



**Ledelse i
rødt ved
OUS** Side 18

Sykepleiere kan kreve tolk

Halvparten av helsepersonellet bruker pasientens familie eller venner som tolk. Det er svært nært et lovbrudd. Side 20

**Faggruppeteleder
i intimsone**

Side 74



Sykepleien

LISBETH NORMANN: Heldøgnsbemannede omsorgsboliger kan ikke erstatte sykehjem som tilbud til de sykeste eldre.

12 | 2010
14. oktober
2010
98. årgang

3 000 nye sykepleiere trengs
hvert år i eldreomsorgen.



Foreløpig kommer
350 nye per år.



Langt fra målet

MOVICOL®
makrogol 3350, natriumbikarbonat, natriumklorid, kaliumklorid



EN VERDIG OBSTIPASJONS- BEHANDLING BEGYNNER MED **MOVICOL®**

Mange personer i eldreomsorgen er i obstipasjonsbehandling. Personalet må ofte bruke mange ressurser - og likevel er oppgaven vanskelig! Administrerer du flere forskjellige avføringsmidler uten at de virker godt nok? Og kan rektale midler derfor ende med å bli rutinebehandlingen i stedet for en nødløsning?

MOVICOL® er et laksativ som normaliserer avføringen ved å tilføre vann til forstoppelsen.¹

MOVICOL® kan derfor ofte skåne pasienten for:

- ubehaget ved invasiv behandling
- rektale midler, som siver og medfører ekstra rengjøring
- diarévæske som irriterer lukkemuskelen

Hva ville du selv foretrekke?

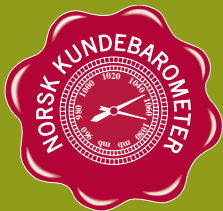
1. Gruss HJ, Teucher T. Der Allgemeinarzt 1999;21(16):1342-1350.



Movicol® er et osmotisk virkende avføringsmiddel inneholdende makrogol 3350, natriumklorid, natriumhydrogenkarbonat og kaliumklorid. **Indikasjoner:** Korttidsbehandling ved obstipasjon. Avføringsstopp hvor rektum og/eller colon er fylt med fast fekalia. **Spesielle advarsler og forsiktighetsregler:** Om pasienter utvikler symptomer som tyder på forstyrrelser i elektrolytt- eller væskebalansen (f.eks. ødem, kortpustethet, økende slapphet, dehydrering eller hjertesvikt) skal behandlingen med Movicol® avbrytes umiddelbart og elektrolyttstatus skal kontrolleres. Eventuelle forstyrrelser i elektrolyttstatus behandles. Les pakningsvedlegget nøye før bruk. For mer informasjon, kontakt Norgine på tlf.: 22 42 28 00.

Du kan få billigere strøm fordi du er medlem av Sykepleierforbundet

Norsk Sykepleierforbund har inngått partneravtale med strømleverandøren LOS. Dette gir deg mulighet til å kutte i dine strømudgifter.



LOS har landets mest
fornøyde strømkunder.
Norsk Kundebarometer 2010

Send sms <strøm> til 02021,
og få tilbud om en god
strømvavtale du også.



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@ldh.no

Journalist/deskleider Ellen Morland
tlf. 22 04 33 60 / 41 02 56 22
ellen.morland@sykepleien.no

Grafisk formgiver Hilde Rebaard Evensen
tlf. 22 04 33 58
hilde.rebaard.evensen@sykepleien.no

Grafisk formgiver Hege Holt
tlf. 22 04 33 57
hege.holt@sykepleien.no

Grafisk formgiver Sissel H. 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:



Trude Aarnes synes ikke det er en menneskerett å få barn. Hun er kritisk til at rike par får fattige kvinner til å føde barn for dem. Side 80.



Linn Herning beskriver konsekvensene av at private aktører flittig blir brukt av det offentlige helsevesenet. Blant annet hvordan investorene sparer skatt mens samfunnet må punge ut. Side 70.



Berit Støre Brinchmann har ligget på sykehus og opplevd helsevesenet fra «den andre» siden. Det var en tvilsom glede. Hun er glad hun ikke var så veldig syk. Side 72.



Terje Anderssen forklarer hvorfor trombelastograf er viktig for alle som arbeider med pasienter som har blødningsforstyrrelser. Side 62.



Innhold

Sykepleien

AKSJONISTEN: «Hvis en privat bedrift

Hva skjer

- 7 Aksjonisten
- 8 Hva skjer – småstoff
- 10 Flere årsverk og sykehjemsgaranti
- 16 Savner videreutdanning og forebygging
- 12 Kvinner gir mange råd om mye
- 14 Har du krav på redusert arbeidstid?
- 16 Det gode liv uten arbeid
- 18 Rød på ledelse
- 20 Sykepleiere kan kreve tolk
- 22 Utdanning for fremtiden
- 24 NSF vant i retten
- 27 Vi bare spør Kjersti Lund Olsen

Der ute

- 40 Lærer å jobbe milevis fra sykehuset
- 44 - Vi blir lyttet til
- 46 Øyeblikket
- 49 Min jobb
- 50 Sykepleierleder drept
- 52 Psykiatrien sviktet



74



21



16

- 28 Regnestykket som ikke går opp
- 30 Kommunene har ikke råd
- 34 Stolt over å jobbe på sykehjem

28



førte en slik personalpolitikk, ville de blitt politianmeldt av LOs sommerpatrulje!»

12 · 2010

14. oktober 2010 · 98. årgang

Fag og bøker

- 54 Penderpasienten
- 57 Veien tilbake til livet
- 60 Forfatterintervju: Olav Hamran
- 62 Verkstedet
- 63 Bokanmeldelser
- 64 Quiz
- 64 - Vil reformere utdanningen

Mennesker og meninger

- 66 Lisbeth Normann om eldreomsorg
- 67 Siden sist og minneord
- 70 Linn Herning om privatisering
- 72 Dilemma: Berit Støre Brinchmann
- 74 Tett på Kurt Lyngved
- 78 Hør her: Fredrik Syversen vs Bjørn Erik Thon
- 80 Refleks: Trude Aarnes

- 81 Stillingsannonser
- 86 Meldinger, skoler og kurs

GJESTESKRIBENTEN:

«Surrogati er en helt spesiell metode.»

Trude Aarnes

80



«Må bli kjent med kroppen sin på nytt.»

57

44





Anna Oppedal Tokheim, Möller's ernæringsfysiolog

5b-09

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

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

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

OPTIMAL UTVIKLING AV HJERNEN

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

UTVIKLING AV ET STERKT SKJELETT

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

TRYGT KVALITETSPRODUKT

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

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



VIL DU VITE MER?
www.mollers.no
grønt nr: 800 80 555

MÖLLER'S

GRUNNLAGT 1854



Barth Tholens om omstilling

Stilling: Redaktør i Sykepleien

E-post: barth.tholens@sykepleien.no

Texas, Oslo

Prosessen mot gigantsykehuset i Oslo ligner mest på et byggeprosjekt som mangler tegninger.

Min bestefar var arkitekt. Utstyrt med tversoversløyfe og en evig Havanna-sigar i munnen, tegnet han funkisbygninger av det ambisiøse slaget. Både før og etter krigen beriket han en rekke byer med såkalte signalbygg, for det meste skoler og kirker. Ikke alle var like vellykkede. En skole gikk på folkemunn under økenavnet «Gråboksen». Et annet bygg ble hetende «Strykejernet», mens en kirke under betegnelsen «Stekespaden» ble et noe tvilsomt monument over hans eksperimentelle fase.

Mens noen av bygningene fortsatt står, har skiftende tider og mangelen på troende ført til at en del av bestefars bygninger er blitt revet. Men jeg har beholdt respekten og beundringen for byggekunsten. Stilt overfor byggherrens strenge kravspesifikasjoner om arealutnyttelse og pengebruk, skal arkitekten ha ryggrad til å finne gode fysiske løsninger som i tillegg gir brukerne en ekstra opplevelse. Når bygningsarbeiderne stikker den første spaden i jorda, skal alt være gjennomtenkt og all logistikk på plass.

Selv om jeg forstår at utfordringene er enorme, tviler jeg sterkt

Størrelsen på avdelingene er fortsatt helt i det blå.

på om jeg i fremtiden vil klare å mobilisere samme type beundring for dem som bestemmer over gigantsykehusene i Oslo-området. Her har byggherren (Helse Sør-Øst) hatt en rekke overveldende visjoner om bedre ressursutnyttelse, pasientflyt og sparte kostnader. Mens «Europas mest effektive sykehus» ble reist på et jorde i Lørenskog, ble tre sykehus i Oslo slått sammen til ett: OUS.

Riktig visjonært, alt sammen. Framtiden! Problemet er at planleggerne ikke har vært så nøye med detaljene. De har faktisk begynt å bygge uten helt å vite hvor stort huset til slutt skulle bli og hvor mange etasjer man trengte. Da nye Ahus ble åpnet, ante man fremdeles ikke hvordan pasientene fra bydel Alna i Oslo skulle få plass. Det sammenslåtte OUS består fortsatt av bygninger som ligger strødd utover hele byen. Noen av bygningene skal riktignok (kanskje) forlates, men usikkerheten er total med tanke på hvor

det hele skal ende opp. Et nytt gigantbygg trenges på Gaustad, men er ikke i nærheten av å bli påbegynt. Ullevål skal ta seg av lokalbefolkningen, men hvor legevakten skal være er fortsatt uvisst.

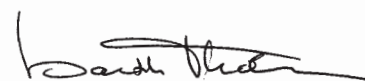
Besjelet av ideen om store, gode fagmiljøer, er avdelingene på OUS allerede slått sammen i ni klinikker. Avdelingene blir mye større enn før, med færre mellomledere og tilsvarende større avstand til fotfolket. Størrelsen på avdelingene, hvor mange pasienter de skal betjene og hvem og hvor mange det er som skal jobbe på dem, er fortsatt helt i det blå.

Usikkerheten, som personalet logisk nok føler, har ført til at få foreløpig har ønsket å flytte til Ahus. Byggherrene i Sør-Øst hadde forutsatt at hundrevis av leger og sykepleiere fra OUS skulle pakke kofferten, fordi en del av pasientgrunnlaget ville bli overført til Akershus som del av Den Store Kabalen. Men hvem gidder vel å flytte når man ikke vet om man kanskje kan bli der man er?

Til gjengjeld har Ahus et skrikende personalbehov for å kunne håndtere en ny pasientstrøm som kommer neste år. De forsøkte å lyse ut stillinger eksternt, men ble i siste liten stanset av Sør-Øst som fryktet en ukontrollert utvandring av kvalifisert personalet fra andre strøk. Imens blir sykepleiere på OUS tilbudt nye jobber på Ahus som de ikke en gang har vært til intervju for, og selv om de ikke har sagt opp stillingen de er i. Det er rett og slett Texas. Jeg tør påstå at om en privat bedrift hadde ført en lignende personalpolitikk, ville de blitt politianmeldt av LOs sommerpatrulje!

Til alt overmål har OUS nå søkt om mer penger for å kunne gjennomføre prosessen. Til tross for visjonene har de funnet ut at de ikke vil klare å ta ut potensialet for innsparinger som ligger i en sammenslåing – uten at de faktisk må bruke mer penger for å få den til! Det er bare å be for at konstruksjonen OUS ikke får samme ettermæle som en av kirkene til min bestefar. Innvielsen av kirken falt sammen med et relativt kraftig regnskyll. Det tålte den ikke. Siden ble den aldri kvitt det lite kledelige økenavnet «Silen».

Revet ble den også.



NEDLAGTE Aker Universitetssykehus vil fortsette som mindre akuttsykehus ennå to år.



Vatikanet kritiserer nobelpris

Prøverørsbefruktningens far, Robert Edwards, har fått nobelprisen i medisin. Det opprører Vatikanet. Den katolske kirke mener det er uetisk å la eggceller bli befruktet med sæd utenfor en kvinnes mage.

forskning.no

Avslappet vesen

Store og mindre saker viser at helse-tjenesten har et særdeles avslappet forhold til pasientrettigheter. Stortinget vedtar lover som skal sikre valgfrihet og forsvarlig behandling, mens mange sykehus understår disse rettighetene eller unnlater å informere pasientene om dem. Det er gått ti år siden en rekke nye helselover så dagens lys. Felles for lovene var at pasienters og pårørendes rettigheter skulle styrkes, at helsetjenestene fikk et lovpålagt krav om å drive forsvarlig og å sikre valgfrihet og et likeverdig helsetilbud for befolkningen, skriver Fylkeslege i Oslo/Akershus, Petter Schau, i Dagbladet.



NTNU med masterstudium i fedme

25 prosent av alle nordmenn er overvektige. Det er en av grunnene til at NTNU i Trondheim starter opp landets første masterstudium i fedme.

- Vi må styrke kompetansen på området. Fedme har store helsemessige konsekvenser. For eksempel fører fedme til at tre ganger så mange får diabetes 2 i dag, sammenlignet med for 25 år siden, sier overlege Bård Kulseng ved St. Olavs hospital.

NTB



Foto: Colourbox

Hva skjer

Les mer om:

- 10 Flere årsverk og sykehjemsgaranti ›
- 12 Kvinner gir mange råd om mye ›
- 14 Har du krav på redusert arbeidstid? ›
- 16 Det gode liv uten arbeid ›
- 18 Rød på ledelse ›
- 20 Sykepleiere kan kreve tolk ›
- 22 Utdanning for fremtiden ›
- 24 NSF vant i retten ›

sykepleien.no

Følg utviklingen ved Oslo universitetssykehus på sykepleien.no



Kreft gir minnetrøbbel

Hukommelsesproblemer hos folk som har hatt kreft ser ut til å være mer utbredt enn tidligere antatt. Det kommer frem i amerikansk forskningsstudie som ble lagt frem på kreftkonferansen til American Association for Cancer Research (AACR).

Ifølge forskerne er det 40 prosent mer sannsynlig at personer som har hatt en kreftdiagnose, senere får hukommelsesproblemer som påvirker hvordan de fungerer i dagliglivet.

forskning.no



Foto: Colourbox

Dårlig samvittighet

Mange leger og sykepleiere opplever en konstant spenning mellom omsorgshensyn til den enkelte pasient og krav om budsjettbalanse og høy pasientgjennomstrømming.

- Dette er ofte verre for de yngre og mindre erfarne legene og sykepleierne, forteller Per Nortvedt (bildet), professor i medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo. Han leder et prosjekt der 21 sykepleiere og leger ved sykehus i Oslo-området er blitt intervjuet.

De foreløpige resultatene viser at både leger og sykepleiere har en innstilling om at pasienten kommer først.



forskning.no

«Ung» og bosatt på sykehjem

137 personer under 50 år bor på norske sykehjem. Alle har nedsatt funksjonsevne. 32 av de 137 personene ønsket en annen boform. Det er helse- og omsorgsdepartementet som har bedt Helsedirektoratet gjennomføre kartleggingen. I fjorårets registrering var det 127 personer under 50 år som bodde på sykehjem. Direktoratet har bedt de aktuelle fylkesmennene om å se hvilke årsaker som ligger bak økningen.



Foto: Colourbox

Sykepleien.no



Flere yngre brukere

Den sterke veksten i kommunenes pleie- og oppgaver og antall ansatte har gått til brukere under 67 år. I de hjemmebaserte tjenestene har fire av ti årsverk gått til brukere under 67 år, melder KS.

KS



Fortsatt drift på Aker sykehus

Sykehuset kommer til å fortsette som neddimensjonert akutt sykehus ut 2012. Akutfunksjonene skal samles på Ullevål universitetssykehus, sammen med lokal og områdefunksjoner. Lands- og regionfunksjoner samles på Rikshospitalet. Sammenslåingene skal skje trinnvis. Det samme gjelder virksomhet innen psykisk helse og rusavhengighet som samles på Gaustad.

Oslo universitetssykehus

DØGNOPPHOLD: Liggedager og gjennomsnittlig liggetid ved somatiske sykehus 1989-2009:

År	Døgnopphold	Liggedager	Gjennomsnittlig liggetid
1989	604 269	4 547 271	7,5
1994	623 773	4 233 729	6,8
1999	696 889	4 265 391	6,1
2004	793 203	4 116 960	5,2
2009	850 783	3 882 900	4,6

Kilde: Helsedirektoratet, Norsk pasientregister



Foto: Colourbox

Infeksjoner hos 5 – 12 prosent

Folkhelseinstituttet har siden 2005 overvåket infeksjoner ved fem forskjellige inngrep. Overvåkingen i 2009 viser at det er forskjeller. Rundt 5 prosent av pasientene som fikk satt inn en ny hofteprotese eller gjennomgikk bypassoperasjon fikk infeksjon. Tilsvarende tall for inngrep i tykktarm var ca 12 prosent. Blant kvinner som gjennomgikk keisersnitt fikk om lag 8 prosent infeksjon.

Folkhelseinstituttet

Meninger fra www.sykepleien.no

- Sykepleiere bør vaksinere seg



” Vi bør heller bli flinkere til å holde oss hjemme fra jobb når vi er pjuske eller når vi har vært igjennom en sykdomsperiode.

Kruttlappen

Privat fagforening - Logisk?

” Er medlem i Krifa og det har vært en bra opplevelse så langt. De gir raske og kompetent svar og er der for meg når det trengs, og så liker jeg godt at jeg har frihet til selv å velge mine egne forsikringer – og politiske holdninger for den saks skyld!

Bjarne Hansen

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

Flere årsverk og sykehjems

Helseministeren skryter over mange nye årsverk i pleie og omsorg. Men vet ikke hvor mange som har kommet eldre til gode.

Tekst Bjørn Arild Østby Foto colourbox

Forslag til statsbudsjett 2011 ble lagt fram 5. oktober.

– Denne høsten setter regjeringen i gang et omsorgsløft for å nå viktige mål for en god og verdig eldreomsorg. Vi har allerede økt de kommunale omsorgstjenestene med 14 800 årsverk, som er mer enn de 10 000 ny årsverkene som vi lovet for 5 år siden, skriver helse- og omsorgsminister Anne-Grete Strøm-Erichsen i en pressemelding.

– Hvor mange av de nye årsverkene jobber i eldreomsorgen?

– Årsverkene gjelder for hele pleie- og omsorgssektoren. Det er viktig at vi også øker

Helseministeren lover også økt kompetanse blant de som jobber med eldre.

Ny garanti

Regjeringen varsler videre at den vil fremme forslag om en egen verdighetsgaranti.

– Ved å framheve begrepet verdighet blir det gjort tydelig at dette er et grunnleggende element i en forsvarlig helse- og omsorgstjeneste. Forskriften om en verdig eldreomsorg vil sikre at eldre ikke kommer uheldig ut i forhold til prioriteringen i pleie- og omsorgstjenestene, sier helse- og omsorgsministeren.

Men det er et godt budsjett for å nå de målene vi har satt innen 2015, sier hun.

KS er ikke like optimistiske, og tror kommunene må sette på bremsene. Arbeidsgiversiver og interesseorganisasjonen for kommunesektoren mener at det meste av inntektsøkningen vil gå til flere pleietrengende eldre og økte pensjonskostnader, ikke opprustning av tjenestene. Forslaget vil føre til at mange kommuner må foreta tøffe prioriteringer neste år.

Mer til sykehusene

Regjeringen foreslår å øke midlene til pasientbehandling med 970 millioner kroner i statsbudsjettet for 2011. Denne veksten omfatter behandling innen somatikk, psykisk helsevern, rus og rehabilitering, og vil gi en generell vekst i pasientbehandlingen på om lag 1,4 prosent.

– Det er behov for å bedre pasientsikkerheten og kvaliteten på behandlingen ved helseforetakene. Jeg vil derfor fremme lovforslag om krav til pasientsikkerhet om kort tid. Samtidig stiller vi krav til helseforetakene om at ventetidene skal reduseres og at fristbrudd ikke vil bli akseptert. Dette vil bli fulgt opp gjennom

«Nå skal vi styrke sektoren med ytterligere 12 000 årsverk.»

