av den grunn må man derfor i noen situasjoner kunne godta ikke optimale tiltak.

Etter drøftelsene i KEK ble det skrevet et notat som ble arkivert i pasientens journal, der det fremkom at KEK støtter avdelingens håndtering av saken, og har forståelse for behandlingsopplegget som tilbys på avdelingen, selv om denne behandlingen ikke er i samsvar med lov om psykisk helsevern. Vi hadde store diskusjoner om KEK kan og bør anbefale behandling som er i strid med loven. Dette er et eksempel fra virkeligheten som viser at jussen ikke alltid er tilpasset de situasjoner som kan oppstå, og der pasientens beste vurderes å være løsninger som i utgangspunktet ikke kan anvendes. ■■■



Til refleksjon

- » Har du opplevd situasjoner i din praksis der et ikke er samsvar mellom juss og etikk?
- » Bør en klinisk etikk-komité kunne gi råd som strider mot loven?

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.

LOVEN: Det er ikke tillatt å plassere pasienter under 16 år bak låst eller stengt dør uten personale til stede. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

www.sykepleien.no

Flere dilemma på [sykepleien.no](http://www.sykepleien.no) under fanen interaktivt.



TETT PÅ

Anne-Kari Bratten

Hvem: Anne-Kari Bratten

Alder: 46 år

Utdanning: Tre år med juss ved Universitetet i Oslo og ett år på Norges Handelshøyskole

Yrke: Viseadministrerende direktør i Spekter

Hvorfor: Fordi hun er sykehussykepleiernes motpart. I vår sa hun nei til likelønnsnett.

Likelønns- pasifisten

Anne-Kari Bratten synes Unio har begått et grovt ran.

De har tatt ordet likelønn fra likestillingslovens definisjon og skapt full forvirring.

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



«Sykepleierne bør slippe sitt klamme grep om arbeidstiden, men den kua er visst helligere enn alle kuene i Calcutta.»



Fra femte etasje på Kronprinsesse Märthas plass har arbeidsgiverforeningen Spekter en misunnelsesverdig utsikt over Rådhusplassen og en solbadet Oslofjord. Det er noe annet enn de skittengrå murveggene Anne-Kari Brattens motpart i Unio, Lisbeth Normann, stirrer inn i fra Sykepleiernes hus i Tollbugata.

– Jeg legger ikke merke til utsikten lenger, bagatelliserer Bratten.

Hun har vært der i snart ti år, de siste to som viseadministrerende direktør og forhandlingsansvarlig.

46-åringen er muligens nærsynt. Til daglig sitter hun nesten uhygienisk nært sjefen sin, Lars Haukaas. De er plassert rett overfor hverandre ved samme skrivebord med bare to pc-er mellom seg. Det muliggjør mer eller mindre siviliserte tegnspråksfakter når den ene sier noe den andre ikke liker i telefonen. Dessuten har det antakelig medvirket til et tydelig kroppsspråk. Ifølge Lisbeth Normann har Bratten en tendens til å lene seg tilbake i stolen med armene i kors når det er noe hun ikke liker rundt forhandlingsbordet.

– Er det så lurte i forhandlinger?

– Kjempelurt! Man må jo markere når nok er nok. Men look who's talking: Lisbeth smeller boka igjen og tar på seg jakka når hun ikke orker mer.

MANGE HAR HØRT eller lest Brattens meninger denne våren: At NSF skal ha jazzet opp stemningen i forkant av hovedforhandlingene og skapt en urealistisk forventning om en likelønnsrett fra staten. Hun har til og med ytret de samme ord som utskjelte

«Jeg er utrolig stolt av å ha hatt en mor som alltid jobbet fulltid.»

prinsesse Märtha Louise i svensk presse – at vi faktisk HAR like-lønn i Norge. Og ifølge likestillingsloven har vi jo det. En kvinnelig sykepleier tjener like mye som en mannlig i samme stilling.

Men likelønnskommisjonens rapport åpner for en utvidet tolkning av likelønnsbegrepet, der også verdsetningsdiskriminering inngår. Kvinnedominerte yrker tjener fremdeles dårligere enn mannsdominerte yrker, og blant dem med opptil fire års høyere utdanning er dette lønnsgapet størst.

– Hvorfor kan ikke Spekter gå med på denne definisjonen av likelønn?