årsverkene for yngre brukere og funksjonshemmede. Nå skal vi styrke sektoren med ytterligere 12 000 årsverk. Dette er en stor og viktig sektor som omfatter hele befolkningen, sier Strøm-Erichsen.

KS setter på bremsene

Strøm-Erichsen mener regjeringen satser stort på helse og omsorg når den lover full sykehjemsdekning i Norge for alle som trenger det innen 2015.

– Vi kommer ikke i mål i løpet av ett budsjett.

Savner videreutdanning og forebygging



Millionene får vinger å fly på i neste års statsbudsjett, men Norsk Sykepleierforbund savner likevel et par ting.

Tekst Eivor Hofstad Foto Stig Weston

Det er to ting vi ikke er fornøyd med, beror Lisbeth Normann (bildet) på telefon fra Stortinget der pressekonferansen for fremleggelsen av årets statsbudsjetter nettopp er avsluttet.

Det er en manglende satsning på både videreutdanning og forebyggende helse, mener

lederen for Norsk Sykepleierforbund (NSF), Lisbeth Normann.

Hun utdyper: – Så vidt vi kan se er der ingen satsning på videreutdanning for sykepleierne, noe som er helt nødvendig hvis samhandlingsreformen skal bli en realitet og vi skal klare å fylle sykehjemsplassene med kvalitet. Det er en liten

garanti

STORTINGET: Forslag til statsbudsjett 2011 ble lagt fram i Stortinget 5. oktober.



månedlig rapportering, sier Strøm-Erichsen.

Samhandlingsreformen

Regjeringen foreslår også å øke bevilgningen til samhandlingsreformen med ytterligere 200 millioner kroner til totalt 580 millioner

kroner - ett år før samhandlingsreformen trer i kraft. Bevilgningen innebærer en betydelig styrking av tilskuddsordningen til lokalmedisinske sentre og kommunesamarbeid om helse- og omsorgstjenester, ifølge ministeren.

– Med samhandlingsreformen gjør vi det nor-

ske helsevesenet bedre rustet til å møte utfordringene i årene som kommer. Vi må forebygge mer og komme tidligere inn i sykdomsforløpet. Det skjer best nær der pasienten bor og derfor er samhandlingsreformen så viktig, sier helse- og omsorgsministeren.

økning i antall sykepleierutdanningsplasser på 60 stykker, men det er spisskompetansen som er helt avgjørende for at vi skal kunne yte kvalitet på alle de nye sykehjemsplassene som skal komme.

Det er heller ikke god nok satsning på forebyggende helse, ifølge sykepleierlederen.

– Da tenker jeg spesielt på helsesøsterstillinger og skolehelsetjeneste-ordningen.

– Dette er vel tenkt finansiert gjennom de 580 millionene til samhandlingsreformen?

– Ja, men det blir opp til kommunene å prioritere, og da kan de like gjerne prioritere skateboard-ramper fremfor skolehelsetjenesten, sier Normann.

Lisbeth Normann synes satsningen på nye sykehusbygninger er fornuftig, det samme synes hun gjelder den generelle økningen til sykehusene på 1,4 prosent.

– Vi er fornøyd med at det er en tydelig satsning på sykehusene, men det er sammenhengene vi er opptatt av. Skal vi få til samhandlingsreformen, kreves en større satsning på videreutdan-

ning for helsepersonellet i kommunene og forebyggende helse som helsesøstre og skoletjeneste.

– Hva med Helse Sør-Øst og deres krav om flere millioner kroner til omstillingene ved Oslo universitetssykehus?

– Det har vi ikke fått tid til å se på ennå, sier Normann før hun legger på for å rekke neste intervju. ■■■

«...da kan de like gjerne prioritere skateboard-ramper fremfor skolehelsetjenesten.» Lisbeth Normann

Kvinnepanelet:

Gir mange råd om mye

NSF-leder Lisbeth Normann er opptatt av deltid og pensjon. Shabana Rehman Gaarder kjemper mot kvinnevold. Begge fikk sagt sitt i kvinne-panelet. Tekst og foto Marit Fonn

Kvinnepanelet la fram sin rapport 27. september. Norsk Sykepleierforbundsleder Lisbeth Normann er én av 26 kvinner som siden februar har dykket ned i temaet likestilling.

– Veldig interessant. Det vanskeligste var å prioritere. Det er jo mye å ta tak i, sier Normann om oppdraget som panelkvinne.

Valget ble å tenke bredt. Det 50 sider lange heftet har kapitler om alt fra vold mot kvinner til helse og arbeid.

– Men det er blitt en konsensusrapport, påpeker Normann.

Ga råd om arbeid

Selv har hun konsentrert seg om arbeidslivet.

– Deltidsproblemet, pensjon og lønn har vært mitt viktigste anliggende.

Mange sykepleiere vil kjenne igjen et av panelets krav: Myndighetene må finansiere et likelønnsloft.

Normann er ikke mot å utvide pappapermi-

sjon, slik kvinnepanelet krever, men mener likelønn er viktigere.

Det er Audun Lysbakken, likestillingsminister og tidligere mannspanelmedlem, som satte ned kvinnepanelet. Mannen ville ha gode råd fra kvinnene. Neste skritt for Lysbakken er å lage en handlingsplan om likestilling. Den skal legges fram til våren.

Mest om vold

Kvinnepanelet er blitt kritisert for å favne for vidt til å bli slagkraftig, men fikk i hvert fall oppmerksomhet i mediene da rapporten ble lagt fram.

Kvinnepanelet krever blant annet et mektigere likestillingsombud. Temaet som får størst plass i rapporten er vold mot kvinner.

På pressekonferansen fortalte Shabana Rehman Gaarder at minst tre av kvinnene i panelet er blitt truet fordi de har deltatt i samfunnsdebatten. Selv har hun fått høre: «Jeg skal drepe deg, og hunden min skal spytte på deg og voldta deg.»

– Vold mot kvinner er et samfunnsproblem, sa lederen av kvinnepanelet Loveleen R. Brenna og viste til seksuelle overgrep, voldtekt og traficking.

– Nå ønsker vi en stor enhet i politiet, på linje med Økokrim, som kan etterforske vold i nære relasjoner, sa Brenna.

Panelet vil også ha mer forskning om kvinner som blir drept av sine menn.

– Les selv!

Lisbeth Normann synes at vold mot kvinner er ekstremt alvorlig.

– Men jeg kan ikke nok om det til for eksempel å si om barn skal miste samværsretten til en voldelig far, sier hun.

Normann påpeker at sykepleiere er involvert overalt i samfunnet. De forholder seg både til vold og minoriteter. Hun oppfordrer nå alle sykepleiere å lese rapporten.

– De kan tenke gjennom hvordan de kan følge opp panelets arbeid, sier hun. ■■■

«Det vanskeligste var å prioritere.»

NSF-leder Lisbeth Normann



NOE PÅ HJERTET: Forfatter Shabana Rehman Gaarder (t.h.) forteller om trusler. Renathe Arevoll, leder i Landsforeningen for barnevernsbarn, følger med. De er to av 26 panelkvinner.

Effektiv lokalbehandling av bakteriell vaginose på **KUN 3 dager**¹

Dalacin Vagitorier

Lokal behandling av en lokal tilstand



Dalacin Pfizer

Antiinfektivum til gynekologisk bruk. ATC-nr.: G01A A10
VAGINALKREM 2%: 1 g inneh.: Clindamycin. phosph. aeqv. clindamycin. 20 mg, sorb. monostear., polysorb. 60, propylenglycol. 50 mg, acid. stearic., alcohol cetostearylic., cetylalm., paraffin. liquid., alcohol benzylic. 10 mg, aqua steril. q.s. ad 1 g.
VAGITORIER 100 mg: Hver vagitorie inneh.: Clindamycin. phosph. aeqv. clindamycin. 100 mg, adeps solid. q.s. ad 2,5 g.

Indikasjoner: Bakteriell vaginose.

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

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

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

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

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

Bivirkninger: Hyppige (>1/100): Urogenitale: Vaginitt, lokal irritasjon, vaginal Candidainfeksjon. Mindre hyppige: Gastrointes-

tinale: Diaré, kvalme, forstoppelse, mavesmerter. Hud: Urticaria, pruritus, utslett. Urogenitale: Vaginal utflod, menstruasjonsforstyrrelser, smerter på applikasjonsstedet. Øvrige: Svimmelhet, hodepine, soppinfeksjoner.

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

Egenskaper: Klassifisering: Klindamycinfosfat er en vannløselig ester av det semisyntetiske antibiotikum klindamycin. Virkningsmekanisme: Bakteriostatisk eller baktericid effekt ved å hindre bakterienes proteinsyntese. Klindamycin er vist å ha in vitro aktivitet mot følgende bakterier som er assosiert med bakteriell vaginitt: Gardnerella vaginalis, Mobiluncus spp., Bacteroides spp., Mycoplasma hominis, Peptostreptococcus spp. Absorpsjon: Vaginalkrem: Ca. 4% (varierer mellom 0,6-10%) absorberes systemisk. Vagitorier: Ca. 30% (varierer mellom 6,5-70%). Oppbevaring og holdbarhet: Skal oppbevares <25°C. Pakninger og priser: Vaginalkrem: 40 g (tube m/7 engangsapplikatorer) kr 167,20. Vagitorier: 3 stk. kr 191,40. Sist endret: 27.01.2004 (priser oppdateres hver 14. dag, ev. refusjon hver måned)



Helleristning, Begbyfeltet.
Fredrikstad.
Foto: Steinar Myhr/NN/Samfoto

**Skånsom med
maksimal effekt:**

En ny generasjon jernetilskudd

AminoJern Ferrochel er en ny generasjon jernetilskudd som kjennetegnes ved sin unike opptaksmekanisme. AminoJern Ferrochel absorberes opptil fire ganger bedre enn tradisjonelle jernetilskudd. Jernetilskuddet er meget stabilt og man unngår at jern felles ut og danner fritt jern i tarmen, noe som kan gi bivirkninger som kvalme, treg eller løs mage.

En rekke kliniske studier viser at AminoJern Ferrochel absorberes og utnyttes svært godt.* Jernlageret bygges effektivt opp selv ved lave doser. Det er lett å administrere AminoJern Ferrochel da det kan tas sammen med måltid uten at effekten reduseres. Jernetilskuddet kan trygt anbefales da det ikke inneholder verken gluten, sukker, melk eller animalske ingredienser. Anbefalt døgndose er en tablett, tilsvarende 25 mg jern.

AminoJern markedsføres som et kosttilskudd av Vitalkost AS og føres av Vitus, Ditt Apotek og helsekostforretninger.

For spørsmål eller bestilling av vår informasjonspakke (produktprøve, fagbrosjyre og pasientbrosjyrer på norsk, urdu og somali), ta kontakt på tlf 33 00 38 70 eller send e-post til post@vitalkost.no.

***REFERANSELISTE:**

Iron absorption from ferrous biglycinate and ferric triglycinate in whole maize is regulated by iron status. The American Journal of Clinical Nutrition, Vol.71, No. 6, 1563-1569, June 2000.

US Food and Drug Administration: Agency Response Letter GRAS Notice NO.GRN 000019, 30.09.1999.

Safety Evaluation of Ferrous Biglycinate Chelate. Pergamon Research Section, Food and Toxicology 37, 723-731, 1999.

Effectiveness of Iron Amino Acid Chelate on the Treatment of Iron Deficiency Anemia in Adolescents. Journal of Applied Nutrition, Vol. 46, No. 1 & 2, 1994.

Repleting Hemoglobin in Iron Deficiency Anemia in Young Children through Liquid Milk Fortification with Bioavailable Iron Amino Acide Chelate. Journal of the American College of Nutrition, Clinical and Laboratory Pearl, Vol. 17, No. 2, 187-194, 1998.



Vitalkost
Tlf 33 00 38 70
www.aminojern.no

Har du krav på redusert arbeidstid?

NSF har laget en kalkulator som hjelper deg å finne ut om du har krav på kortere arbeidstid.

Tekst **Kari Anne Dolonen**

Tariffoppgjøret 2010 fikk gjennomslag for nye regler i arbeidsmiljøloven om arbeidstid for de i tredelt turnus. For noen sykepleiere betyr det kortere arbeidstid. Omregningsreglene er slik at én time arbeid om natten regnes som én time og 15 minutter. Én time arbeid på søn- og helgedag, regnes som én time og 10 minutter.

Hvis du er nysgjerrig på hvordan dette slår ut for deg er det enkelt å finne ut. NSF har laget en turnuskalkulator som ligger ute på deres nettside.

– Medlemmene spør hva de nye reglene om tredelt turnus betyr for den enkelte, sier seniorrådgiver i NSF's forhandlingsavdeling, Kirsten Nesgård.

– De nye reglene gir redusert ukentlig arbeidstid avhengig av hvor mange nattimer og søndagstimer den enkelte sykepleier har i sin turnus.

– *Hva kan den nye kalkulatoren hjelpe sykepleierne med?*

– Kalkulatoren vil kunne gi dem et innblikk i om de får reduksjon eller ei, og i tilfelle hvor mye. Den kan gi svar på om den enkelte vil få noe ekstra fritid i løpet av en uke/en turnusperiode eller ett år, sier Nesgård.

«Må jobbe minst hver 3. søndag»

– *Har dere fått reaksjoner?*

– Mest reaksjoner på at kalkulatoren ikke virket den første uka. Men nå skal den være i orden. Noen kan ha problemer med å bruke den fordi de har en for «gammel programvare» eller har et program på sin pc som ikke «samsnakker» med kalkulatoren. Tror det i tilfelle gjelder veldig få, sier hun.

– *Noen brukertips til nysgjerrige?*

– Les bruksanvisningen grundig på forhånd! Det er ingen hensikt å prøve kalkulatoren dersom man ikke arbeider tredelt turnus. Det vil si har D-/A- og N-vakter i sin turnusplan. I tillegg må man jobbe minst hver 3. søndag, sier hun.

– *Har dere planer om andre typer «kalkulatorer»?*

– Nei.

Du finner kalkulatoren på www.sykepleierforbundet.no under menyen: Lønn og arbeidsvilkår. På venstre side velger du temaet arbeidstid. ■■■

TEST PASIENTENE: ER DE MUNNTØRRE?

Her er symptomene:

- Såre, sprukne slimhinner
- Sviende fornemmelse i munnen
- Ubehag ved å snakke, spise og svelge
- Dårlig ånde
- Hull i tennene

Sykdom, medisiner, alder og livsstil kan gi munntørret

Det kan være mange årsaker til munntørret. Likevel er det få som er klar over at munntørret kan gi fysiske plager og være sosialt hemmende. Er du helsepersonell, spør pasientene dine om symptomene og sørg for at de får hjelp. Xerodent fremmer spyttsekresjonen, forebygger karies og hemmer bakterievekst i munnhulen.

***FØRSTEVALGET**

Bestill smaksprøver og brosjyrer på e-post:
kundeservice@actavis.no eller tlf: 815 22 099 (man-fre 9-15)

Xerodent® - mot munntørret

Xerodent sugetabletter er et legemiddel som inneholder natriumfluorid. Forsiktighet bør utvises ved naturlig fluorinnhold i drikkevannet over 0,75 mg/l. Fluordosen i sugetablettene virker sammen med fluor fra andre produkter som tannkrem og skyllevæsker. Les pakningsvedlegget.

*Kilde: Den norske tannlegeforening "Tidende", 2005; 115: 642 - 6



Det gode liv uten arbeid

– Myndighetene har en overdreven tro på at det beste for helsen er å stå lenge i arbeid. For mange er tidligpensjon det beste helserådet.

Tekst Bjørn Arild Østby Foto Erik M. Sundt

Da Knut Halvorsen fylte 65 år valgte professoren ved Avdeling for samfunnsfag, Høgskolen i Oslo, å gå ned i 60-prosentstilling kombinert med afp. Den ekstra fritiden har han blant annet benyttet til å skrive boka «Førtidspensjon. Valget er ditt».

Som følge av pensjonsreformen fra 2011 vil hundretusener kunne velge å tidligpensjonere seg de nærmeste årene.

En ny start

Halvorsen har drevet forskning på eldre yrkesaktive og nedtrapping fra arbeidslivet siden 1970-tallet, og synes mye av dagens diskusjon er historieløs.

– Diskusjonen om fremtidens pensjonsordning har i all hovedsak vært opptatt av økonomi. Vi har blitt utsatt for en omfattende misjonering for den såkalte arbeidslinjen. At det skal lønne seg å stå lengst mulig i arbeid. Jeg etterlyser en diskusjon om hvordan den enkelte kan forberede seg på pensjonstilværelsen, sier Knut Halvorsen.

Professoren er også skeptisk til Senter for seniorpolitikk (SSP) som han opplever er for ensidig opptatt av å få folk til å stå i arbeid.

– Du har liten sans for påstanden om at ledigang er roten til alt ondt når det gjelder eldre?

– En del eldre mennesker vil få betydelig bedre livskvalitet av å førtidspensjonere seg enn

Å skrive denne boka har også vært en form for selvtterapi, innrømmer Halvorsen.

Nok av oppgaver

Det er mange måter å takle overgangen til pensjonstilværelsen, ifølge Halvorsen. Selv opplevde han det som en frihetsopplevelse å trappe ned.

– I tillegg til muligheten til en sunnere livsstil, er det nok av oppgaver å engasjere seg i hvis man ser seg rundt. Man får tid til å prioritere barn, familie, egen helse, frivillig arbeid, dugnadsarbeid, dyrke vennskap, reise, lese ...

Flere i den aktuelle aldersgruppen får foreldre med omsorgsbehov. Her kan førtidspensjonering være med på å avlaste det offentlige, mener Halvorsen.

– Å få pensjonspoeng for å ta seg av sine nærmeste er en av de positive tingene ved den nye pensjonsreformen.

Mangel på arbeidskraft

– Fram til 2050 vil det ifølge beregninger bli dobbelt så mange over 67 år. Hva med framtidens arbeidskraft hvis mange førtidspensjonerer seg?

– Jeg mener arbeidsgivere og myndigheter svartmaler situasjonen. Arbeidsgiverne har interesse av at flest mulig står lengst mulig i jobb. Da blir det økt tilgang på arbeidskraft og

Førtidspensjon?

10 grunner til å velge førtidspensjon:

- › 1. Jeg har økonomi til å gå ned i inntekt.
- › 2. Jobben interesserer meg ikke lenger.
- › 3. Jeg er trøtt og sliten av jobben.
- › 4. Helsen min tilsier at jeg bør gå av tidlig.
- › 5. Arbeidsgiver/kolleger forventer at jeg går av tidlig.
- › 6. Jeg ønsker mer frihet til å gjøre andre ting.
- › 7. Nærmeste familie trenger min omsorg.
- › 8. Jeg ønsker å hoppe av forbrukerkarusellen og leve et enklere liv.
- › 9. Jeg ønsker å realisere mine drømmer.
- › 10. Jeg vil engasjere meg i frivillig arbeid.

Kilde: Knut Halvorsen
«Førtidspensjon. Valget er ditt».

Arbeidskraftreserven finnes mener Halvorsen, og viser til 70 000 arbeidsledige, 75 000 uføre som ønsker å bidra i arbeidslivet, 10 000 som jobber ufrivillig deltid og ikke minst i innvandrergruppen.

– Samfunnet som helhet trenger ikke være bekymret, konkluderer han.

– Hva med pleie og omsorg?

– Ja, det er en spesiell utfordring at de unge velger seg bort fra pleie og omsorg, og inn i jobber som ikke har samfunnsnytte. Dette er en konsekvens av at markedskreftene får styre. Det er en politisk utfordring å vri arbeidskraften dit den trengs. Å redusere det private forbruket til fordel for økt offentlig forbruk, mener Halvorsen.

Betaler selv

– Har samfunnet råd til at folk førtidspensjonerer seg i en alder av 62 år?

– Folk kan ta førtidspensjonering med den aller beste samvittighet. De betaler selv prisen i form av mindre pensjon gjennom levealdersjustering, som innebærer at når forventet antall leveår øker, så går den årlige pensjonen ned. I tillegg kommer indeksering som betyr at pensjonen vil bli justert i takt med lønnsutviklingen, men med et fratrekk på 0,75 prosent, sier Halvorsen.

– I Norge har vi tatt ut produktivitetsøkningen i økte lønnsinntekter. Vi har fått utvidet ferie, men det er lenge siden vi har gjort noe med arbeidstiden. Jeg mener samfunnet godt kan tåle å ta en større del av produktivitsveksten i arbeidstidsreduksjon på slutten av livet – i stedet for å ta det ut i stadig lønnsinntekter.

Gradvis nedtrapping

Halvorsen anbefaler en gradvis nedtrapping.

– Gradvis nedtrapping er imidlertid ingen rett for arbeidstaker. Det må avtales med arbeidsgiver, som har siste ordet, sier Knut Halvorsen. ■

«Mulighet til å trykke på startknappen en gang til.»

Knut Halvorsen



å fortsette i jobben. Forskning viser også at de som går av tidligere, og som er friske, lever lenger. Det er først og fremst snakk om å fylle den nye fritiden med andre meningsfulle oppgaver. Førtidspensjonering gir mulighet til å trykke på startknappen en gang til.

press på ikke å øke lønningene. I tillegg er skattesystemet utformet slik at staten får økte skatteinntekter og mindre offentlige utgifter hvis flest mulig står lenger i jobben. Det fleste synes å ha glemt at arbeidskraftbehovet var større på 1960- og 1970-tallet enn i dag, sier Halvorsen.

Dine tenner vil tilgi at vi maser:
**Ta Flux i alle
livets faser!**



www.fluxfluor.no foto: gettyimages/Johner

Nyhet!

Flux Junior
fra 6 år



- ✓ Forebygger hull
- ✓ Styrker tannemaljen
- ✓ Hemmer bakterievekst
- ✓ Uten alkohol og parabener

Nyhet!

Flux 0,2%
ekstra
beskyttelse



- ✓ Forebygger hull og ising
- ✓ Styrker tannemaljen
- ✓ Gir sterkere tenner
- ✓ Uten alkohol og parabener

Nyhet!

Flux Klorhexidin
forebygger



- ✓ Plakk
- ✓ Irritert tannkjøtt
- ✓ Karies
- ✓ Uten alkohol og parabener

FLUX

God tannhelse for hele familien

www.fluxfluor.no

Rød på ledelse

Sykepleiernes tillitsvalgte ved Akutt klinikken på Oslo universitetssykehus er bekymret for sine ledere. Enkelte seksjonsledere har i dag personalansvar for opptil 100 ansatte.

Tekst og foto Bjørn Arild Østby

Et felles opprop til klinikkleder ved Akutt klinikken krever samtlige NSF-tillitsvalgte en tydeligere ledelsesorganisering. Det vil bli avholdt møte med klinikkledelsen om kort tid.

Bakgrunnen for oppropet er den nye organiseringen ved Akutt klinikken med kun fire ledernivåer. Det betyr at det laveste ledernivået i dag er seksjonsleder. Enkelte av dem har personalansvar for opptil 100 ansatte.

- Det sier seg selv at dette gjør det vanskelig å utøve god ledelse, sier NSFs hovedtillitsvalgt og klinikkertillitsvalgt Kirsten Hagen.

Hun mener også det er helt feil å svekke det nivået som står nærmest pasientene og de ansatte, og mener det er mye å hente på satse på å formalisere og tydeliggjøre ledelse på seksjonene.

Flere pålegg

Ullevål universitetssykehus fikk i forbindelse med arbeidsmiljøkampanjen «God vakt» pålegg fra arbeidstilsynet fordi det ikke var samsvar mellom oppgaver som skulle utføres og de ressurser som ble stilt til rådighet. Avdelingssy-

organiseringen av Akutt klinikken ble vedtatt for ett år siden. Selv om all erfaring viser at for å kunne utøve god ledelse så bør en leder ikke ha ansvar for mer enn 25 ansatte, har de enkelte seksjonslederne i dag fått ansvar for mellom 50 og 60 ansatte. Noen også helt opp i 100, sier Kirsten Hagen.

Hun mener dette umuliggjør god personalledelse, og viser til en risikovurdering som ble gjort i forbindelse med omstillingen i OUS. Her skriver Arbeidsmiljøutvalget at «De ansatte er bekymret for utfordringene for lederne, mange har et for stort lederspenn med mange ansatte, og fordelt på flere lokalisasjoner som gjør at det er lite tilstedeværelse.»

- Situasjonen er også kritisk i forhold til alle de nye oppgavene lederne skal utføre. Den siste risikovurderingen viser at Akutt klinikken er rød på ledelse. Alt for rød. Den er også rød på balansen mellom oppgaver og ressurser. Og det er store utfordringer knyttet til informasjon og kommunikasjon. Å gjeninnføre et formelt ledernivå på avdelingene vil være et viktig grep for å løse disse utfordringene, mener NSFs hovedtillitsvalgt.

«Mye kan delegeres, men ikke personalledelse.»

- En konsekvens av opprettelsen av det nye Oslo universitetssykehus (OUS) er at lederne blir pålagt stadig flere oppgaver. Det er et paradoks å redusere antall ledere samtidig som oppgavene blir flere, sier Hagen.

sykepleierne ble trukket fram som ekstra utsatt, fordi de fikk stadig nye oppgaver samtidig som det ble gjennomført innsparinger ved sykehuset.

- Dette ble det ikke tatt hensyn til da den nye

Uformelle ledere

- Uten formelle ledere på postsnivå må seksjonsledere støtte seg på ledende spesialsykepleiere, som får delegert oppgaver uten myndighet. Dette gjør det utydelig for de ansatte hvem som har ansvar for hvilke oppgaver, i tillegg til å bidra til å pulverisere den formelle leders totalansvar og oversikt, sier Hagen.

Det er de ledende spesialsykepleierne som daglig er synlig i driften. Det er de personalet henvender seg til, og det er de som har medarbeidersamtaler. Flere av dem ivaretar også forskjellige driftsoppgaver. De blir oppfattet som ledere, mens de i virkeligheten står uten myndighet og formell lederansvar.

- Dette rimer dårlig med klinikkledelsens ønske om at det skal være tydelig for de ansatte hvem som er deres leder. Den nye organisering-

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

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

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

gen har ført til det motsatte, nemlig å utydeliggjøre hvem som har personalansvar, sier NSF's hovedtillitsvalgt.

Viktig ressurs

Ansatte blir stadig trukket fram som den viktigste ressursen ved sykehuset. Og med rette mener Hagen.

- Men for å kunne forvalte denne ressursen på best mulig måte spiller ledere en helt avgjørende rolle. Mye kan delegeres, men ikke personalledelse. Slik situasjonen har utviklet seg ved OUS er det mange ansatte som ikke har hatt medarbeidersamtaler på flere år, eller fått annen oppfølging av sin personalansvarlige.

Hagen er også bekymret for konsekvensene på litt lengre sikt når sykehuset skal rekruttere nye medarbeidere.

- Det kan bli vanskelig å stille kompetansekrav og få rekruttert ledende spesialsykepleiere når de også blir forventet å fungere som uformelle ledere.

Hovedtillitsvalgt mener det er helt feil å svek-



Akuttlinikken ved OUS

- ▶ Akuttlinikken er en serviceklinikk som behandler pasienter tilhørende alle ni klinikkene i OUS.
- ▶ Akuttlinikken har lands-, regionsfunksjoner og lokalsykehusfunksjoner.
- ▶ Klinikken har virksomhet ved Aker sykehus, Rikshospitalet, Radiumhospitalet og Ullevål sykehus.
- ▶ Akuttlinikken har vel 2 300 ansatte.

Kilde:
Oslo universitetssykehus

ke nivået som står nærmest pasientene og de ansatte. Det vil gå ut over kvaliteten og svekke pasientsikkerheten.

- Ønsket om å redusere antall lederstillinger

av økonomiske grunner må ikke gå på bekostning av god personalledelse. Dette er også viktig for å redusere turnover blant ansatte og skape et bedre arbeidsmiljø, sier Kirsten Hagen. ■■■



Nyhet: Nå kan du gi pasientene dine nyttig informasjon

Decubal Plus er helt gratis og har mange gode råd om pleie av tørr hud for alle som ønsker å vite mer

I Decubal Plus får du:

- Grundig veiledning om produktvalg og hvordan produktene skal brukes
- Tilgang til ekspertpanelet vårt
- E-mails med mange gode råd for best mulig pleie av tørr hud

Meld deg inn på decubalpluss.no nå!

Ønsker du gratis brosjyrer til pasientene dine? Send en mail til kundeservice@actavis.no

Det er 13 produkter i serien



Decubal Intensive Cream

Decubal Body Cream

Fås kun på apoteket

DECUBAL
EXPERT CARE FOR DRY SKIN

Sykepleiere kan kreve tolk

Halvparten av helsepersonellet bruker pasientens familie eller venner når de har behov for tolk i pasientkommunikasjonen. Det er så nært et lovbrudd som det går an å komme.

Tekst **Eivor Hofstad** Illustrasjon **Birgitte Reff Kolbeinsen**

Nasjonalt kompetanseenhet for minoritets-helse (NAKMI) ga i 2006 ut rapporten «Vi tar det vi har», som viste at det er et underforbruk av profesjonelle tolker i helsesektoren i Oslo. Rundt halvparten av helsepersonellet i primær- og spesialisttjenesten oppga at de hadde behov for tolk under kommunikasjon med fremmedspråklige pasienter.

Det samme fant Avdeling for helseledelse og helseøkonomi på Universitetet i Oslo i 2009 da de sjekket alle sykehusene i Helse Sør-Øst samt fastleger i Sagene bydel i Oslo. Her gikk det også fram at 13 prosent benyttet mindreårige familiemedlemmer ofte eller av og til, noe som er et lovbrudd.

Psykologspesialist Emine Kale gjennomførte

sikret tolk. Selv om ikke ordet tolk står eksplisitt i lovverket, holder det å henvise til helsepersonell- og pasientrettighetsloven, der det står utførlig om helsepersonells ansvar for å veilede og gi informasjon til pasienten. Også forvaltningsloven omtaler veilednings- og informasjonsplikten.

– Den enkelte helsearbeider har ifølge disse lovene et selvstendig og formelt ansvar for å tilkalle profesjonell tolk ved behov. Begge parter skal forstå det som blir sagt mellom helsepersonell og pasient, sier Kale.

– *Hva skal sykepleiere i spesialist- og primærhelsetjeneste gjøre når ledelsen henviser til at det ikke finnes midler å bruke til tolk?*

– Sykepleiere må stille det som et faglig krav. Får de ikke tolk, får de heller ikke gjort jobben sin i henhold til helsepersonell- og pasientret-

I den nevnte undersøkelsen fra Universitetet i Oslo i 2009, kom det fram at 80 prosent ikke kjenner tolkens kvalifikasjoner og 87 prosent kjenner ikke til om tolken behersker medisinsk terminologi. Men likevel sier 56 prosent at de har faste rutiner for å sjekke tolkens kvalifikasjoner.

– Det er helsesektoren selv som er ansvarlig for kvalitetssikring, bestilling og betaling av tolk i de tilfeller sykepleiere har behov for tolk, sier Kolstad Zehouo.

IMDI anbefaler kun å bruke tolker med dokumenterte kvalifikasjoner. Disse kan man finne i Nasjonalt tolkeregister som ligger på www.tolkeportalen.no. Her er tolkene oppdelt i fem kategorier (se faktaboks), avhengig av kvalifikasjon, der kategori én er best og kategori fire og fem ses på som rekrutteringskategorier.

– Man bør velge fra øverste kategori, og så bevege seg nedover i hierarkiet hvis man ikke får tak i noen fra de øverste. Kategori fem er de som har tatt en tospråklig test og et helgekurs i tolkeetikk og -teknikk. Testen brukes mer som en utlusing, omtrent som å ta en synstest for en pilot. På sikt ønsker vi tolker kun i de øverste tre kategoriene, sier Kolstad Zehouo.

Ikke råd til tolk

Trang økonomi gjør ofte at kommuner og sykehus må velge mellom helsetjeneste eller tolk. Men det går an å tenke nye organiserings- og finansieringsmodeller, slik de blant annet har gjort i Helse Sør-Øst. Der har de i år innført en ny finansieringsmodell som tar hensyn til at tolking koster.

I den nevnte undersøkelsen fra Universitetet

«Trang økonomi gjør ofte at kommuner og sykehus må velge mellom helsetjeneste eller tolk.»

undersøkelsen fra NAKMI. 1 290 spørreskjemaer ble sendt ut, hvorav 453 ble besvart.

– Den lave svarprosenten gjør at resultatene bør tolkes med forsiktighet. Men vi kan få pekepinner om tendenser. Jeg tipper at disse tallene er nokså like eller muligens verre i resten av landet, hvor det er dårligere tilgang på kvalifiserte tolker, sier hun.

Lovkrav

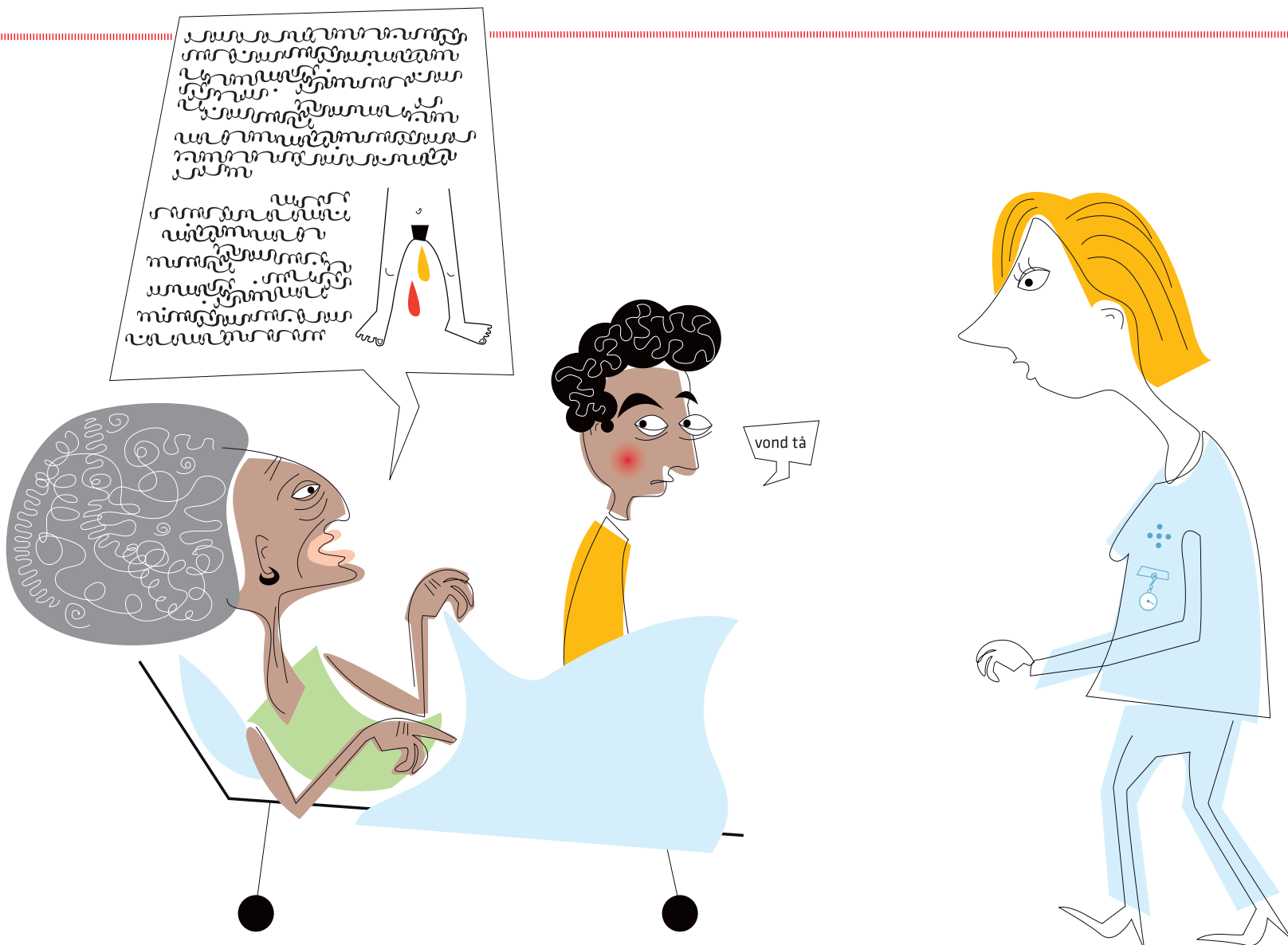
Sykepleiere kan med loven i hånd kreve kvalitets-

tighetsloven, sier rådgiver Liv Kolstad Zehouo ved Integrerings- og mangfoldsdirektoratet (IMDI).

IMDI er den nasjonale fagmyndigheten for tolking i offentlig sektor.

Kvalifiserte tolker

I Nasjonalt tolkeregister er det registrert 1146 tolker i 66 språk. Halvparten av dem har tolkeutdanning (minimum 30 studiepoeng) og/eller statsautorisasjon i tolking.



i Oslo, kom det fram at det foruten tolkeutgifter også blir dyrt for sykehusene fordi konsultasjonen tar lengre tid, noe som gir reduserte inntekter. 24 prosent anslo 0–10 minutter lengre, 41 prosent anslo 10–20 minutter lengre og 36 prosent anslo at konsultasjonen tok over 20 minutter lengre tid med tolk til stede. Også fastlegene i kommunen rapporterte om økt tid til konsultasjon.

– I tillegg benyttet fastlegene lite statsautoriserte tolker og bukte antakelig familie over 18 år mer enn sykehusene, forteller Terje P. Hagen ved avdeling for helseledelse og helseøkonomi ved Universitetet i Oslo.

Han har vært med å utarbeide den nye finansieringsmodellen for Helse Sør-Øst, der i overkant av 200 millioner kroner fordeles for 2010 til dekking av merkostnader ved behandling av ikke-vestlige innvandrere. I fjor ble det benyttet 20 millioner til tolketjenester.

– Dette er ikke «friske» penger, men fordeles mellom helseforetakene på en måte som tar hensyn til befolkningens etnisitet, sier han.

Pool av tolker

– Hva skal kommuner som sliter med økonomien gjøre?

– Kommunene har ansvar for å dekke disse kostnadene innenfor sine rammer. Tolketjenester må derfor være en del av den ordinære prioriteringsdiskusjonen i kommunene.

– Hva med distriktskommuner som gjerne har dårlig tilgang på tolker, men likevel kan ha en stor andel flyktninger i befolkningen, som for eksempel Vadsø i Finnmark?

– Det gjelder mange steder, også i Helse Sør-Øst hvor vi gjennomførte prosjektet. Vi skisserte flere ulike løsninger på dette. Den mest aktuelle løsningen er en sentral pool av tolker som yter tolketjenester via en skjerm eller i nødsfall via telefon. For Nord-Norge er det kanskje ikke urimelig å bygge opp en slik pool i Tromsø.

Det synes Manuela Ramin-Osmundsen er en god idé. Hun er leder av Mangfold og likeverd ved Akershus Universitetssykehus, samt av SOHEMI, som er Helsedirektoratets rådgivende forum for sosial- og helsetjenester ved migrasjon.