– Jeg reagerte fra første stund da NSF og Unio begynte å bruke likelønn på denne måten. Det er et grovt ran. Det indikerer at arbeidsgiverne i offentlig sektor kynisk driver verdsetningsdiskriminering, mens de i realiteten er verdens mest sjenerøse arbeidsgivere med verdens beste pensjonsavtaler. Dessuten fører så mange definisjoner av ordet til at folk blir forvirret.

Selv er hun ikke mer forvirret enn at hun har glemt at hun er med i facebook-gruppen «Give us back Kurt Cobain, and we will send you Lady Gaga».

– Det må være tenåringsdatteren min som har meldt meg på.

Da har hun et mer seriøst engasjement bak medlemskapet i «Jokke – Joachim Nielsen»:

– Jeg har en konsertversjon av «Her kommer vinter'n», der han er så stein at munterheten tar helt overhånd. Det er så utrolig ironisk og tragisk på én gang.

TOBARNMAMMAEN har bosatt seg i en av 30 villaer på et boligfelt i Lommedalen i Bærum.

– Det er den eneste viseadministrerende direktørboligen som heiser flagget på første mai, informerer hun.

Samboeren møtte hun da de begge jobbet hos rådmannen i Oppegård «for hundre år siden». Han er en sterk motstander av konkurranseutsetting og New Public Management, dermed får Bratten kvasset sine politiske argumenter til middag hver dag.

– Per Jørgen mener gjennomgående det motsatte av mine kolleger, det er veldig utviklende for meg. Men han er også en god støtte. Jeg tror ikke Karin Andersen står særlig høyt i kurs hos ham, for eksempel.

Andersen er sv-politikeren som blant annet i Sykepleiens spalter ba Bratten om å trekke seg og påstod hun hadde sagt at sykepleiere som ikke er fornøyd med lønna bør finne seg noe annet å gjøre.

– Det var utrolig krenkende å få det på meg at jeg skal ha ment noe sånt. Tvert imot respekterer jeg sykepleierne høyt og vet at det er de som driver sykehusene rundt omkring. Jeg har vært såpass mye pårørende at jeg vet at de evner å kombinere høy faglig kompetanse og kunnskap med omsorg. Det er en krevende spagat å stå i.

– Verdt en høyere lønn?

– Ja, absolutt, og vi prioriterer alltid høyskolegruppene under forhandlingene.

Bratten havnet i en absurd situasjon da faren hennes døde på sykehus i vår, midt under de hardeste forhandlingene med Unio.

– Jeg var sykepleiernes sinte motpart i media, mens når jeg kom på sykehuset som pårørende, klemte de meg og var varmt til stede. De var virkelig dødsproffe. Eh, det ble kanskje feil ord, men de er virkelig verdens mest kompetente gjeng. Det har de alltid vært i alle år pappa var pasient på poliklinikken.

– Hva ville du sagt hvis barna dine ville bli sykepleiere?

– Det synes jeg hadde vært fint.

– Det må du vel si?

– 35 prosent av norske ungdommer må velge det yrket, så det ville jeg bare applaudere. Det ville vært særlig morsomt hvis sønnen min Anders ville bli det, siden vi har et så kjønnsdelt arbeidsmarked.

BRATTEN MENER det er hele samfunnets ansvar å gjøre noe med kjønnsdelingen, og hun tror i hvert fall ikke det kan skje gjennom en likelønnsrett på tre milliarder fra staten.

– En likelønnsrett ville aldri fungert. Selv ikke de som satt i likelønnskommisjonen kan tro at menn i privat sektor, halvparten av dem uten tariffavtale, vil stå over lønnsøkning for at den offentlige sektoren skal få høyere lønn.

Bratten fyrer seg opp og ordene smeller kjapt etter hverandre.

– Den kvinnedominerte offentlige sektor burde heller ha sett

«Det hender tårnfridfaktoren blir faretruende høy.»

og lært av arbeidstidsordningene i den mannsdominerte private. Der er det tilrettelagt rundt de driftsmessige behov. Sykepleierne bør slippe sitt klamme grep om arbeidstiden, men den kua er visst helligere enn alle kuene i Calcutta.

Hun fortsetter å snakke om at familiepolitikken må endres. Menn må tvinges til å være mer hjemme.

– Hvorfor er det alltid kvinner som skal tilpasse seg og jobbe deltid? Offentlig sektor legger alltid til rette for at arbeidstakere med familie kan ta fri, for eksempel når barnehagen er stengt, fordi man går ut fra at den private sektor hvor mannen jobber, ikke kan det.