– Flere land har de samme utfordringer som

oss, men de har slike pooler med tolker. Når nasjonal helseplan legges fram nå i midten av oktober, forventer vi å se at fokus på innvandreres behov nevnes eksplisitt, herunder tolk og kommunikasjon, sier hun. ■■■

Tolkenivå

På tolkeportalen.no finnes Nasjonalt tolke-register. Her er tolkene delt inn i fem nivåer, hvor en er best.

- ▶ **Nivå 1:** Statsautorisert tolk med tolkeutdanning.
- ▶ **Nivå 2:** Statsautorisert tolk.
- ▶ **Nivå 3:** Tolkeutdanning (minimum 30 studiepoeng).
- ▶ **Nivå 4:** Statsautorisert translator eller fagoversetter.
- ▶ **Nivå 5:** Har bestått Tospråklig test (ToSPoT) og gjennomført kurset Tolkenes ansvarsområde (TAo).

Utdanning for framtiden

Sykepleierutdanningen må belage seg på endringer. Regjeringen har ambisjoner.

Tekst **Marit Fonn**

Arbeidet med å utvikle utdanning for bedre velferdstjenester startet 30. september på et møte i Oslo der ulike parter var invitert.

Fire departementer skal samarbeide om det som skal bli en stortingsmelding høsten 2011.

– Vi skal sikre at helse- og sosialsektoren har tilgang på kompetent personell, sa forskningsminister Tora Aasland og lovet å lytte til organisasjonene i arbeidslivet.

– Vi må gjøre disse yrkene attraktive, la hun til.

spurte hun og viste til at legestudentene i dag har nesten all praksis på sykehus.

– De må mer i kommunene, fastslo hun.

Praksissjokk

KS-direktør Sigrun Vågang ønsket seg flere unge menn i velferdsyrkene. Og flere som ikke er etnisk norske.

Unio-leder Anders Folkestad kalte arbeidet en «storhending».

– Det er flott at dere har så store ambisjoner ved å satse på utdanning fra videregående nivå til doktorgrad, sa han,

«Mange ser ikke en faglig veileder på flere uker.» *Studentleder Anne Krine Nymoen*

Antall studieplasser og navn på gamle eller nye yrkesgrupper var ikke temaet denne dagen. Ordene samhandling og tverrfaglig gikk derimot igjen.

Kommune-glade

– To tredeler av ressursene i helsevesenet er personell, sa statssekretær i Helsedepartementet Ragnhild Mathisen.

Ikke overraskende viste hun til samhandlingsreformen og at helsetjenestene i økende grad må leveres der folk bor, altså i kommunene. Forebygging skal styrkes og innsatsen må vris fra spesialist- til kommunehelsetjeneste.

– Eldrebølge, fedme, diabetes, kols, rus og psykiatri er utfordringer som kommunene må ta tak i, også i samhandling med sykehusene. Vi skal også sikre full sykehjemsdekning, sa Mathisen.

– Har vi den rette praksisordningen?

og la til at for mye samhandling fort kan bli sammensausing.

Studentleder Anne Krine Nymoen fortalte at de fleste tilbakemeldingene fra studenter handler om praksissjokket:

– Mange ser ikke en faglig veileder på mange uker.

Leder i Norsk Sykepleierforbund Lisbeth Normann fortalte statsrådene at 63 prosent av sykepleierne har en eller flere spesialistutdanninger.

– Og vi skal ivareta stadig mer spisskompetanse i sykehusene. Så husk videreutdanningene, ba hun.

Hun ba dem også ta hensyn til at mange i helsetjenesten er omstillingstrøtte.

– Jeg håper dere vil være tydelig og åpne og ta politisk ansvar, så ikke det blir fagmiljøene som må ta ansvar, sa Normann. ■■■



AKTROMMET.NO
-nettbutikk for helsearbeidere



Calcigran Forte 1000mg/800IE

NYCOMED

Kalsium + vitamin D

Basis i all osteoporosebehandling^{1,2}



1) Faglige Retningslinjer for forebygging og behandling av osteoporose og osteoporotiske brudd, SHDIR 2005
2) Rizzoli R. et al, BONE 2008; 42(2) s.246-49

C Calcigran Forte Nycomed Pharma

ATC-nr.: A12A X-

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

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

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

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

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

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

tas minst 3 timer før inntak av Calcigran Forte pga. risiko for redusert absorpsjon. Oksalsyre (finnes i spinat og rabarbra) og fytinsyre (finnes i hele korn) kan danne uopsløselige forbindelser med kalsiumioner og dermed hemme kalsiumabsorpsjonen. Kalsiumpreparater og mat med høyt innhold av oksalsyre eller fytinsyre bør tas med 2 timers mellomrom.

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

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

Overdosering/Forgiftning: Overdosering kan føre til hypervitaminose og hyperkalsemi. Symptomer: Anoreksi, tørste, kvalme, oppkast, forstoppelse, magesmerter, muskelsvekkelse, tretthet, mentale forstyrrelser, polydipsi, polyuri, smerter i benvev, nefrokalsinose, nyresten og i alvorlige tilfeller hjertearytmier. Ekstrem hyperkalsemi kan føre til koma og død. Vedvarende høye kalsiumnivåer kan føre til irreversible nyreskade og kalsifisering av bløtvev. Behandling: Behandlingen med kalsium og vitamin D må opphøre. Behandling med tiaziddiuretika, litium, vitamin A, vitamin D og hjerteglykosider må også opphøre. Magetømming hos pasienter med nedsatt bevissthet. Rehydrering og, avhengig av alvorlighetsgrad, isolert eller kombinert behandling med loopdiuretika, bisfosfonater, kalsitonin og kortikosteroider. Elektrolytter, nyrefunksjon og diurese skal overvåkes. I alvorlige tilfeller bør EKG og CVP (sentralt venetrykk) overvåkes. Se Giftinformasjonens anbefalinger for kalsiumkarbonat A12A A04 og vitamin D3 A11C C.

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

Pakninger og pris pr.01.07.2010
500 mg/400 IE: 100 stk. (boks) kr 141,20.
1000 mg/800 IE: 60 stk. (boks) kr 195,80.

Sist endret: 20.04.2009

Calcigran Forte®
STERK KOMBINASJON FOR STERKE BEIN

NSF vant i retten

Oslo universitetssykehus (OUS) må betale 160 000 kroner i overtid til 23 sykepleiere ved gastrokirurgisk avdeling ved Ullevål.

Tekst Kari Anne Dolonen Foto Erik M. Sundt

Lagmannsretten ga 23 sykepleiere ved gastrokirurgisk avdeling, Ullevål, full seier over Oslo universitetssykehus. Saken startet etter ferieavviklingen i 2006 da 23 sykepleiere ved gastrokirurgisk avdeling jobbet i turnus som ikke var godkjent og avtalt gjennomsnittsberegnet av tillitsvalgt for NSF.

Sorte «hull»

Begrunnelsen for at NSF ikke ville godkjenne turnusen, var mange såkalte huller i turnus. De tillitsvalgte vurderte at det ville føre til økt arbeidsbelastning på sykepleierne i avdelingen.

Sykehuset har tapt saken i tingsretten tidligere, og nå i lagmannsretten. Nå må syke-

huset betale sykepleierne overtid i overkant av 160 000 kroner.

– For NSF er dette en viktig prinsippsak, og dommen gir oss medhold på flere områder hvor vi over tid har vært uenige med arbeidsgiver. NSF på OUS er glad over denne anerkjennelsen av tillitsvalgtes rolle, samt arbeidstakers rettigheter i forbindelse med iverksetting av turnusplaner. Dersom OUS ikke anker saken, kan dommen få konsekvenser for andre saker som nå ligger på «behandlingsvent» til denne saken er ferdig i rettssystemet, sier NSF's foretakstillitsvalgt Merete Norheim Morken.

Gratulerer

NSF's forbundsleder Lisbeth Normann gratulerer de 23 sykepleierne som hun mener er



PRINSIPPSAK: – For NSF er dette en viktig prinsippsak, sier foretakstillitsvalgt Merete Norheim Morken.

modige som har frontet saken.

– De har kjempet en sak ikke bare for seg selv, men for alle som jobber i skift eller turnus, sier Normann.

Hun mener saken slår fast at arbeidsgiver ikke kan hoppe bukk over sykepleiere og tillitsvalgte når det skal avtales turnus.

Konsekvensen av manglende avtale med tillitsvalgte, er at hver arbeidsuke ikke skal overstige 35,5 timers uke. I denne saken har det betydning at sykepleierne har rett på overtidsbetaling for alle timer utover den normale arbeidstid på 35,5 timer.

Sykepleien har prøvd å få kommentar fra sykehuset, men de vil ikke kommentere dommen før de har fått gått igjennom den og bestemt seg for om de skal anke saken. ■■■

Bli kvitt briller og linser

Er du nærsynt, langsynt eller har du skjeve hornhinner?

Laser kan være løsningen. Vi har laserkorrigert synet til en rekke sykepleiere.

I oktober og november tilbyr vi

10% RABATT
på alle typer laserkorreksjoner hos oss

Kontakt oss i dag for en gratis og uforpliktende forundersøkelse

Tlf: 73 80 74 00 - E-post: info@brillefri.no



TRONDHEIM
ØYELEGE
SENTER AS

WWW.BRILLEFRI.NO

Weifa



KD1 Bates Dialog © Foto: 1-images.no PAR 09/28

Når hodepinen forsvinner, kommer leselysten tilbake

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

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



Effektiv mot smerte, snill mot magen

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

Ikke glem bort
de gode HMS-idéene



men;

Meld deg på KLPs Arbeidsmiljøpris 2010 og kampen om 100.000 kroner. KLP ønsker å vise frem de gode HMS-idéene som kan inspirere og være til nytte for andre. Derfor deler vi ut hvert år tre priser på 100.000 kroner. Vi premierer de beste prosjektene for bedre arbeidsmiljø innen helseforetak, kommuner og bedrifter.

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

kLP
for dagene som kommer

Kjersti Lund Olsen

Alder: 46 år

Aktuell som: Sykepleier og leder av stiftelsen Robert Lunds Minnefond for Tobakkens ofre.

Kjersti Lund Olsen er Robert Lunds datter. Hun er uroterapeut på Orkdal sykehus.

BAKGRUNN:

I oktober var det ti år siden Robert Lund døde. Lund gikk til søksmål mot Tiedemanns Tobaksfabrik fordi han fikk lungekreft etter lang tids røyking. 5. oktober markerte minnefondet saken med temadag i Det Norske Teatret.

Vil ha ny blest om røykesaken

Hva skjedde med din far?

– Han fikk lungekreft i 1996 og gikk til søksmål mot Tiedemanns Tobaksfabrik for skaden han ble påført for å ha røykt rulletobakk i femti år. Han røykte 20 om dagen.

Hvordan gikk det i retten?

– Han tapte. Den endelige dommen kom tre år etter at han døde, men han var med i første rettsrunde. Men vi tapte også i lagmanns- og høyesterett.

Hvorfor ble minnefondet opprettet?

– En mann som fulgte saken, ble forbannet. Han syntes ikke det var rett at familien risikerte økonomisk ruin for den viktige prinsipielle rettssaken.

Og nå er du leder?

– Ja, det har jeg vært i mange år. Først var jeg nestleder. Nå er datteren min nestleder.

Er tobakksindustrien fortsatt hovedfjenden?

– Ja. Mange unge begynner med snus, som også inneholder kreftfremkallende stoffer. Mange røykere går over til snus, blir avhengig av det i stedet.

Din far visste ikke at røyking var skadelig, men fikk ikke medhold. Må man ikke selv ta ansvar for røykeskader?

– På femtitallet røykte 70 prosent av legene. Far sa at det var stas å røyke. Reklameforbudet kom ikke før i 1975. Nå er vi i en helt annen tid. Men mange unge vet ikke hvor avhengighets-skapende tobakk er.

Hva driver minnefondet med?

– Vi prøver å nå ut til barn og unge: Vi lager brosjyrer. Boken «Århundrets bedrag» er ny. Vi har nettopp laget en film beregnet for ungdomsskoleelever.

Full av skrekkpropaganda?

– Nei da. Den er litt artig. Men med en alvorlig undertone.

Har du selv røykt?

– Ja. I yngre dager. Jeg kan ikke lyve heller.

Holdninger om røyking har endret seg enormt siden din far levde. Er dere egentlig aktuelle?

– Absolutt. Jo flere aktører, jo bedre. Vi kan ikke slå oss til ro med at antallet røykere er gått ned. Vi burde ha kommet enda lenger.

Hvorfor markerte dere tiårsdagen for din fars død?

– Vi ønsket å se oss litt tilbake og hedre min fars minne. Og vi ville få litt blest om saken igjen.

Hvordan gikk det?

– Over all forventning. Store kapasiteter, som jusprofessor Asbjørn Kjønstad, holdt foredrag.

Hvem hørte på?

– Familiemedlemmer, folk fra røyketelefonen, landslaget mot tobakksskader, kreftregisteret, astma- og allergiforbundet ...

Noen fra tobakksindustrien?

– Nei. De var ikke invitert. Det er ingen tobakksindustri i Norge i dag.

Får du brukt sykepleieren i deg i dette arbeidet?

– Jeg forstår hva forebygging betyr for folks helse. Jeg vet hvor vanskelig det kan være å kutte røyken. På jobb møter jeg folk som har blitt syk av røyking, for eksempel kols-pasienter. Men jeg har ikke moralprekener, altså.

Ikke det?

– Nei, det blir feil. Men jeg ber dem gjerne snakke med fastlegen for å få hjelp til å slutte å røyke.

Ellers noe?

– Sigarett- og tobakkspakkene burde vært bedre merket. Vi vil verne barn mot passiv røyking. Og mot tredje-håndsrøyking.

Hva er det?

– Det skjer når røyken henger igjen i gardiner, eller i røykerens klær.

Hvor mye røyker sykepleierne?

– Ganske mange røyker, har jeg registrert. Men jeg har ingen tall.

Tekst Marit Fonn

Foto Erik M. Sundt



Tema Eldreomsorg

30 Kommunene har ikke råd >

34 Stolt over å jobbe på sykehjem >

36 5 i fylket >

SUKSESS: Glemmen undervisnings-
sykehjem er på rett vei inn i fremtiden.
Tung satsing på fag og samarbeid med
fagmiljøer gjør sykehjemmet bedre rustet
når eldrebølgen slår inn.



Regnestykket so

Årlig behov

3 000

Frem til 2015 trengs
15 000 flere syke-
pleiere i sykehjem
og omsorgsboliger.

Foreløpig kommer
350 nye per år.

Faktisk tilgang

350

m ikke går opp →

«Kommunene har ikke råd.

Regjeringen lover at innen 2015 skal alle som trenger det få godt faglig bemannet heldøgns omsorg. Beregninger Sykepleien har gjort tyder på at det er helt urealistisk.

Tekst Bjørn Arild Østby Foto Erik M. Sundt

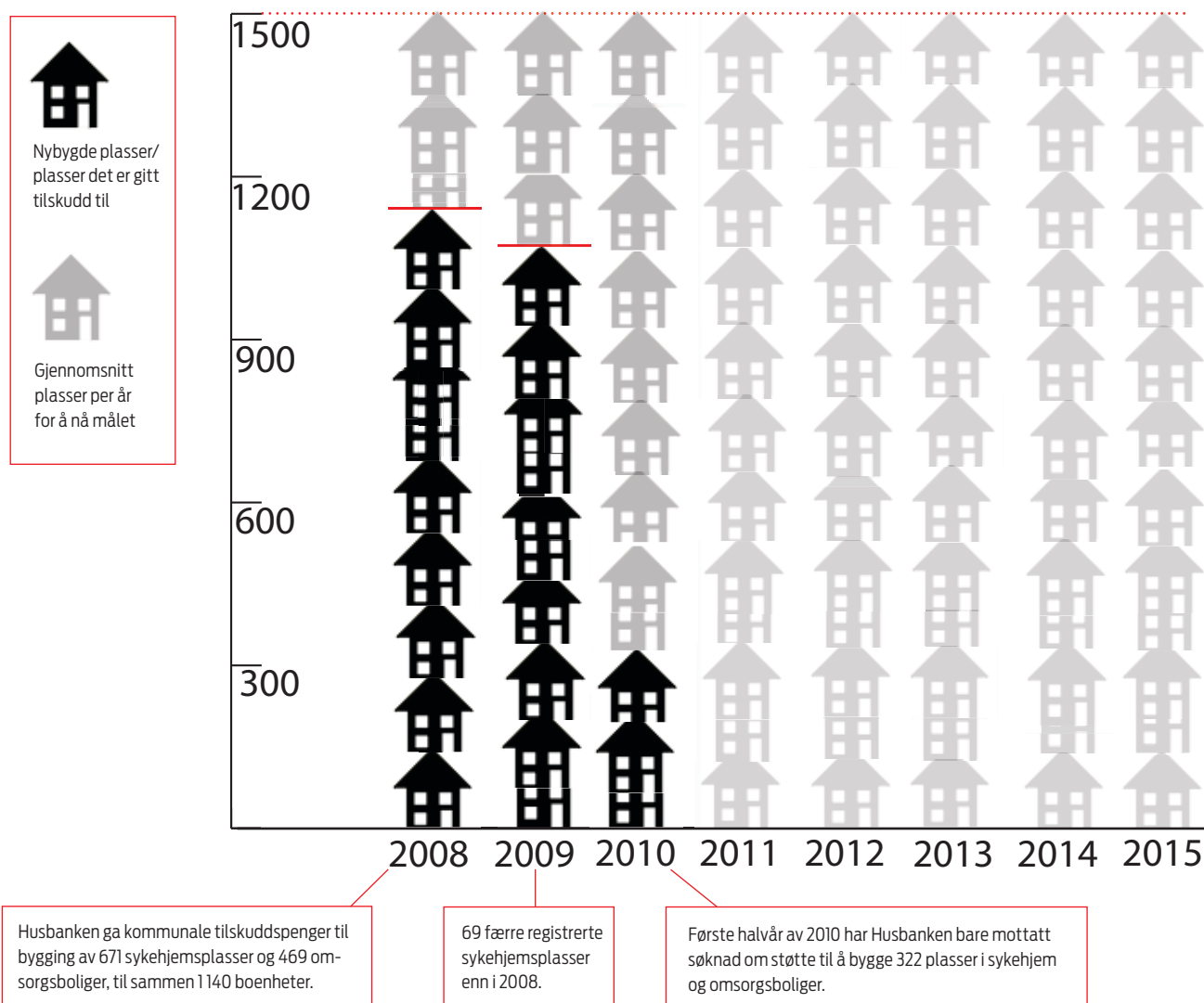
Når eldrebølgen for alvor slår inn over Norge fra 2020, skal de eldre kunne surfe inn i tilrettelagte omsorgstilbud, godt bemannet med fagutdannet personell.

Optimismen er det ingen ting å utsette på. I en uttalelse fra landsstyret i midten av september lover

Arbeiderpartiet på vegne av regjeringen en trygg eldreomsorg til alle innen 2015.

«Vi vil sørge for at alle som etter en faglig vurdering trenger sykehjemsplass eller heldøgns omsorgsplass skal få det. Dette er det neste store løftet for det norske velferdssamfunnet. Dette er den viktigste oppgaven framover», heter det i uttalelsen. Og

Figur 1. 12 000 nye plasser i sykehjem og omsorgsboliger fram til 2015





FRAMTIDA: Glemmen sykehjem i Fredrikstad kan stå som eksempel på framtidens eldreomsorg, mener beboer Ernst Eriksen og omsorgsarbeider Hilde Martinsen.

regjeringen er ikke i tvil om resultatet: «Det skal være trygt å bli gammel i Norge. Det skal være mye å glede seg til. De eldre i Norge skal oppleve en verdig alderdom.»

Omsorgsplan 2015 er regjeringens svar på hvordan den vil møte dagens og framtidens omsorgsutfordringer. Et konkret mål er 12 000 nye omsorgsplasser (sykehjem og omsorgsboliger) fra 2008 fram til 2015. Et annet konkret mål er å skaffe 12 000 flere årsverk i omsorgstjenesten i samme periode, og heve andelen med høyskoleutdanning.