Nå er Bratten inne på sin barnelærdom. Hun vokste opp på Kolsås i blokk, med nøkkel om halsen. Begge foreldrene jobbet i forsvaret. Da hun var 13, ble faren hjemmевærende på grunn av hjertesvikt, mens moren jobbet fulltid.

– Jeg er utrolig stolt av å ha hatt en mor som jobbet fulltid i over 40 år. Det er ikke mange kvinner som er født i 1936 som har opptjent full pensjon.

– Og ikke så mange barn som hadde en hjemmевærende pappa?

– Jeg visste bare om én til som hadde det sånn, og det var Aurora i blokk C.

Anne Cath Vestlys bøker klang så gjenkjennende hos Bratten at hun ga datteren sin navnet Mari Aurora. Hun leste andre forfattere også etter hvert. Særlig Prøysen, aldri Hamsun.

– Jeg har prøvd, men det er så depressivt, tungt og traurig. Språket er for omstendelig.

SOM BARN KUNNE HUN sluke sju bøker på en helg.

– Det får jeg ikke lov å si til vennene til datteren min. Men jeg var virkelig en supernerd. Blek, fregnete og anemisk. Jeg ville bli lærer eller forfatter.

Hun gikk ut fra videregående med seks seksere og resten femmere. Leste juss på universitetet, men fant seg ikke til rette og tok et år på Handelshøyskolen og begynte å jobbe. Hun fikk lite forfatterpregede titler som personalkonsulent, førstekonsulent, personal- og organisasjonssjef. Alltid minst 100 prosent-stillinger.

– Det har vært mye arbeid. Man seiler ikke inn i slike jobber jeg har nå. Jeg går for eksempel ikke på kafé eller Elexia, som venninnene mine. Jeg bare jobber og følger opp barna med lekser og idrett.

Den eneste hobbyen hun har er strikking.

– Jo mer stresset jeg er, jo mer strikker jeg. Jeg har strikkesøyet med i mekling i tilfelle det blir noen pauser. Og når vi skal til Sandvika Storsenter, må mannen min kjøre, så jeg får strikket.

Hun henter sønnen på SFO hver dag, også da hun var midt i hovedforhandlingene med Unio i vår. Og så jobber hun et par timer om kvelden hjemme. Hun har tross alt ansvaret for å forhandle på vegne av alle de 200 medlemsvirksomhetene i Spekter med 180 000 ansatte, og må sette seg inn i områdene til de fem hovedorganisasjonene LO, Unio, YS, Akademikerne og SAN, som organiserer 56 forbund. 35 av dem er i helsforetakene, hvorav NSF er det største.

– Det hender tårnfridfaktoren blir faretruende høy. For eksempel når jeg baker lyse og mørke muffins samtidig som jeg avholder telefonmøter.

LISBETH NORMANN karakteriserer motstanderen sin som en hard negl. Bratten synes det er verdens mest ensomme posisjon å være alene med ansvaret rundt forhandlingsbordet. Det er hennes vurdering det står og faller ved.

– Mitt ja eller nei avgjør om det blir streik.

Hun blir utmattet av lange forhandlinger.

– Jeg tenker på det hele tiden og kjenner det på psyken. Får kort lunte på kontoret. Spekter er en krigsorganisasjon i forhandlinger.

Dessuten har hun merket at barna får et litt aldersatypisk ordforråd:

– En morgen i vår ble jeg vekket av min 7-årige sønn som spurte: «Klarte du å få et forhandlingsresultat, mamma?»

Da hun først kom til Spekter, tenkte hun at forhandlinger er å nedkjempe eller å vinne. Nå vet hun bedre.

– Det er en måte å treffe beslutninger på, det er en kunst. Heldigvis er både Lisbeth og jeg opptatt av å finne akkurat det punktet hvor vi kan bli enige.

Bratten synes sykepleierne er betydelig lettere å forhandle med enn legene, som hun skal fortsette med nå i høst.

– NSF er tydelig og lett å lese. Vi snakkes gjennom hele året, og jeg er alltid til stede på landsmøtene. Legeforeningen er mer splittet innad og vi har ikke så mye kontakt gjennom resten av året.

Både Normann og Bratten skryter av hverandres kompetanse. Man kunne nesten tro de er venninner. Og når vi sjekker vennebeholdningen på Brattens facebook, består den av mange sentrale NSF-folk, samt Anders Folkestad, Uniolederen.

– Det var Anders som spurte meg, forsikrer hun.

– Men er det den faglige uenigheten eller facebookvennskapet som er overflattisk?

– Ha-ha! De fra fagbevegelsen legger ut mye jobbrelatert, det gjør ikke jeg. Men jeg har respekt for Anders Folkestad i debatter. Han er modig. Og når han kommer med «Desse damene fortener...» – hvis du ikke passer deg da, tror du på ham! ■■■





Forskere som har fått godkjent å bruke dataene til veldefinerte prosjekter bør få tilgang.

Carina S. Alm, seksjonsleder, hjerte og karsykdommer, Nasjonalforeningen for folkehelse

Identitet og helse

Mer elektronisk kommunikasjon er fremtiden, også i helsevesenet. I pasientregisterne kan all informasjon om pasienter samles og være tilgjengelig for helsepersonell og også komme forskerne til gode. Men Datatilsynet er skeptisk, og diskusjonen går om dette ivaretar personvernet godt nok.

– *Hvem bør få tilgang til pasientopplysninger?*

Carina S. Alm: – Forskere som har fått godkjent å bruke dataene til veldefinerte prosjekter bør få tilgang. Dette kan for eksempel gjelde forskning på trender for sykkelighet eller årsaksforskning. Vi trenger å vite mer om forekomsten av og årsakene til ulike typer av hjerte- og karsykdommer. Til nå har vi bare kunnet bruke dødsårsaksregisteret. Det er for dårlig når man skal belyse sykdom og årsaker.

Helge Veum: – Utgangspunktet bør være at ingen skal ha tilgang til både identitet og helseopplysninger, fordi dette gjelder nasjonale helseregistre for staten. Registerne er ulike, og tilgangen må derfor tilpasses formålet med registeret. Norsk Pasientregister (NPR) og Nasjonalt vaksinasjonsregister (SYSVAK) er for eksempel svært ulike. I NPR trenger ingen samtidig tilgang til identitet og helseopplysninger. I SYSVAK skal det være mulig for helsesøsteren å slå opp hvilke vaksiner som er gitt til en person. Her kommer selvfølgelig også taushetsplikten inn.

– *Hva slags helseopplysninger skal være tilgjengelig?*

Carina S. Alm: – Selvsagt skal ikke navn, fødselsdato eller annet som gjør at man kan kjenne igjen enkeltpersoner være tilgjengelig for forskere. Forskere trenger diagnoser, grunnlaget for at en diagnose ble stilt (for eksempel en troponinverdi i forhold til hjerteinfarkt) og tidspunkt for dette.

Innholdet vil ikke være pasientjournalen, men faktaopplysninger av betydning for diagnosen, som symptomer og resultat av spesialundersøkelser og blodprøver. Registeret skal ikke inneholde opplysninger som pasienten har betrodd legen i fortrolighet, heller ikke om personlige forhold, livsstil eller levevaner, slik det er blitt fremstilt i noen avisoppslag.

Helge Veum: – I Norge har vi sentrale helseregistre hvor helseopplysningene er ulike. Forskeren bør kun få tilgang til de konkrete opplysninger som det er behov for i forskningen.

– *Hvordan skal pasientopplysninger være tilgjengelig?*

Carina S. Alm: – Et personidentifiserbart register med kryptering er den beste løsningen fordi det gir en fullverdig registrering og kvalitetssikring. Det gjør det mulig å følge pasienters kontakt med helsevesenet over tid, samt å vurdere om opplysninger om diagnostikk og behandling ved det enkelte sykehus er korrekt, og eventuelt korrigerer feil. Det gjør det også mulig å koble data for å bruke disse i forskningssammenheng.

Ved å ta i bruk krypteringsteknikker som

Utgangspunktet bør være at ingen skal ha tilgang til både identitet og helseopplysninger.

Helge Veum, senioringeniør i Datatilsynet

opplysninger

gjør innholdet uleselig for uvedkommende, å føre en god logg over hvem som henter ut data i registeret, vil man sikre at personvernet blir ivaretatt på en god måte.

Et pseudonymt register, derimot, vil i tillegg til å komplisere forskningen, nærmest umuliggjøre kvalitetssikring.