Nasjonalt byggeprosjekt

Omsorgsplanen er et gigantisk nasjonalt byggeprosjekt. I perioden fra 2008 til 2015 er målet 12 000 nye plasser i sykehjem og omsorgsboliger. Det vil si en årlig vekst på 1 500 omsorgsplasser fra og med 2008. Byggeaktiviteten må betydelig opp hvis målet skal nås. For i de fem åra før regjeringen kom med lovnaden, var økningen i tallet på nye sykehjemsplasser i snitt bare 150 i året. Tall Sykepleien har innhentet tyder på at satsingen nærmest har snublet i startgropa.

Statistikken over antall sykehjemsplasser har hatt en jevn oppadstigende kurve fra midten av 1990-tallet. I fjor ble denne trenden brutt for første gang. Da ble det registrert 69 færre sykehjemsplasser enn året før (se figur 1), viser Statistisk sentralbyrås (SSB) pleie- og omsorgsstatistikk. Mens regjeringen lover flere sykehjemsplasser, er den kommunale virkeligheten altså i ferd med å gå motsatt vei.

Kommunene har ikke råd

Ett av tiltakene for å snu trenden og få fart på byggingen er stat-

lige investeringspenger fra Husbanken. Tilskuddene skal gå til å fornye og øke tilbudet på sykehjemsplasser og omsorgsboliger for personer med behov for heldøgntjenester.

For 2010 er regjeringens mål at det skal gis tilskudd til 2 500 flere omsorgsplasser. Her ligger det virkelig an til røde tall i regnskapet. Første halvår i år har Husbanken bare mottatt 213 søknader om bygging av nye sykehjemsplasser og 109 omsorgsboliger, til sammen 322 plasser (se figur 1). Antall kommunale søknader så langt i år dekker altså bare 13 prosent av den planlagte veksten.

Statsministeren er tilsynelatende fornøyd. På bloggen svarer han på spørsmål om hvordan regjeringen skal klare å få en god eldreomsorg: «Dette (bygging av nye sykehjem og omsorgsboliger. Red anm.) er vi i gang med.»

Kommunenes interesse- og arbeidsgiverorganisasjon (KS) er av en helt annen mening.

– Kommunene har ikke råd, sier KS-direktør Helge Eide. – For selv om kommunene sier ja til statlige tilskuddspenger gjennom Husbanken, må den enkelte kommune selv dekke 70 og 80 prosent av anleggskostnadene til henholdsvis sykehjemsplasser og omsorgsboliger. I tillegg må kommunen dekke kostnadene knyttet til driften av de nye omsorgsplassene.

Den lave interessen fra kommunene har imidlertid ikke lagt noen demper på regjeringens ambisjoner. I statsbudsjettet for 2011, som ble lagt fram tidligere denne måneden, er det satt av statlige tilskuddspenger til enda 2 000 nye omsorgsplasser.

Ser man enda lenger fram i tid, har regjeringen anslått at det vil være behov for rundt 60 000 nye sykehjemsplasser og omsorgsboliger de kommende tjue åra. Nesten en dobling av antall omsorgsplasser i forhold til i dag.



Hvor mange årsverk?

Byggeprosjektet er bare den ene delen siden av saken.

Før stortingsvalget i 2005 gikk diskusjonen høyt om hva som trengs av personell for å gi de eldre et tilfredsstillende pleie- og omsorgstilbud. I debatten lovet de rødgrønne partiene 10 000 nye årsverk innen utgangen av 2009. Noe regjeringen mente den hadde innfridd allerede i 2008. Tallene regjeringen hadde fått fra SSB stemte ikke med tallene KS hadde hentet inn fra kommunene. De viste rundt 7 000 nye årsverk.

Uansett var tilbakemeldingene fra ansatte i pleie og omsorg at de ikke fant hvor alle de nye årsverkene var blitt av. Tallene er vanskelig å etterprøve, men mye tyder på at brorparten av de nye årsverkene kom som følge av at ansatte har fått utvidet arbeidstid.

Mange flere sykepleiere

For å nå målet om ytterligere 12 000 årsverk i den kommunale omsorgstjeneste innen 2015, har regjeringen lansert det såkalte Kompetanseløftet 2015, et delprosjekt under Omsorgsplan 2015 som skal bidra til å sikre tilstrekkelig, kompetent og stabil bemanning. Det konkrete målet er å øke andelen med høyskoleutdanning

innen pleie- og omsorgstjenesten til 34 prosent i 2015. Som den største høyskolegruppen i pleie og omsorg er det sykepleierne som vil stå for en vesentlig del av denne økningen.

Sykepleierne finnes ikke

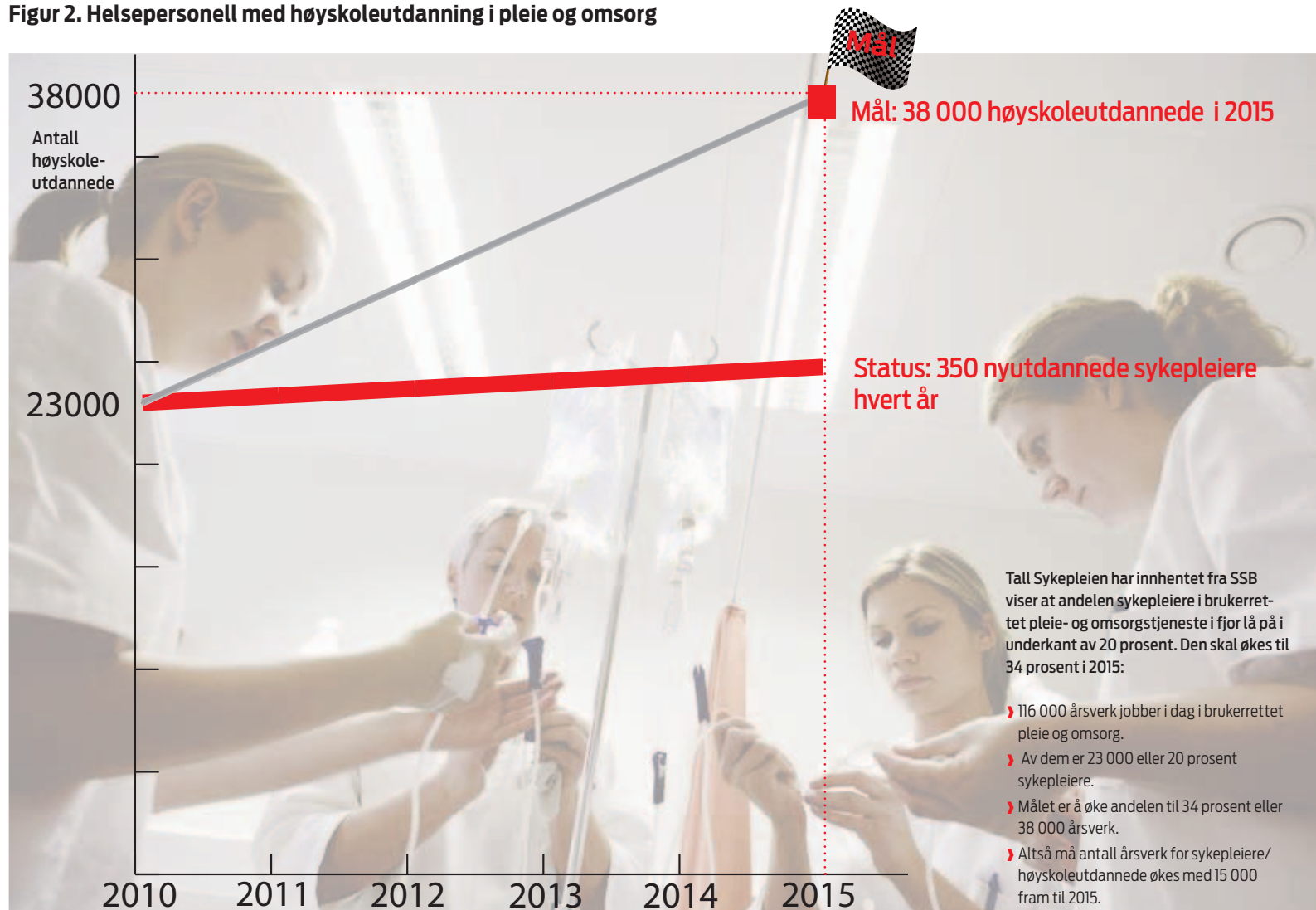
– Å øke andelen høyskoleutdannede slik regjeringen legger opp til er ambisiøst, konkluderer forfatterne bak rapporten «Evaluering av Kompetanseløftet 2015».

Selv om det blir utdannet mange nye sykepleiere hvert år, blir overskuddet lite hvis den årlige avgangen på 13 prosent holder seg i framtiden. Antall uteksaminerte sykepleiere, rundt 3500, er omtrent det samme som går ut av yrket.

En annen utfordring er hvor sykepleierne velger å jobbe. Tall fra SSB viser at bare rundt 10 prosent av nyutdannede fra høyskolene begynner å arbeide i pleie- og omsorgssektoren. For omsorgssektoren betyr det et årlig tilfang på 350 nye sykepleiere (se figur 2).

Utfordringen tjue år fram i tid blir ikke mindre ifølge SSB. I byråets framskrivninger i rapporten «Utdanne nok og utnytte godt» vil pleie- og omsorgstjenesten i 2030 ha behov for totalt 107 000 sykepleieårsverk.

Figur 2. Helsepersonell med høyskoleutdanning i pleie og omsorg



« At så mange velger bort helsearbeiderfag er kritisk for kommunene.

Eli Sogn Iversen, prosjektleder i KS

Må utdanne flere

For å opprettholde en tilnærmet balanse i arbeidsmarkedet for sykepleiere må utdanningskapasiteten øke med 20 prosent, skriver Helsedirektoratet i Årsrapport 2008. Det tilsvarer rundt 800 nye studieplasser. Neste års statsbudsjett legger opp til 65 nye studieplasser.

– Dette vil ta tid, ifølge Helsedirektoratet, og begrunner det med økt behov for lærerkrefter, lokaliteter og praksisplasser.

Direktoratet ser ingen umiddelbar rekrutteringskrise, men frykter framtida.

– På lengre sikt er det trolig større grunn til bekymring. Et stadig mer komplisert arbeids- og samfunnsliv fordrer flere med høyere utdanning. Konkurransen om personer med høyere utdanning blir hardere enn i dag. Andre sektorer vil trolig kunne tilby bedre lønnsbetingelser enn helsesektoren. Det er et stort spørsmål om det da vil være nok søkere til de økte opptak det blir behov for når eldrebølgen får full virkning, oppsummerer Helsedirektoratet situasjonen i rapporten «Utdanne nok og utnytte godt».

Nye helsefagarbeidere

Det nye helsearbeiderfaget på videregående skole ble introdusert i 2007 til erstatning for de tidligere utdanningene, hjelpepleiere og omsorgsarbeidere. Målet er en årlig tilgang på 4 500 nye helsefagarbeidere.

Så langt er antall ungdom som tar fagbrev som helsefagarbeidere, betydelig lavere enn tilsvarende tall for tidligere hjelpepleiere og omsorgsarbeidere. Mens det årlig ble utdannet rundt 4 200 hjelpepleiere og omsorgsarbeidere, var tallet på



ELDREOMSORG: «Det skal være trygt å bli gammel i Norge. Det skal være mye å glede seg til», lover regjeringen. Vil den nå målet i 2015?

Omsorgsplan 2015:

Omsorgsplan 2015 konkretiserer tiltak forankret i St.meld. nr. 25 (2005-2006) «Mestring, muligheter og mening. Framtidens omsorgsutfordringer». Blant tiltakene som skal gjennomføres i perioden 2008 til 2015 er:

- › Nye omsorgsplasser. Målet er å gi kommunale investerings-tilskudd til 12 000 nye sykehjemsplasser og omsorgsboliger.
- › Flere årsverk med økt kompetanse. Målet er 12 000 nye årsverk i omsorgstjenesten, med større faglig bredde og stor grad av fagutdanning.

elever som fullførte helsearbeiderfaget i 2008 under 1 200. Og av nærmere 2 800 elevene som tar helsearbeiderfaget i år, har kun 1 400 søkt lærlingplass.

– Det er ikke flere enn antall hjelpepleiere og omsorgsarbeidere som går av med pensjon, ifølge direktør Roger Bjørnstad i SSB.

– At så mange velger bort helsearbeiderfag er kritisk for kommunene som kommer til å få en kjempetfordring med underkudd på denne kompetansen om noen år, sier Eli Sogn Iversen, prosjektleder i KS.

Det viser også beregninger SSB har gjort på behovet for helsefagarbeidere i årene framover. På grunn av den høye alder blant dagens yrkesaktive hjelpepleiere vil mangelen bli merkbar i løpet av kort tid, for så å øke kraftig fra 2020.



Med Esso MasterCard får medlemmer:

- › 40 øre i rabatt pr liter bensin og diesel på pumpepris
- › 20% rabatt på bilvask
- › Ingen årsavgift eller gebyr på kjøp
- › Valgfri PIN-kode



Send en SMS med **SYKEPLEIERNE** og din **E-POSTADRESSE** til **2290** (eks: SYKEPLEIERNE min@epost.no), så sender vi deg et søknadsskjema.



Sjekk ut mer info under medlemsfordeler på www.sykepleierforbundet.no

Eff. rente 10.000-25,8%/20.000-24,3%/30.000-23,8%.



TRIVSEL: Her trives jeg godt, sier Ernst Eriksen. Han har bodd ett år på Glemmen sykehjem. Sykepleier Anne-Lill Bratterud Eriksen har også bare lovord om sin arbeidsplass.

Stolt over å jobbe på sykehjem

Sykehjem er både etterspurt og utskjelt. Kanskje mest det siste. Glemmen undervisningssykehjem i Fredrikstad er et unntak. Her er stolte ansatte, fornøyde pasienter og positive pårørende.

Tekst Bjørn Arild Østby Foto Erik M. Sundt

Glemmen sykehjem i Fredrikstad ser tilsynelatende ut som et helt vanlig middels stort norsk sykehjem. Et sykehjem med fem avdelinger, langtids- og korttidsplasser for personer med somatiske lidelser, tilsvarende tilbud for personer med demens og dagtilbud for hjemmeboende personer med demens.

Et kjapt blikk på oppslagstavlene inne i sykehjemmet gir anelse om at her er ting likevel annerledes. En påminning om å huske fagdagen. Informasjon om pårørendeskolen ...

Løfte fram faget

– Å bli utnevnt til undervisningssykehjem i Østfold har betydning mye for sykehjemmet. Vi er blitt mer bevisst på det faglige innholdet i hverdagen. Hva vi gjør, og hva vi ikke gjør. Det er ikke lenger snakk om å jobbe på autopilot. Faget er blitt løftet fram på en helt annen måte, sier virksomhetsleder Birgitte Skauen Kopperud.

Virksomhetslederen husker godt da hun begynte på sykehjemmet i 2001. Det som møtte henne var et sykehjem med firepersonstuer og en spisesal med plass til 50 personer.

– Det første som slo meg var om det var etisk forsvarlig å jobbe her, sier Skauen Kopperud.

Det er historie. I dag vil man tenke: Her vil jeg jobbe.

Framtidas sykehjem

Et undervisningssykehjem blir beskrevet som «et sykehjem som har ansvar for fagutvikling og klinisk forskning knyttet til metoder for å bedre pleien, omsorgen og behandlingen av pasienter og øke opplevelsen av livskvalitet, trygghet og verdighet blant eldre mennesker».

– Ikke lite å strekke seg etter?

– Nei, det er ingen spøk å bli utpekt til undervisningssykehjem.

« Jobber på et sykehjem som kan vise vei inn i framtida. Birgitte Skauen Kopperud

Ingen på sykehjemmet visste egentlig hva det innebar. I dag oppleves det som et privilegium å ha blitt undervisningssykehjem. Opplever at vi jobber på et sykehjem som kan vise vei inn i framtida, sier Skauen Kopperud.

Virksomhetslederen får støtte av Helsedirektoratet.

– Etableringen av undervisningshjemmetjenestene er en klar tilbagemelding til undervisningssykehjemmene om at myndighetene anser ordningen som vellykket, sier prosjektleder Therese Opsahl Holte i Helsedirektoratet.

– Det nye strategidokumentet vi holder på å utarbeide vil inneholde overordnede føringer i forhold til prioriteringer av faglige satsingsområder for perioden 2011-2015, og beskrive virkemidler, tiltak og metoder for å spre fagutviklingsprosjektene til de øvrige sykehjemmene og hjemmetjenestene, sier Opsahl Holte som leder strategiarbeidet.

Fortsatt skal undervisningssykehjemmene og -tjenestene utarbeide sine egne handlingsplaner på kommunalt nivå, der mål og tiltak konkretiseres.

Egen utviklingsavdeling

– Hva skiller et undervisningssykehjem fra andre sykehjem?

– Et undervisningssykehjem skiller seg først og fremst fra et ordinært sykehjem ved at det har en egen forsknings- og fagutviklingsavdeling. FOU-avdeling er på mange måter sykehjemmets munn utad, og øyet inn i sykehjemmet. Oppgaven er kort og godt å bidra til å gjøre helse- og omsorgstjenesten til et mer attraktivt arbeidsområde, sier Skauen Kopperud.

– Etter å ha fått dyrket vårt interne faglige liv fra vi ble undervisningssykehjem i 2008, er jeg beskjeden nok til å påstå at vi nå er i ferd med å slå ut i full blomst. I neste omgang håper vi å kunne være med på å bestøve de andre sykehjemmene i Østfold, sier en optimistisk virksomhetsleder.

Samarbeidspartner

Glemmen sykehjem er ikke en enslig institusjon overlatt til seg selv med sine pasienter, beboere og ditto ansatte. Etter at de ble undervisningssykehjem opplever virksomhetslederen og lederen for FOU-avdelingen, Elisabeth Østensvik, at det er blitt økt fokus på sykehjemmet, men også generelt på sykehjemmene som institusjon.

En av grunnene til det er utstrakt kontakt med et vidt spekter av samarbeidspartnere: Høgskolen, sykehuset, undervisningshjemmetjenesten, fylkesmannen, videregående skole, forskningsmiljø og andre sykehjem i Østfold for å nevne noen.

At sykehjemmet er blitt forskerarena for Høgskolen i Østfold, Universitetet i Oslo og Senter for omsorgsforskning har også bidratt til økt oppmerksomhet om sykehjemmet.

Og ikke minst at lederen for FOU-avdelingen er en ivrig deltaker på konferanser og seminarer.

– Det er viktig å være der det skjer, for å få økt fokus rundt sykehjemmene, mener Østensvik.



FAGLIG: De gror godt på Glemmen sykehjem etter to år som undervisningssykehjem. Nå håper de å bidra med faglig bestøving av de andre sykehjemmene.

Undervisningssykehjem (USH)

› Prosjekt undervisningssykehjem ble startet i 1999. Siden 2004 har USH vært en permanent ordning, og per i dag er det opprettet seks hovedundervisningssykehjem og 15 undervisningssykehjemssatelitter. USH-ene i fylkene skal bidra til økt kvalitet i helse- og omsorgstjenestene gjennom fagutviklingsprosjekter og kompetanseheving i sykehjemmet, i samarbeid med andre sykehjem.

› Helsedirektoratet holder nå på å utarbeide en felles overordnet og langsiktig strategi for både undervisningssykehjemmene og -hjemmetjenestene. Strategidokumentet skal være ferdig i løpet av høsten.

› For mer informasjon: www.undervisningssykehjem.no

Sted for refleksjon

– Undervisningssykehjemmet skal være et sted for refleksjon. Det går igjen i det meste vi foretar oss. Vi har ikke vært flinke nok til å reflektere over praksis. Over hvordan vi handler og kommuniserer, overfor pasienter og med hverandre, sier Østensvik.