Helge Veum: – For registrene er det viktig at identiteten er kryptert og utilgjengelig i den daglige drift. Når opplysninger utleveres til forskning, må det være begrenset til å gjelde det konkrete prosjektet, og normalt ikke med identitet. Kvalitetssikring forutsetter en tilgang. Men her kan en skille mellom kvalitetssikring av identitet og -sikring av helseopplysninger. Ofte er det ikke behov for å ha tilgang til begge deler samtidig.

Pseudonyme helseregistre er en registerform som ivaretar personvernet bedre, og bør være førstevalget når staten velger å samle opplysninger sentralt.

– Hvilke særskilt utfordringer står vi ovenfor når identitet og helseopplysninger er samkjørte?

Carina S. Alm: – De største utfordringene fremover før vi har et nasjonalt, kompatibelt og fulldekkende register over hjerte- og karsykdommer tror jeg vil handle mer om viktigheten av å sørge for en god forankring og tilknytning til de aktuelle fagmiljøene, ledelse, organisering og økonomi.

Registeret vil bli underlagt strenge regler, og det skal etableres gode tekniske og fysiske

løsninger som sikrer at opplysninger ikke kan komme på avveie. Eventuelt misbruk må bli straffet.

Helge Veum: – Registrering av identitet sammen med helseopplysninger, uten at pasienten selv kan bestemme om vedkommende skal være med, er i den sammenheng den mest inngripende formen. Det er disse registrene vi snakker om. Derfor har vi også kravet om intern kryptering av identitet.

– Prinsippet er at vi skal ha veldig gode grunner for å samle helseopplysninger på nasjonalt nivå. I utgangspunktet er dette opplysninger som er gitt i fortrolighet, og som ikke angår den sentrale staten. Det har skjedd at helsedokumenter har kommet bort. Register med identitet kan bli utsatt for ekstern hacking, forsendelser kan gå tapt og fysisk utstyr kan bli stjålet, eller utro ansatte kan selge helseinformasjon. Hva det betyr for den enkelte, er vanskelig å forstå rekkevidden av før hele helse-CV-en kan leses på et Google-søk. Identitetskrenkelsen vil være alvorlig. Vissheten om at helseopplysningene er på avveier vil være forferdelig for den enkelte. Tilliten til helsetjenesten kan gå tapt.

– Men kunnskap om befolkningens helse er viktig. Derfor kan det i noen tilfeller være nødvendig å samle slik informasjon. Da er det en forutsetning at registreringen gjøres på den minst mulig inngripende måte, og at den samtidig ivaretar behovet til helseforvaltningen. ■■■

Tekst **Laila S. Berg** Foto **Stig Weston**





REFLEKS

Gjesteskribent Cathrine Sandnes

Navn: Cathrine Sandnes

Yrke: Redaktør av tidsskriftet Samtiden

E-post: cathrine.sandnes@samtiden.no

Møte med det ukjente

Jeg har opplevd et privat helsevesen på nært hold, og håper jeg slipper å gjøre det igjen.

Durban (Sør-Afrika): De to tenåringer vi er på ferie med er ute og leker i vannet. Stranda er lang og hvit, himmelen er helt blå og vannet lager store bølger med skum på toppen. Det tar lang tid før vi skjønner hvorfor så mange voksne flokker seg ute i vannkanten, peker febrilsk og vifter med armene. De største kaster seg ut i vannet og legger på svøm. Ikke rett mot tenåringene, men i en stor halvsirkel rundt dem. Senere får vi vite at det er for å unngå havstrømmene, som de to har blitt tatt av. Men der og da, i akkurat dette øyeblikket, mister vi den yngste av tenåringene av syne og ser bare den eldste som fortsatt slåss mot bølgene.

Det er i sannhet et mareritt. Det er et sånt øyeblikk hvor man begynner å skjelve fra et sted langt inni kroppen og glemmer hvordan man skal puste. I ettertid er det ingen som vet hvor lang tid det tar, en halv time, to minutter eller femten minutter, før begge barna er på land. Den ene blir skylt i land, den andre klarer å svømme rundt strømmen, men det går enda noen minutter før vi skjønner at begge er trygge.

Hadde vi hatt mer penger kunne vi ha leid en hel suite til dem.

I mellomtiden har noen ringt etter en ambulans som kommer forbillig fort. «Har du forsikring?» er det første spørsmålet personalet stiller. Ikke, som man skulle tro, «hva har skjedd?», eller en første undersøkelse av helsetilstanden til de to medtatte tenåringene. Hadde det ikke vært så alvorlig, ville vi kanskje ha ledd. I hvert fall ristet på hodet over den absurde prioriteringen av hva som haster. «Hvor er forsikringsbeviset?», er det neste spørsmålet. Og først når de har fått beviset i hånden, begynner de den første undersøkelsen av han som er mest skadet.

På veien til sykehuset stopper ambulansen midt på motorveien for å dobbeltsjekke at forsikringsbeviset er gyldig. Vel framme på sykehuset må barnas mor betale en ny regning for hver eneste lege hun er i kontakt med. Det er en regning for undersøkelser, en for plaster og bandasjering. Det er en ny regning for mer inngående undersøkelser. Deretter en regning for seng, mat og enda en ny

regning fordi barna skal på en annen avdeling og hilse på en ny lege. Vi har for lengst kommet ut av tellingen på hvor mange tusen oppholdet koster, i tillegg har vi mistet tilliten til at de foreskrevne undersøkelsene og behandlingene strengt tatt er helt nødvendige. Etter hvert som dagen går får jeg snarere følelsen av at det er som hos tannlegen: Når de ikke finner noen hull, så finner de ut at de skal ta diverse røntgenbilder og pusse bort ekstra tannstein sånn at regningen likevel blir nokså høy.

Uansett er vi i en så privilegert situasjon at vi slipper å tenke på det. Det må vi forklare den eldste tenåringen, som ikke vil tilbringe natten på sykehuset: Han syns det er for dyrt. Først når han får vite at forsikringen dekker utgiftene, slår han seg til ro og begynner å velge mat fra menyen. For det skal de ha, dette private sykehuset – som altså skiller seg vesentlig fra det kommunale som ligger noen kilometer lenger bort: Det har den mest fremragende sykehusmenyen jeg noensinne har sett. Tenåringene er dessuten godt fornøyde med at de får dele rom og at rommet har tv med veldig mange kanaler. Hadde vi hatt enda mer penger kunne vi ha leid en hel suite til dem, på størrelse med en passe stor leilighet. Hadde vi hatt litt mindre ville de ha delt rom med to andre. Og hadde vi verken hatt helseforsikring eller gyldig VISA-kort, hadde vi ikke vært her i det hele tatt.

Vi trenger neppe å fortelle hvilket sykehus som har hvite pasienter og hvilket som har svarte. Vi vet heller ingenting om hva slags behandling barna ville ha fått om de hadde havnet på det kommunale sykehuset. For alt vi vet ville det ha vært like forsvarlig med en brøkdel av undersøkelsene. Men neste gang vi møter noen som mener at det er en god idé å privatisere helsevesenet, skal vi måle god mat opp mot gratis undersøkelser, tv-kanaler opp mot gratis medisiner, så skal vi regne på det og se om det lønner seg. Neste gang vi leser om det hårreisende dårlige norske helsevesenet, om hvilken skam det er at pasienter må sove på gangen, skal vi måle den tilstanden mot opplevelsen av at kredittkortet ditt bestemmer hvor, når og om barna dine får behandling eller ikke. Og neste gang jeg må på sykehus skal jeg prise meg lykkelig over at det er i Norge.

Øvrige gjesteskribenter 2010:



Martine Aurdal
Leder av samfunns-
avdelingen i Dagbladet



Jon Hustad
Journalist i Dag og Tid



Trude Aarnes
Jordmor og privat-
praktiserende sexolog



Anders Folkestad
Leder i Unio

Medisinsk intuitiv
CAROLINE MYSS

Oslo Kongressenter, Samfunnssalen v/Sentrum Scene
14. september 2010 Kl. 19.00 – 22.00

Tittel: Defy Gravity, Healing Beyond the Bounds of Reason
Foredraget er på engelsk.

Medisinsk intuitive Caroline Myss deler sin imponerende innsikt med oss, i healing som et åndelig fenomen. Hun bidrar til at vi kan forstå hvorfor sykdom utvikler seg i kroppene våre.

Overlege Audun Myskja vil introdusere henne.

Pris: Kr. 490,- Energica medlemmer: kr. 460,-
Billettsalg: www.billettservice.no, Tlf. 815 33 133, Posten, 7-Eleven og Narvesen



Myss har vært gjest hos Oprah Winfrey flere ganger.