I fjor startet sykehjemmet med Liverpool Care Pathway (LCP). Det er en detaljert tiltaksplan for å sikre at kvaliteten på omsorgen for den døende og deres pårørende blir best mulig.

– LCP er et dokument hvor vi jevnlig registrer blant annet symptomer som smerte, tungpust og uro. Tiltak som lindrer dette prioriteres og registreres. Videre er det prosedyrer for fortløpende vurdering, og hvilke tiltak som er satt i gang. Helt til slutt går vi gjennom tiltakene som ikke ble oppnådd, for å se hva vi eventuelt kunne gjort i stedet. Denne måten å jobbe og tenke på bidrar også til bedre kvalitetssikring overfor de andre pasientene, sier Østensvik.

Refleksjonskort

Sykehjemmet har ikke bare tatt ideer etter andre. De har selv laget noe de kaller Refleksjonskort.

Bakgrunnen er den nye pasientrettighetsloven 4A som skal sikre nødvendig helsehjelp til pasienter som mangler samtykkekompetanse og som motsetter seg helsehjelp. Refleksjonskortene skal bidra til å øke kunnskapen og kompetansen om lovparagrafen.

– Tekstene på refleksjonskortene er formulert som åpne spørsmål, problemstillinger eller case. Man trekker et kort og reflekterer rundt teksten en fem minutters tid. Gjerne i pausen. På den måten utfordres hver enkelt ansatt til å sette ord på egen praksis, og å veie etiske problemstillinger og dilemmaer mot hverandre, forteller Østensvik.

Fagutvikling

Fagutvikling og fagutveksling er en viktig oppgave for undervisningssykehjemmet.





REFLEKSJON: - Sykehjemmet skal være et sted for refleksjon, mener FOU-leder Elisabeth Østensvik (tv) og virksomhetsleder Birgitte Skauen Kopperud.

« Vi opplever å ha blitt en mer attraktiv arbeidsplass.

Elisabeth Østensvik

Hvert år deler sykehjemmet sammen med Fylkesmannen i Østfold ut såkalte Frie midler til fagutviklingsprosjekter i fylket. Midlene kan søkes av alle som arbeider i sykehjem. Kravet er at tema for prosjektet skal være praksisnært og ha overføringsverdi til andre virksomheter.

Resultatene fra prosjektene blir presentert på nettverksmøte med alle sykehjemmene i fylket. På samlingen i høst deltok 130 ansatte fra forskjellige sykehjem i fylket.

– Her ble det presentert mange spennende prosjekter som sykehjemmene i Østfold jobber med. Det er ingen tvil om at det er høy grad av faglighet på sykehjemmene. Men det viktigste er at vi deler alt det spennende som skjer med hverandre, sier Østensvik.

FOU-lederen er stolt over den store interessen for å drive fagutvikling.

– Det viser at det er mange som er opptatt av å bedre tjenesten til beboere og pasienter på sykehjem, og brenner for faget sitt.

I tillegg er undervisningssykehjemmet en ressurs innen demensomsorgen. I den anledning har de knyttet til seg en engasjementsstilling i 20 prosent stilling for å følge opp studieheftet Demensomsorgens ABC i kommunene. Fredrikstad kommunes demensteam holder til på sykehjemmet.

FOU-avdelingen arrangerer også fagdag for de ansatte en gang i måneden. Det inngår som en del av turnusen. Blant temaene denne høsten er Bruk av Tvang – etiske dilemmaer, Dokumentasjon og Forflytning og TROLD (Trusler og vold). Ellers er det opp til den enkelte ansatte å komme med ønsker om tema.

Rekruttere

Mange høyskolestudenter og lærlinger på videregående skole er skeptiske til å ta jobb på sykehjem. Det har Glemmen sykehjem tatt på alvor.

– Vi opplever å ha blitt en mer attraktiv arbeidsplass. Noe av det kan vi takke samarbeidsprosjektet «Gode praksisplasser for elever på videregående nivå» vi har med Glemmen videregående skole. Hvert år er sykehjemmet praksisplass for 20 elever ved helsearbeiderfaget. Mange av elvene har ingen klare tanker om hvor de vil jobbe når de kommer hit. Derfor er det viktig hvordan elevene føler seg tatt imot og at de blir dratt med i de daglige gjøremål, sier Birgitte Skauen Kopperud og Elisabeth Østensvik.

Og det har gitt resultater. Tidligere lærlinger jobber i dag som helsefagarbeider ved Glemmen undervisningssykehjem. ■■■

5 i fylkene

Tekst Kari Anne Dolonen

Regjeringen lover 12 000 nye årsverk i pleie og omsorg og full sykehjemsdekning innen 2015. Er det realistisk?



Karen Brasetvik, NSF Østfold:

Full barnehagedekning var en utopi. Det er nå en realitet takket være politisk mot og vilje. God utdanningskapasitet og stor restarbeidskraft blant deltidsansatte sykepleiere gjør det mulig å få flere sykepleierårsverk. Men når kun fire prosent av årets nyutdannede sykepleiere har sykehjem på førsteplass, må regjeringen gjøre det attraktivt for sykepleiere å jobbe i denne viktige tjenesten. Så Jens; ta en Obama og sats på sykepleierne. Yes, we can!



Oddgeir Lunde, NSF Sogn og Fjordane:

Det er usikkert hva som er grunnlagstala for lovnaden. Dersom det er heilt nye tiltak er det ikkje realistisk for det er kort tid fram til 2015 ihøve til planlegging, bygging osv. Når det gjeld lovnad om årsverk er det og svevande. Kva er kompetansen til disse årsverka? Dersom det er sjukepleieårsverk må utdanningskapasiteten/økonomiske ramme aukast. Utdanningslengda gjer det likevel vanskeleg å komme i mål. Eg trur ikkje at lovnadane frå regjeringa sliik eg tolkar dei er oppnåelige.



Bente Aaland, NSF Hedmark:

Hedmark er et «eldrefylke», men vi opplever fortsatt at kommuner reduserer budsjettene i pleie og omsorg. Den veksten av årsverk som vi har hatt så langt, har ikke i særlig grad kommet den eldre pasienten til gode. Vi har for mange syke eldre i boliger med en bemanning tilpasset friskere beboere. Muligheten er til stede, men da må regjeringen være villig til å betale, ikke bare bygging, men også innhold.



Tove Sagnes, NSF Nord-Trøndelag:

Få dager etter at regjeringen har lagt fram sitt forslag til statsbudsjett 2011, mener jeg å se klare tegn på at deres lovnader er urealistiske. Her er ikke de nødvendige pengene, verken til nye plasser eller til kvalifiserte årsverk.



Einar Vik Andersen, NSF Buskerud

Realismen i løftene er vel, så som så. Mange kommuner har en anstrengt økonomi. Det betyr at penger som overføres ikke alltid går til de oppgavene som politikerne hadde tenkt. Det viser seg at mye av regjeringens satsning så langt har gått til unge med store behov. Det er vel og bra, men det gir ikke noe eldreloft. En annen ting er at selv om man skulle få nok sykehjems plasser, så trengs det sykepleiere til å ta seg av de eldre. Slik sett er jeg ikke optimistisk.

Overgangsalder uten hete- og svettetokter

At man er kommet i overgangsalderen er de fleste kvinner ikke i tvil om. Opp til 75 % av kvinnene forteller om plager som har en negativ effekt på hverdagen. Hete- og svettetoktene er de vanligste og mest plagsomme. Menoflora er spesielt utviklet for å dempe disse overgangsplagene effektivt og naturlig.

Dokumentert virkning

Menofloras effekt er dokumentert i en lang rekke studier, og produktet er anerkjent av ledende eksperter. Flere og flere kvinner tar ansvar for egen helse og velger Menoflora fordi det er et hormonfritt alternativ.

Det naturlige valget

Menofloras virkning er 100 % naturlig og utelukkende basert på planteekstrakter av salvie, soyabønner og rødkløver.

Effektiv hjelp i overgangsalderen

Menoflora virker slik at hetetokter dempes, blir mindre hyppige eller forsvinner.

De fleste vil oppleve at kroppstemperaturen igjen stabiliserer seg og at det hele ikke er så plagsomt lenger.

Får du redusert hetetoktene får du bl.a. bedre nattesøvn, mer energi og større overskudd i hverdagen.

**1/2 PRIS
PÅ FØRSTE
PAKKE**

- 
- ## Menoflora
- Motvirker hete- og svettetokter
 - Demper plager i overgangsalderen
 - Bedrer nattesøvnen
 - Gir økt livskvalitet

Ring **37 08 13 00** eller send **Meno til 2007**

Ja takk, jeg vil gjerne prøve Menoflora i 45 dager til 1/2 pris kr. 89,50*. Jeg vil deretter få Menoflora som dekker dagsbehovet i 2 måneder, direkte hjem i postkassen annenhver måned for kr. 179,-*. (*+ porto kr. 39,50) Jeg kan fryse eller stoppe abonnementet når jeg ønsker.

Navn:

Adresse:

Postnr/Sted:

Tlf: Underskrift:

E-post:

Forbrukerkontakt: Wellvita A/S, 4865 Åmli, www.wellvita.no Kundeservice: 37 08 13 00, man-fre 08.00 - 16.00



ADRESSATEN
BETALER
FOR SENDING
I NORGE

DISTRIBUERES AV
POSTEN NORGE

WELLVITA AS
Svarsending 7470
0096 Oslo



wellvita – sunnhet direkte til deg

LOETTE 28 ANTIKONSEPSJONSMIDDEL ATC-NR: G03A A07

TABLETTER, filmdrasjerte: Hver aktiv tablett inneholder: Levonorgestrel 100 µg, etinyløstradiol 20 µg, laktosemonohydrat, hjelpestoffer. Fargestoff: Rødt jernoksid (E 172), titandioksid (E 171). Hver inaktiv tablett inneholder: Laktosemonohydrat, hjelpestoffer. Fargestoff: Titandioksid (E 171).

INDIKASJONER: Antikonsepsjon.

DOSERING: Tablettene må tas som angitt på pakningen, hver dag til omtrent samme tid. 1 tablett tas daglig i 28 etterfølgende dager. Etter at den siste inaktive tablett er tatt, starter en med nytt brett dagen etter. I løpet av de 7 dagene med inaktive tabletter inntreffer en bortfallsblødning. Oppstart: Ingen tidligere hormonell prevensjonsbruk (i løpet av den siste måneden): Medisineringsen skal starte på dag 1 i kvinnens normale syklus. Det er tillatt å starte på dag 2-7, men da anbefales i tillegg en annen prevensjonsmetode (f.eks. kondomer og sæddrepende middel) i løpet av de 7 første dagene en tar tablettene.

SKIFTE FRA ET ANNET KOMBINASJONSPREPARAT: Medisineringsen bør starte dagen etter den vanlige tablettfrie perioden eller perioden med inaktive tabletter til foregående kombinasjonspreparat. Skifte fra et rent progesteronpreparat (minipille, progesteroninjeksjon/implantat): Kvinnen kan når som helst skifte fra minipille og begynne med preparatet neste dag. En bør starte dagen etter fjerning av et implantat eller, dersom en bruker injeksjon, dagen etter neste injeksjon skal foretas. I alle disse situasjonene, anbefales å bruke en tilleggsprevensjon de 7 første dagene en tar tablettene. Etter abort i 1. trimester: Medisineringsen kan starte umiddelbart. Andre prevensjonsmetoder er ikke nødvendig. Etter fødsel eller abort i 2. trimester: Siden den umiddelbare postpartumperioden er assosiert med et økt risiko for tromboemboli, skal p-pillen ikke anvendes tidligere enn 28 dager etter fødsel, hos ikke ammende eller etter abort i 2. trimester. Tilleggsprevensjon anbefales de 7 første dagene. Dersom samleie har funnet sted, må graviditet utelukkes før en starter med et kombinasjonspreparat, ellers må kvinnen vente på sin første menstruasjonsperiode. Effekten av p-pillene reduseres når tabletter glemmes eller ved oppkast. Se pakningsvedlegg.

KONTRAINDIKASJONER: Skal ikke brukes av kvinner med noe av følgende: Tromboflebitt eller tromboemboliske lidelser, dyp venetrombose, en tidligere historie med dyp venetrombose eller tromboemboliske lidelser, cerebrovaskulære eller kardiovaskulære lidelser, trombogene valvulopati, arvelig eller ervervet trombofili, migrene/hodepine med fokale neurologiske symptomer, slik som aura, trombogene rytmeforstyrrelser, alvorlig diabetes med vaskulære forandringer, alvorlig ubehandlet hypertensjon, kjent eller mistenkt cancer mammae, cancer i endometriet eller andre verifiserte eller mistenkte østrogenavhengige neoplasier, kolestatisk gulsott under graviditet eller gulsott ved tidligere bruk av p-pillen av kombinasjonstypen, leveradenomer eller leverkreft, uldiagnostiserte unormale vaginalblødninger, verifisert eller mistenkt graviditet, hypersensitivitet overfor noen av preparatets innholdsstoffer.

FORSIKTIGHETSREGLER: Før behandling initieres, foretas grundig undersøkelse inkl. mammaundersøkelse, blodtrykkmåling, samt en grundig familieanamnese. Hyppigheten og typen av etterfølgende undersøkelse bør være basert på etablerte retningslinjer og tilpasses individuelt. Forstyrrelser i koagulasjonssystemet skal utelukkes hvis det i nærmeste familie allerede i yngre år har forekommet tromboemboliske sykdommer (først og fremst dyp venetrombose, hjerteinfarkt, slagangfall). Ved unormale vaginalblødninger skal undersøkelser gjennomføres for å utelukke kreft. Kvinner fra familier med økt forekomst av brystkreft eller som har benigne brystkner, må følges opp spesielt nær. Sigarettøyking øker risikoen for alvorlige kardiovaskulære bivirkninger ved bruk av p-pillen. Denne risikoen øker med alder og mye røyking og er ganske markert hos kvinner over 35 år. Kvinner som bruker p-pillen må på det sterkeste anbefales ikke å røyke. Bruk av kombinasjons-piller er assosiert med økt risiko for arterietrombose og tromboemboli. Rapporterte hendelser inkl. hjerteinfarkt og cerebrovaskulære hendelser (iskemi og blødningsslag, transitorisk iskemisk attack). Eksponering for østrogen og progesteron bør minimeres. Forskriving av kombinasjons-piller med minst mulig østrogen- og progesteroninnhold anbefales. Risikoen for arterietrombose og tromboemboli øker ytterligere hos kvinner med underliggende risikofaktorer. Må brukes med forsiktighet hos kvinner med risikofaktorer for kardiovaskulære lidelser. Eksempler på risikofaktorer for arterietrombose og tromboemboli er: Røyking, hypertensjon, hyperlipidemi, overvekt og økt alder. Kvinner som bruker perorale kombinasjons-piller og som har migrene (spesielt migrene med aura), kan ha økt risiko for slag. Opptrer tegn på emboli (f.eks. akutte brystmerter, tungpustethet, syns- eller hørselsforstyrrelser, smerter og hevelse i en eller begge underkremstremetene) under behandlingen skal preparatet seponeres og pasienten undersøkes nøye. Bruk av kombinasjons-piller er assosiert med økt risiko for venetrombose og tromboemboli. Den økte risikoen er størst blant førstegangsbrukere det første året. Risikoen er imidlertid mindre enn under graviditet. Venøs tromboembolisme er dødelig i 1-2% av tilfellene. Risikoen øker ytterligere hos kvinner med tilstander som predisponerer for venetrombose og tromboemboli.

EKSEMPEL PÅ RISIKOFAKTORER FOR VENETROMBOSE OG TROMBOEMBOLIER ER: Overvekt, kirurgisk inngrep eller skader som øker risikoen for trombose, nylig gjennomgått fødsel eller abort i 2. trimester, forlenget immobilisering og økt alder. Om mulig, bør behandlingen med kombinasjons-piller avbrytes 4 uker før og 2 uker etter elektiv kirurgi hvor det er økt risiko for trombose og ved forlenget immobilisering. Bruk av p-pillen er assosiert med godartet adenomer i lever, selv om insidensen av disse er sjeldne. Risikoen synes å øke med varigheten av behandlingen. Disse ytrer seg som akutte bukmerter eller akutt intraabdominal blødning. Preparatet skal da seponeres og pasienten undersøkes nøye. Ruptur kan forårsake død gjennom intraabdominal blødning. Kvinner som tidligere har hatt kolestase forårsaket av perorale kombinasjons-piller, eller har hatt kolestase under graviditet, har større risiko for å få denne tilstanden ved bruk av perorale kombinasjons-piller. Pasienter som bruker perorale kombinasjons-piller bør derfor overvåkes nøye, og dersom tilstanden vender tilbake, bør behandlingen avbrytes. Det er rapportert tilfeller av retinalvaskulær trombose. P-pillen må seponeres dersom det forekommer uforklarlige delvis eller fullstendige synsforstyrrelser, proptose eller dobbeltsyn, papilloedem, eller skader i retinavaskulaturen. Glukoseintoleranse er rapportert og kvinner med diabetes eller nedsatt glukosetoleranse skal følges nøye opp. Dersom kvinner med hypertensjon velger å bruke p-pillen, må de overvåkes nøye og dersom signifikant økning av blodtrykket oppstår, må preparatet seponeres. Bruk av perorale kombinasjons-piller kan være assosiert med økt risiko for cervical intraepitelial neoplasie eller invasiv livmorhalskreft hos enkelte kvinnepopulasjoner. Imidlertid er det fremdeles kontroversielt hvorvidt omfanget av slike funn kan skyldes forskjeller i seksuell atferd eller andre faktorer. Adekvate diagnostiske tiltak er indisert ved udiagnostisert abnormal underlivsblødning. Utvikling eller akutt forverring av migrene eller utvikling av hodepine med annet forløp som er tilbakevendende, vedvarende eller alvorlig, krever at p-pillen seponeres og at årsaken vurderes. Kvinner med migrene (spesielt migrene med aura) som bruker kombinasjons-piller kan ha økt risiko for slag. Gjennombruddsblødninger og sporblødninger sees spesielt de 3 første månedene.

Adekvate diagnostiske tiltak må iverksettes for å utelukke kreft eller graviditet ved gjennombruddsblødninger på samme måte som ved annen unormal vaginalblødning. Dersom patologi er blitt utelukket, kan fortsatt bruk av de perorale kombinasjons-pillene eller bytte til annen formulering løse problemet. Noen kvinner kan oppleve postpille amenerø muligens med anovulasjon, eller oligomenoré, spesielt når slike forhold har eksistert tidligere. Kvinner som behandles for hyperlipidemi skal følges tett. En liten andel kvinner vil få ugunstige lipidforandringer når de bruker p-pillen. Ikke-hormonell prevensjon bør vurderes ved ukontrollert dyslipidemi. Vedvarende hypertriglyseridemi kan forekomme. Økninger i plasmatrigherider kan føre til pankreatitt og andre komplikasjoner. Akutt eller kronisk leverdysfunksjon kan nødvendiggjøre seponering inntil leverfunksjonen normaliseres. Pasienter som blir klart deprimert når de bruker p-pillen, må forsøke å klarlegge om symptomene er relatert til medikamentet. Kvinner med en sykehistorie med depresjon skal observeres nøye og preparatet skal seponeres dersom det utvikles alvorlig depresjon. Pasienter bør informeres om at preparatet ikke beskytter mot hiv-infeksjon (AIDS) eller andre seksuelt overførbare sykdommer. Preparatet bør ikke brukes ved sjeldne arvelige problemer med galaktoseintoleranse, en spesiell form for hereditær laktasemangel (Lapp lactase deficiency) eller glukose-galaktosemalabsorpsjon. Utsettelse av menstruasjonen: Menstruasjonen kan utsettes ved først å ta de rosa tablettene og så kaste brettet uten å ta de 7 hvite tablettene. Start deretter direkte på et nytt brett.

INTERAKSJONER: Nedsatt serumkonsentrasjon av etinyløstradiol kan føre til økt insidens av gjennombruddsblødninger og uregelmessig menstruasjon, og kan muligens redusere effekten av kombinasjons-pillen. Ved samtidig bruk av preparater som inneholder etinyløstradiol og forbindelser som kan redusere plasmakonsentrasjonen av etinyløstradiol, anbefales en ikke-hormonell prevensjonsmetode (kondom og spermdrepende middel) i tillegg. Ikke-hormonell prevensjonsmetode anbefales brukt i tillegg i minst 7 dager etter seponering av substansen som kan føre til redusert plasmakonsentrasjon av etinyløstradiol. Ved langvarig bruk av slike substanser bør ikke kombinasjons-pillen anvendes som primær prevensjon. Det anbefales å bruke tilleggsprevensjon over en enda lengre periode etter seponering av forbindelser som inducerer hepatiske mikrosomale enzymer og fører til redusert plasmakonsentrasjon av etinyløstradiol. Det kan enkelte ganger ta flere uker inntil enzyminduksjonen er fullstendig normalisert, avhengig av dosen, behandlingsvarigheten og eliminasjonshastigheten til den induserende forbindelsen. Diaré kan øke tarmmotiliteten og dermed redusere hormonabsorpsjonen. På samme måte kan medikamenter som reduserer tarmoverføringstiden redusere hormonkonsentrasjonene i blodet. Interaksjoner kan oppstå med medikamenter som inducerer mikrosomale enzymer som kan minske etinyløstradiolkonsentrasjonen (f.eks. karbamazepin, oksykarmazepin, rifampicin, barbiturater, fenylbutazon, fenytoin, griseofulvin, topiramid, enkelte proteasehemmere, ritonavir). Atorvastatin kan øke serumkonsentrasjonen av etinyløstradiol. Medikamenter som opptrer som kompetitive inhibitorer for sulfonering i gastrointestinalveggen kan øke biotilgjengeligheten av etinyløstradiol (f.eks. askorbinsyre, paracetamol). Substanser som hemmer CYP 3A4 isoenzymer, f.eks. indinavir og flukonazol, kan også øke biotilgjengeligheten av etinyløstradiol. Konsentrasjonen av etinyløstradiol vil kunne minske etter inntak av visse antibiotika (f.eks. ampicillin, tetracyklin) pga. redusert entero-hepatisk resirkulering av østrogen. Etinyløstradiol kan interferere med metabolismen av andre medikamenter ved å inhibere hepatiske mikrosomale enzymer, eller ved å inducere hepatisk medikamentkonjugering, spesielt glukuronidering. Plasma- og vevskonsentrasjonene vil følgelig enten kunne minske (f.eks. lamotrigin) eller øke (f.eks. ciklosporin, teofyllin, kortikosteroider). Toleandomycin kan øke risikoen for intrahepatisk kolestase ved koadministrering med perorale kombinasjons-piller. Det er rapportert at bruk av perorale kombinasjons-piller øker risikoen for galaktoré hos pasienter som behandles med flunarizin. Gjennombruddsblødninger er rapportert ved samtidig bruk av johannesurt (Hypericum perforatum). Effekten av preparatet kan reduseres, og ikke-hormonell tilleggsprevensjon anbefales ved samtidig bruk med johannesurt.

GRAVIDITET/AMMING: Studier antyder ingen teratogen effekt ved utilsiktet inntak i tidlig graviditet. Overgang i placenta: Se Kontraindikasjoner. Overgang i morsmelk: Både østrogen og gestagen går over i morsmelk. Østrogen kan redusere melkeproduksjonen samt andre morsmelkens sammensetning. Bør ikke benyttes under amming.

BIVIRKNINGER: Bruken av kombinasjonspreparat er assosiert med en økt risiko for arterielle og venøse trombose og tromboemboliske tilstander, inkl. hjerteinfarkt, slag, transitorisk iskemisk attack, venøs tromboemboli og pulmonær emboli. En økt risiko for cervixneoplasier og cervixkreft og en økt risiko for brystkreft. Hyppige (>1/100): Gastrointestinale: Kvalme, oppkast, magekramper, oppblåst mage, smerter. Hud: Akne. Metabolske: Vektforandringer (økning eller reduksjon). Neurologiske: Humørforandring inkl. depresjon, angst, svimmelhet, endret libido. Urogenitale: Gjennombruddsblødninger, og/eller sporblødning, dysmenoré, endret menstruasjonsmengde, cervixerosjon og -sekresjon, vaginit inkl. candidiasis, amenoré. Øvrige: Hodepine, inkl. migrene, væskeretensjon, ødemer, brystmerter, ømme bryster, forstørrede bryster, sekresjon fra brystene. Mindre hyppige: Gastrointestinale: Endret appetitt. Hud: Kløe, vedvarende melasmer, hirsutisme, hårtapp. Metabolske: Endring i serumlipidnivå, inkl. hypertriglyseridemi. Sirkulatoriske: Hypertensjon. Syn: Intoleranse for kontaktlinser. Sjeldne (<1/1000): Gastrointestinale: Kolestatisk gulsott, gallesten, galleblærelidelse (forverrer eksisterende lidelser og påskynder utvikling hos symptomfrie), pankreatitt, leveradenomer, leverkarsinomer. Hud: Erythema nodosum, erythema multiforme, angioedem, urticaria. Metabolske: Nedsatt glukosetoleranse, forverring av porfyri, senkning av serumfolatnivået. Neurologiske: Forverring av chorea. Sirkulatoriske: Forverring av varikøse vener. Syn: Opticusneuritt, retinal vaskulær trombose. Urogenitale: Postpille amenerø, spesielt når slike forhold har eksistert tidligere. Øvrige: Hemolytisk uremisk syndrom, anafylaktiske reaksjoner inkl. urticaria og angioedem, forverring av systemisk lupus erythematosus.

OVERDOSERING/FORGIFTNING: Symptomer: Kvalme, oppkast, brystømhet, svimmelhet, bukmerter, tretthet/utmattelse, blødninger ved seponering hos kvinner. Behandling: Intet spesifikt antidot. Dersom videre behandling av overdose er nødvendig, rettes denne mot symptomene. Se Giftinformasjonens anbefalinger G03A.

ANDRE OPLYSNINGER: Bruk av p-pillen kan påvirke resultatene av enkelte laboratorietester, inkl. biokjemiske parametre knyttet til lever-, thyreoidea-, binyre- og nyrefunksjoner, plasmanivå av proteiner (f.eks. kortikosteroidbindingsglobuliner og lipid/lipoprotein-fraksjoner), parametre i karbohydratmetabolismen og koagulasjons- og fibrinolyseparametre. Vanligvis holder endringene seg innen normale laboratorieverdier.

PAKNINGER OG PRISER: 3 x 28 stk. (kalenderpakn.) kr 242,70.

Sist endret: 19.08.2009
(priser oppdateres hver 14. dag, ev. refusjon hver måned)

LOETTE®

LEVONORGESTREL 100µg / ETINYLØSTRADIOL 20µg

“Anbefalt **førstevalg** er p-piller som inneholder enten **levonorgestrel** eller **norethisterone**, med **lavest mulig dose av østrogen.**”¹

Loette inneholder levonorgestrel og den **laveste tilgjengelige dose** etinyløstradiol (20 µg).²

Les mer på
WWW.PFIZER.NO/LOETTE



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

Der ute

DER UTE GAMVIK

I fjor begynte Latvia med hjemmetjeneste. Rita Konstante arbeider i Gamvik, og vil ta erfaringene med hjem.

Lærer å jobbe milevis fra sykehuset

Les mer om:

- 40 Tar med erfaring hjem til Latvia ›
- 44 Malawiske sykepleiere organiserer seg ›
- 49 Svarer på spørsmål om kreft ›



sykepleien.no

- › Bør sykepleiere vaksinere seg mot influensa? Følg debatten på sykepleien.no



LANGT HJEM: Det er langt fra storbyen Riga til lille Mehamn, men for den latviske sykepleieren er det lærdom å hente på toppen av Norge.

Ho Rita er nå liksom favoritten! Alise Strand tøfler inn i stuen. Der hun har en brun seksjon med minner, familien på veggene, godstol, salong, teppe og et sterkt ønske om å få be fremmedkaren på kaffe. Et typisk finnmarkske bestemorshjem.

Sammen med henne rusler Rita Konstante. Hun er en av mange som har kommet langt for å arbeide i en uvanlig internasjonal omsorgssektor i Gamvik kommune. Men på ett område er hun spesiell. Konstante har dratt til Finnmark med tanker om å bygge opp helsevesenet i et hjemland som sliter tungt med finanskrisen og dårlig planlegging.

– Problemet i Latvia er at det er tatt mange beslutninger uten at man ser konsekvensene, sier hun.

Dr. planlegging

Rita Konstante bør vite det. Hun har arbeidet med helseplanlegging både i helsedepartementet og i private RS Grupa, og hun er klar for å begynne på en doktorgrad om planlegging og programmering av helsetjenesten i Latvia.

Men akkurat nå er tilværelsen ganske mye mindre glamorøs og byråkratisk. Rita Konstante holder hus på helsesenteret i Mehamn og arbeider i hjemmesykepleien. For Alise (75) og de andre brukerne i kommunen er hun en helt vanlig sykepleier. En sykepleier som er usedvanlig godt likt, riktignok – men en praktiker, ikke en planlegger.

– Men slik som diskusjonen i Latvia er blitt og kommer til å bli, så fant jeg ut at jeg måtte til Finnmark. Jeg ville se med egne øyne hvordan det går an å organisere primærhelsetjenesten når sykehuset er så langt unna. Det beste argumentet mot dem som sier at det ikke fungerer, er å vise at det fungerer og hvordan det fungerer, sier hun.

Finanskrisen

Latvia er et land i krise. Mens Norge slapp billigere unna finanskrisen enn synsere og spåmenn fryktet, gikk det motsatt vei i Latvia. EUs ferskeste medlemsland ble hardt rammet, og de baltiske landene aller hardest.

– Sykehusene fikk kuttet budsjettene. Et liggedøgn på sykehus koster



TETT KONTAKT: Menneskene kommer mye nærmere i en kommune med 1 000 innbyggere enn i en by med over 700 000. Alise Strand og de andre brukerne er mer enn bare et nummer i rekken for Rita Konstante.

150 kroner, og pasienten må dekke halvparten selv. Leger og sykepleiere fikk kuttet lønna. Folk er villige til å arbeide for mindre penger bare for å ha jobb. Men samtidig sitter folk med lån som de har tatt opp for å kjøpe hus og bil. Mange har flyttet til utlandet for å arbeide, forteller Rita Konstante.

Svært mange har reist ut av Latvia for en kortere periode, og aldri kommet tilbake. Da Konstante kom til Norge for å utdanne seg i 1996, var hun en av mange som skulle bli borte noen år for så å ta med kompetansen hjem. Stort sett alle ble i Norge. Noen fant kjærligheten, andre fant karrieren. Bortsett fra én – hun begynte på høyskole i Riga for å utdanne en ny generasjon sykepleiere.

Sintef

Derfra gikk veien videre til planlegging, altså.

– Jeg hadde ingen erfaring med det. Men jeg fant ut at det hadde Sintef her i Norge. Jeg tok kontakt, og det ble starten på en veldig god forbindelse, sier hun.

– Sintef gjør akkurat den jobben

som Latvia mangler. Jeg ser hvordan dere i Norge får til de tingene vi ikke gjør hjemme. Dere skjønner at planlegging er halve jobben.

Hennes egen plan – Latvias helseplan frem mot 2017, som hun arbeidet med i helsedepartementet – ble lagt i en skuff.

– Den skulle til regjeringen. Vi laget den ferdig, men den kom ikke frem. Den ligger sikkert i en hylle i helseministeriet ennå ...

Rita Konstante innrømmer at slike erfaringer gjør det litt fristende å gå inn i politikken selv. Hun hadde tilbudet foran parlamentsvalget nå i oktober, men takket nei. 34-åringen føler at hun trenger mer livserfaring. Samtidig innser hun at slik som det politiske klimaet er i hjemlandet, så er det mulig å nå helt til topps uten å få gjort stort. En helseminister sitter ni måneder i snitt før han byttes ut.

Nær pasientene

I bestemorshjemmet i Mehamn setter hun seg på armlenet til Alise Strand og smiler. Alise smiler varmt tilbake.

– Her kommer vi veldig nær pasi-

«Vi i Latvia er ikke flinke til å rapportere feil.»

entene. Det kan være en ulempe at alle vet alt om alle, men det er også en fordel. For meg som bare er her i en periode, er det greit. Men jeg kan tenke meg at det kan være et problem for dem som bor her fast.

«Bygdedyret» er et uttrykk hun ikke kjenner. Verken norskopplæringen eller erfaringene har brakt ordet inn i vokabularet.

– I Riga bor det nesten en million mennesker. Det er godt å være på et lite sted som dette. Det gir ro i kroppen, ro i tanken. Men jeg tror at jeg kommer til å savne stresset hjemme om en stund, innrømmer Latvias representant i den 1 000 innbyggere store kommunen «på toppen av Norge», som den omtaler seg selv.

Hun vet ikke ennå hvor lang tid det går før hun er tilbake i Riga. Det er mye som spiller inn. Studiene er langt fra gratis, og helseplanleggingsfirmaet





«Sykepleiere i Latvia går skift på 24 timer.»

PLAN: Helsecenteret i Meharn samler både hjemmebasert omsorg, institusjonsbasert omsorg og sykestue. Her går latviske Rita Konstante og kollega Camilla Brox gjennom dagens oppgaver. Denne uken fungerer Konstante som avdelingsleder.

som hun egentlig arbeider i, har ikke jobb til alle medarbeiderne sine akkurat nå.

Døgnskift

– Det er ikke vanskelig å få jobb. Men arbeidsmiljøet er helt annerledes. Sykepleiere i Latvia går skift på 24 timer, så tre dager fri, og så 24 timer igjen. Problemet er at hvis du jobber i 24 timer, er du ikke like arbeidsdyktig på slutten av skiftet som på begynnelsen. Og når du kommer tilbake etter tre dager, er hele avdelingen full av nye pasienter. Du mister oversikten over hva som har skjedd i mellomtiden, sier hun.

En konsekvens er at mange pendler langt til jobb, samtidig som noen arbeider dobbelt, eller i hvert fall i halvannen stilling. Om de lange skiftene fører til feilbehandling, kan hun ikke si.

– Vi i Latvia er ikke flinke til å rapportere feil, så jeg vet ikke hvor mange feil som gjøres. Sykehusledelsen vil ikke prate om dette. Men når du blir trøtt, er det jo høyere risiko for å gi feil medisin til feil pasient, sier hun.

Andre store forskjeller mellom helsevesenet i det første og det andre hjemlandet til Rita Konstante, handler om spesialiseringen og forholdet mellom leger og sykepleiere.

– Her i Norge føler jeg at det viktigste er å få pasienten på riktig plass uansett diagnose. I Latvia plasseres pasienten i forhold til det medisinsk faglige, og vi fokuserer ikke så veldig mye på funksjonsnivået de har. Hjemmetjeneste startet opp i Latvia

for bare et år siden, og den er dårlig organisert og har liten kompetanse ennå. Det er her jeg føler at jeg får behov for den kompetansen jeg får i Finnmark, sier hun.

Samtidig er sykepleierne i mye større grad spesialister uten mulighet til å bytte avdeling: En kreftsykepleier som vil ha jobb innen psykiatrien, må ta spesialutdannelse helt på nytt. Og sykepleierne ses på som rene hjelpere for legene, ikke selvstendige fagfolk, ifølge Konstante, som omtaler det

hele som «tankegang fra Sovjet».

Denne gangen var alt bra hos Alise. Rita Konstante tar plasttrekkene av uteskoene og går ut til den arktiske høsten. Alt hun gjør, gir nyttig erfaring å ta med hjem:

– Det største argumentet jeg kan få mot dem som sier at noe ikke fungerer, er å ha opplevd at det fungerer og hvordan det fungerer. Nå er jeg ute i virkeligheten! ■■■

Tekst og foto **Georg Mathisen**

Fakta:



	LATVIA	NORGE
Helseutgifter pr. innbygger (dollar)	974	4 521
Helseutgifter som prosent av BNP	6,0	8,7
Leger pr. 10 000 innbyggere	30	39
Sykepleiere pr. 10 000 innbyggere	57	163
Forventet levetid	71 år	81 år
Forventet levetid som frisk	64 år	73 år

(Kilde: WHO)



Hvordan reagerer dine tenner på bakterieangrep?

Tennene våre er utsatt for daglige angrep fra bakterier. Heldigvis blir de beskyttet av enzymene i spyttet vårt, men dessverre er det ikke alltid nok til å holde problemene på avstand.

zendium er en tannkrem som både er mild og effektiv. Mild fordi den inneholder et skånsomt skummiddel og ingen sterke smaksstoffer. Og effektiv fordi den inneholder enzymer som styrker spyttets enzymforsvar og gir tennene mer å stå imot med.

Så kan bakteriene bare komme.

MEST ANBEFALT
AV NORSKE
TANNLEGER



STYRKER MUNNENS NATURLIGE FORSVAR

Malawi-sykepleierne er blitt lobbyister. Både innenlands og utenlands.

– Vi blir lyttet til



ETTERSPURT: «Hvorfor er dere så stille?» lurer journalistene i Malawi når de ikke har hørt fra Dorothy Ngoma (t.v.) og Harriet Kapypye på en ukes tid.

Dorothy Ngoma og Harriet Kapypye har vært i Norge i en uke. Ngoma er generalsekretær i det malawiske sykepleierforbundet, som Norsk Sykepleierforbund (NSF) og Norad har støttet siden 2006. Kapypye er prosjektleder.

I Trondheim og Ålesund har de sett både NSF's fylkesapparat og det norske helsevesen.

– Vi kan bare drømme

– Selv om forholdene våre er svært ulike, er det godt å se hva kollegene gjør i Norge. Yrkets oppdrag er det

– Forstår dere at nordmenn klager over svakheter i helsevesenet?

– Noen har aldri vært i andre deler av verden. Men de som har vært ute og reist, vet at selv om det kan bli bedre også i Norge, så kunne det vært hundre ganger verre.

Særlig inntrykk på de to sykepleierne gjorde helsestasjonen de besøkte i Ålesund.

– Det var så rent. Og de var ti sykepleiere. Hjemme er det én sykepleier på 20–40 000 mennesker. Det er stor, stor forskjell. Noe vi bare kan drømme om.

I Malawi bruker nybakte mødre ofte sine mødre, tanter og bestemor til å rådføre seg med.

– I Norge kan man ringe eller droppe innom helsestasjonen når som helst. Konsultasjonene favner om alt fra prevensjon til vaksiner. Hos oss er det ett sted for vaksiner, et annet for familieplanlegging. Det blir så tungvint. Derfor kommer ikke kvinnene før de er syke. Det er heller ikke lett å få med fedrene.

Nå vil de prøve ut nye ideer hjemme og begynne i det små.

Støtter hivsykepleiere

Forbundet deres har nå 7 023 medlemmer. Det er nesten 90 prosent av landets sykepleiere. Malawi har knapt 14 millioner innbyggere.

Det fins nå 52 «caring for the caregivers»-grupper, der sykepleiere og andre helsearbeidere med hiv og aids får støtte og hjelp. De lokale gruppene driver egne butikker og spisesteder, og aler selv opp geiter, kyllinger og kaniner. Slik skaffer de seg inntekter.

– En av gruppene har 8 000 dollar på bankkontoen etter vellykket restaurantdrift, forteller Kapypye.

Er ofte i avisen

De opplever i økende grad å bli lyttet til. Hver gang helse er tema i Malawi, får de en telefon fra mediene.