Bokklubben Energica har utgitt 6 bøker av henne på norsk. Det vil være boksalg under arrangementet.

Arrangør:
Mari Sørli Production
Tlf. 91175106
<http://production.marisorli.no>



Tredagers-
kurs for
sykepleiere

Litt hjelp – i tide!

Nullstille for å omstille

- **Oppdag egne ressurser og muligheter!**
- **Styrk din arbeidsdeltakelse!**
- **Forebygg utbredning!**

Kursledere: Randi-Ann R. Hoffart og Sigrid Holm Larsen.
Kurssted: Ressurscenteret Villa Sana, Modum bad, 3370 Vikersund.

Også tilbud om individuell rådgivning
Les mer på www.modum-bad.no



KURS I MESTRING AV DEPRESJON (KiD)
– KURSLEDERKURS OG OPPDATERINGSSEMINAR –

KiD er et lavterskeltak som er lagt opp som gruppeundervisning og er en hjelp til selvhjelp. KiD er basert på kognitiv, sosial læringsteori for bruk i primærhelsetjenesten, poliklinikker, DPS o.l. Opplæring av lokale **kursledere** skjer kontinuerlig over hele landet og nesten 1000 personer har hittil gjennomført opplæringen. Oppdateringsseminar (dagskurs) for tidligere utdannede kursledere avholdes 13. – 17. september i Tromsø, Trondheim, Bergen, Kristiansand og Oslo. Høsten 2010 holdes nye kurslederkurs (5 dagers) i

- Oslo uke 39
- Buskerud uke 42
- Tromsø uke 43
- Rogaland uke 45
- Trøndelag uke 47

Kurset er godkjent av Norsk Sykepleierforbund som meritterende for godkjenning til klinisk spesialist i sykepleie/spesialsykepleie med 30 timer, og støttes økonomisk av Helsedirektoratet. For nærmere opplysninger om KiD, se www.psykiskhelse.no eller www.kommunal-kompetanse.no.



Kommunal Kompetanse Region Sør
Tlf 417 86 400

E-post: region-sor@kommunal-kompetanse.no

Smerteklinikken i
Bergen – over 20 år
som tverrfaglig
smerteklinikk:



**KURS I
SMERTEBEHANDLING**

8 -11. november 2010

- Grunnleggende om smertemekanismer og -modeller.
- Behandling og vurdering av kronisk smerte.
- Akutt smertebehandling.
- Smertebehandling for alvorlig syke og døende.

Se www.legeforeningen.no (utdanning og fagutvikling/kurskatalogen) for detaljert program.

Godkjent med 29 timer til klinisk spesialist i sykepleie/spesialsykepleie.

Innledere: Ingvard Wilhelmsen, Stein Knardahl, Audun Stubhaug, Holger Ursin, Rae F. Bell, Jan Henrik Rosslund, Gunnvald Kvarstein, Tone G. Høivik, Anne Grethe Paulsberg, Borrik Schjødt, Tor Jacob Moe, m.fl.

Kurssted: Haukeland Universitetssykehus.

Kursavgift: kr. 4.000. **Påmelding:** Innen 1. okt. 2010 til Kontor for legers videre- og etterutd. (Bergen), Den norske legeforening, Postboks 7804, 5020 Bergen.
epost: kurs.bergen@legeforeningen.no



*“En enkel og morsom måte å
komme seg i form på sammen”*

299 kr

eks. mva per deltaker.
OBS! merk at det til-
kommer mva!

HØSTENS STORE AKTIVITETSKONKURRANSE!

KONKURRANSEPERIODE: 16. SEPTEMBER – 4. DESEMBER

Igjen er det tid for Dytt sin store aktivitetskonkurranse, som kjennetegnes av at den er engasjerende for alle, uansett fysisk form. Dette har ført til at mange avdelinger fra sykehus som: Akershus universitetssykehus, Rikshospitalet, St. Olavs Hospital, Haukeland Sykehus, Sørlandet sykehus og mange flere har gått med dytt. I høst starter nå vårt nye og spennende konsept, hvor man skal gå jorden rundt på 80 dager. Meld på din avdeling du også innen **13. september**, så vil dere få tilsendt startpakke med skrittellere og informasjon i god tid før konkurransestart. Aktiver dine medarbeidere å få en frisk og morsom høst sammen!

PÅMELDING PÅ: WWW.DYTT.NO/JORDENRUNDT