Ngoma er den som oftest håndterer mediene, men også Kapypye uttaler seg til journalister. Begge er lønnet av norske midler og kan derfor uttale seg fritt om myndighetene hjemme. Sykepleierforbundets president, som bor nord i landet, må være forsiktig med å uttale seg kritisk siden hun jobber som lærer og er betalt av staten.

Det går framover med det fattige landet, mener de to. For fem år siden var mødredødeligheten 907 per 100 000 fødsler. Nå er den knappe 600. Også barnedødeligheten er redusert.

– Men det går sakte – for sakte. Tusenvis av kvinner og barn dør fortsatt hvert år.

Derfor fortsetter de å kjempe for mer ressurser og utdanning. Det går nå knapt en uke uten at de er i mediene.

– Vi er fortsatt det eneste fagforbundet i helsevesenet med forhandlingsrett. Så vi snakker for alle, også for leger.

W8-kvinnene

I fjor ble Dorothy Ngoma utpekt som en av åtte kvinner i W8 (W for women) som et svar på G8; gruppen av åtte ledende industrinasjoner i verden.

W8 skal bekjempe fattigdom, i tråd

«Kvinnene kommer ikke til helsestasjonen før de er syke.»

samme overalt, fastslår Ngoma.

På medlemsmøter har de fortalt om deres virkelighet til norske sykepleiere.

– Noen sa etter å ha hørt på oss: «Vi skal aldri klage igjen.»

De har fått eget hus med kontorer, konferanserom og hage med frukttrær og tolv kaniner. En etasje til er under bygging. Kontorene i andre etasje skal sørge for leieinntekter.

med FNs tusenårsmål. De åtte kvinnene driver lobbyvirksomhet for eksempel for å redusere mødre dødeligheten og sikre utdanning for jenter. Når G8 og FN har møter, er W8 på plass for å minne dem om den urettferdige fordelingen av ressurser i verden.

– Fattige land kan ikke klare seg uten hjelp fra rike land. Fattigdom må ses som et globalt problem som krever et globalt svar. Det vil si at både rike og fattige land må forplikte seg, sier Ngoma.

Tusenårsrådene tallfester hva som skal oppnås innen 2015.

– Malawi bruker nå 15,5 prosent av budsjettet til helsevesenet.

Det er bra, men Ngoma forteller om problemene Malawis kvinnelige visepresident Joyce Banda har fått. Hun har vært en god alliert i arbeidet for å redusere mødre dødeligheten.

– Banda var god nok som stemmesanker for presidenten, men nå har han satt henne i husarrest fordi han heller prioriterer sin bror til offentlige oppdrag.

De to kvinnene er oppgitt.

– Hun er brakt til taushet. Vi har

mistet en sterk stemme. Regjeringen angriper henne hver dag i den statsstyrte avisen, sier Kapyepye.

Trenger studentpenger

Antallet sykepleierstudenter har økt fra 320 til 500. I flere år ble sykepleierstudentene sponset av staten. Men da fattigdomsprogrammet ble avsluttet i 2008, sa regjeringen at nå må alle betale utdanningen sin selv.

Forbundet kjempet deres sak. Nå får studentene igjen stipend, men bare for ett år.

– Vi vet ikke hva som skjer i fremtiden med finansieringen. Så vi kan ikke slappe av.

De håper på fortsatt støtte fra Norge når seksårsperioden går ut i 2011. Neste oppgave er å bygge opp et landsdekkende nettverk.

– Vi trenger fem soneledere og 300 ledere på grunnplanet. Det er vanskelig å nå ut med informasjon.

Det viktigste hjelpemiddelet er tekstmeldinger via mobiltelefon. ■■■

Tekst og foto **Marit Fonn**

Nyhet!

KLINISK SYKEPLEIE 1 og 2

Oppdatert lærerverk som gir grunnlag for å jobbe systematisk og kunnskapsbasert. I denne nye utgaven er det særlig lagt vekt på å tydeliggjøre sykepleiefaglige utfordringer, observasjoner, kliniske vurderinger og ivaretagning av pasientens grunnleggende behov.

Bind 1: ISBN 978-82-05-39134-5
Bind 2: ISBN 978-82-05-39136-9
4. utg. • 2010
Pris: 799,- per bind

Ny utgave!




GYLDENDAL
AKADEMISK

Bestill NÅ! tlf: 23 31 76 61 e-post: kundeservice@gyldendal.no www.gyldendal.no/akademisk





JENTER I NORGE: Mange unge jenter møtte opp da Kvinnepanelet la fram sin rapport i Nobels Fredscenter i Oslo 27. september. De fleste var ikke etnisk norske.

Jentene på bildet lytter til lederen i panelet, Loveleen R. Brenna. Det er like før hun skal levere rapporten til likestillingsminister Audun Lysbakken, som har bedt om gode likestillingsråd fra kvinnene.

Vil jentene her få gode helsetjenester? Vil de tjene like mye som jevnaldrende gutter? Blir de mindre utsatt for vold enn dagens voksne kvinner?

Likestilling handler om dette og mye mer – ifølge Kvinnepanelet. Se også s. 12

Tekst og foto **Marit Fonn**

Bli med til fantastiske Kina!

Nå har du sjansen til å bli med på en 9 dagers tur til Kina **kun for Sykepleiens lesere**. Turen går i februar 2011 og prisen dekker reise, opplevelser/utflukter og de fleste måltider. Vi flyr til den kinesiske hovedstaden som med sine dufter, mylder av mennesker, historiske severdigheter og spennende nåtid bergtar de fleste. Benytt sjansen og **bestill i dag!**



Program

- Dag 1 - 2** Avreise fra Norge, natt i flyet
- Dag 2.** Ankomst Beijing og Lama Tempel
- Dag 3** Den himmelske freds plass, Maos mausoleum, Byplanmuseet, Den forbudte by, Kullhøyden og te-hus.
- Dag 4** Tai-chi, Himmelens Tempel, perlemarked, Trommetårnet, "hutonger" og Peking Opera
- Dag 5** Cloisonné fabrikk, "åndealléen", Ming- gravene, en lokal landsby og Den kinesiske mur
- Dag 6** Sommerpalasset, tradisjonelt kinesisk sykehus, Den olympiske landsby og akrobatikk
- Dag 7** Dagen er til fri disposisjon
- Dag 8** Egne eventyr og Pekingand-middag
- Dag 9** Ankomst til Norge

Prisen inkluderer

- Flytransport Oslo - Beijing t/r med SAS
- Alle flyskatter og -avgifter
- Skandinavisk talende reiseleder
- Transport, utflukter og entreer jf. program
- Innkvartering i delt dobbeltrom på godt turistlassehotell i 7 netter.
- Frokost daglig
- Lunsj dag 2-6
- Middag dag 2-6 og 8

Avreise: 20 feb. 2011

Pris: kun 10.990,-
(tillegg enkeltrom: 1.490,-)
Begrenset antall plasser.

Kun for sykepleiens lesere!

Bestill via å ringe 800 58 106.
Åpent hverdager fra kl. 09.30-17.00 eller
via www.albatros-travel.no/sykepleien
Oppgi annonsekode SYKL02 ved påmelding.

Dette er andre turen til Kina vi arrangerer for sykepleiens lesere.

Alle var storfornøyde sist.



kun
10.990,-

Avreise 20.feb 2011

Albatros
travel

REISEGARANTIFONDET
RGF REISEGARANTIFONDET

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

Idun Brænden Stenseth

Alder: 42 år

Yrke: Rådgiver

Jobber: Kreftlinjen i Kreftforeningen

Hun som svarer

Jeg kan ha nære samtaler selv om jeg ikke kjenner den jeg snakker med.

Jeg har tid til å snakke. Da jeg jobbet på sykehus, hadde jeg for lite tid til det. Jeg trivdes godt, men etter hvert ble det tøft å være så travel. Så da jeg hørte en sykepleier fortelle om jobben på Kreftlinjen, søkte jeg meg hit.

Jeg svarer på telefon, e-post, chat og sms. Vi har også forum på nett og er på Facebook. Spørsmålene kommer fra pasienter og pårørende, men også fra fagfolk. De fleste ringer, sender e-post eller chatter. Få bruker sms.

Noen kommer rett fra legebesøk. De har fått mye informasjon, men klarer ikke å ta inn alt. Da hjelper jeg dem å sortere. Mange spørsmål handler om ventetid. Å vente på diagnose eller behandling er tøft. Jeg kan informere om rettigheter. Mange er redde for å mase. De vil ikke være til bry for leger og annet helsepersonell. Noen har kanskje overdreven respekt for fagfolk. Da minner jeg om at jobben deres er å hjelpe pasienter.

Jeg gir råd, men har ingen oppskrift. Ofte har de svaret selv, men trenger støtte på at de tenker riktig. Mange har søkt etter informasjon selv og er forvirret.

Jeg har jobbet ti år i Kreftforeningen, ett år med Kreftlinjen. Vi er fjorten sykepleiere i tillegg til jurister og sosionomer. På vakt er vi tre sykepleiere sammen. Noen ganger er det hektisk, men vi har kapasitet til å svare enda flere.

Alle som tar kontakt får være anonyme. På meg virker det som det fjerner et «filter». Mange tillater seg å si mer enn de ville sagt til helsepersonellet de møter.

Den største utfordringen er samtalene med dem som nettopp har fått en diagnose. Da må jeg være i kaoset sammen med dem. Noen vil ikke si noe til familien. Kanskje ønsker de ikke å bekymre dem. Da snakker vi om det. Jeg kan si at det kan være tvert imot, at det er lettere for familien om de får dele nyheten. Men jeg gir ikke for mange råd. Jeg må spørre meg selv om hvilket behov jeg egentlig dekker: Mitt behov for å gi råd, eller behovet for støtte hos den jeg snakker med.

Mange er emosjonelle. Noen gråter. Da unnskylder de seg kanskje. Jeg sier de ikke skal beklage. Å gråte er normalt. Jobben min er å være her akkurat nå når det brenner som verst.

Jeg får debrifing og veiledning fast. Men når jeg har hatt en tung samtale, tar jeg tak i en kollega og får det ut med en gang.

Noen ganger får jeg spørsmål jeg ikke helt vet svaret på. Da konfererer jeg ofte med kolleger. Å være ærlig er viktig. Da tror jeg de som tar kontakt føler de blir tatt alvorlig.

Mange takker for at jeg har tid til å høre på dem. «Det er derfor jeg er her», sier jeg da. ■■■

Fortalt til Nina Hernæs Foto Stig Weston

Smokerlyzer® hjelper med å klare luften



Kliniske tester viser at røykere oftere lykkes med å slutte dersom en Carbon Monoxid måler benyttes sammen med deres "stump-røyken" program.



Kontakt Lambrechts Instrument Services AS for mer informasjon om piCO+ Smokerlyzer®

Leirvikflaten 23, Godvik, Bergen

Tel: +47 55 510770, Fax: +47 55510771

www.instrumentservices.no

"Fantastisk!"



- på 4 måneder har jeg gått ned 10 kilo og totalt 159cm. Magen har blitt 32 cm smalere. Jeg har fått hjelp av Bailine til å sette opp et kosthold som passer meg. Bailine har også gitt meg smertelindring for ryggsmarter, så nå klarer jeg annen trening også, og jeg har fått masse energi!"
Sigridur Larsen (26)

Bailine - det komplette slankesystem med figurforming, kosthold, trening og motivasjon.

Ring for GRATIS prøvetime
815 21 777



DER UTE HONDURAS

18. september ble sykepleier og fagforeningsleder Juana Bustillo skutt og drept i Honduras.

Sykepleierleder skutt

I fjor ble 16 tillitsvalgte drept i Honduras. Også i år er det meldt om flere drap på fagforeningsmedlemmer. Det seneste 18. september på sykepleier og fagforeningsleder Juana Bustillo.

Den tidligere lederen for Union of Workers of the Honduran Institute of Social Security (SITRAIHSS) hadde vært på møte ved Honduran Institute of Social Security sammen med andre fagforeningsaktivister. Klokkene 19.30 forlot hun bygningen og kjørte til et supermarked sammen med to andre. Umiddelbart etter å ha parkert kom en ukjent gjerningsmann bort og skjøt henne tre ganger. De to passasjerene kjørte henne tilbake til instituttet, men livet stod ikke til å redde.

Nyhetskilder spekulerer i om drapene skyldes fagforeningens motstand mot det sittende regimet.

Kupp og motstand

I juni 2009 gikk 200 soldater til aksjon mot Honduras president Manuel Zelayas hjem. Han ble ført bort og sendt til Costa Rica. Høyesterett i landet innrømmet at det var den som



FAKSIMILE El Tiempo

stod bak kuppet. Et flertall i Kongressen gikk deretter inn for å erstatte Zelayas med lederen av nasjonalfor-samlingen, Roberto Micheletti. Både EU og FN har fordømt kuppet, selv om USA blir beskyldt for å støtte det nye styret.

Etter kuppet er det dannet en motstandsfront mot regimet som består av fagforeninger og deres medlemmer.

Farlig å opponere

Så langt i år har det skjedd flere drap på fagorganiserte.

Den 3. februar ble sykepleier og medlem av Union of Workers of the Honduran Institute of Social Security myrdet. 16. juli ble innkjøpssjefen ved Honduran Institute of Social Security og hele hans familie skutt. Og nå sist ble sykepleier og fagforeningsleder Juana Bustillo drept.

Det høye antall fagorganiserte som er blitt drept etter kuppet, gjør at det spekuleres i om regimet på denne måten ønsker å kvitte seg med opposisjonelle. ■■■

HONDURAS

- ▶ Hovedstad: Tegucigalpa
- ▶ Befolkning: 7,8 millioner
- ▶ BNP per innbygger: 4 200 US dollar
- ▶ Forventet levealder: 70,45 år
- ▶ Spedbarnsdødelighet: 21,68 per 100

Kilder: El Tiempo, Aftenposten, NRK, Latin- Amerikagruppene i Norge.

Tekst Kari Anne Dolonen



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

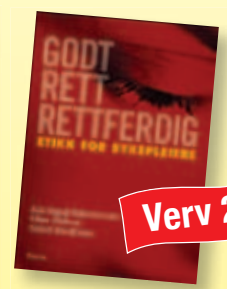
4 vervinger: iPod Nano 8 gb (siste modell).

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

Sykepleier Jorunn Knutsen ble drept av sin egen sønn, som er psykiatrisk pasient.

Psykiatrien sviktet

Fredag 17. september ble 61 år gamle Jorunn Knutsen funnet drept hjemme i huset sitt på Askøy utenfor Bergen. Knutsen var sykepleier ved Engensenteret, et sykehjem i Bergen sentrum. Det var sønnen på 36 år som selv meldte fra til politiet, og innrømmet at han hadde knivstukket moren. Sønnen skal ha slitt med psykiske problemer siden tenårene.

Syk i 18 år

Noen dager etter drapet sto Knutsens datter frem i Bergens Tidende. Bodil Knutsen mener drapet kunne vært unngått hvis broren hadde fått den hjelpen familien i årevis prøvde å skaffe.

– Vi har gått og ventet i alle år på at noe skulle skje, men hadde aldri trodd at han skulle gjøre noe så ille, sa Bodil Knutsen.

Hun fortalte at broren blant annet

har diagnosen schizofreni. Han bodde hjemme hos moren inntil for vel to år siden, da han fikk sin egen leilighet. Etter det har han nektet å ta medisinene og oppført seg mer aggressivt overfor omgivelsene.

– Da han bodde hjemme hos mor, sørget hun for at han tok medisinene, og han var mye bedre, forteller Bodil Knutsen.

Brukte kontakter

Jorunn Knutsen brukte sine fagkunnskaper og kontakter i alle årene med kamp for å få hjelp til sønnen.

– Vi sendte utallige bekymringsmeldinger, men fikk aldri vite hvordan de ville følge opp, forteller Bodil Knutsen.

Broren hadde kontakt med Øyane DPS, men ifølge Bodil Knutsen hadde de verken kapasitet eller kompetanse til å behandle ham.

Ansvaret ble overlatt til familien. Han har ikke selv ønsket behandling, og det har gjort det vanskelig for de pårørende å skaffe ham hjelp som voksen og myndig.

– Bør bruke mer tvang

Bodil Knutsen mener det bør være lettere for pårørende å få tvangsinnlagt alvorlig syke slektninger. Broren har vært innlagt et par ganger, men når han har blitt bedre og utskrevet, har det ikke vært noen til å følge opp.

– Jeg ser dilemmaet ved bruk av tvang, men mener helsevesenet er for forsiktige med å bruke tvang i tilfeller som dette. Det må et drap til før noe skjer.

Broren har vært dagpasient på Sandviken sykehus siden 2006, og er nå innlagt ved institusjonen.



DREPT: Jorunn Knutsen jobbet hele livet med eldre og hadde spesialkompetanse på demente.. Foto: Privat.

Tilsynssak

Helsetilsynet i Hordaland har varslet at det vil bli opprettet tilsynssak etter drapet. Fylkeslegen har bedt om mannens journal og uttalelse om hva slags behandling han har fått de siste par årene.

Fylkeslege Helga Arianson uttaler seg i forbindelse med drapssaken svært kritisk til hvordan DPS-ene fungerer, og viser til et landsomfattende tilsyn foretatt i 2008 og 2009.

Problemet er gjerne at sentrene har for små fagmiljøer og ikke klarer å rekruttere fagfolk. Fylkeslege Helga Arianson mener det kan se ut som det er etablert for mange DPS-er.

Et av målene i opptrappingsplanen for psykiatrien var at hele befolkningen skal sokne til et DPS. ■■■

Tekst Ellen Morland

Verv og vinn!



Norsk Sykepleierforbund
Svarsending 1016
0090 Oslo

Fag & bøøker



BLIR FLYTTET: Sykepleiere må bidra til at hjertepasienter får den informasjonen de har krav på selv om de pendler mellom flere avdelinger og sykehus. Side 54. Foto: Erik M. Sundt

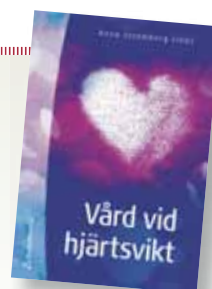
3 om hjertesykdom

Anbefalt av Tone Merete Norekvål, fag- og forskningssykepleier/førsteamanuensis

DAG THELLE, MAJA-LISA LÖCHEN
Kaotiske hjerter. Atrieflimmer, en moderne epidemi
Kompliserte mekanismer og behandlingsprinsipper belyses med pasienthistorier og gjør boken til et viktig bidrag i forståelsen av den største risikofaktoren for hjerneslag: atrieflimmer.



ANNA STRÖMBERG (RED.)
Vård vid hjärtsvikt
En bok som gir dybdekunnskap – et «must» for alle sykepleiere som arbeider med hjertesvikt-pasienter.



KOLBJÖRN FORFANG OG KNUT RASMUSSEN (RED.)
Det norske hjerte: Norsk hjertemedisins historie
Et historisk verk om utviklingen av kardiologen – og den kardiologiske sykepleien – i Norge, skrevet med både humor og alvor.





Else Jørgensen, høyskolelektor, Sykepleieutdanningen, Høgskolen i Molde.



Bjørg Hole-Drabløs, intensivsykepleier, Medisinsk overvåking, Molde sjukehus.



Johanne Krogset, intensivsykepleier, Medisinsk overvåking, Molde sjukehus.

Pendlerpasienten

Pasienter med hjerte- og karsykdommer flyttes mellom sykehusene og får derfor ikke alltid den undervisningen de har behov for.

Artikkelen handler om pasientundervisning basert på et prosjekt gjennomført ved Molde sjukehus. Begrepet pendlerpasient refererer til den situasjonen pasienter med koronarsykdom kommer i, når deres sykdomstilstand krever annen medisinsk behandling enn det lokalsykehuset kan gi. De får kort liggetid på det enkelte sykehuset og blir «pendlere» mellom sykehusene. Dette har medført endrede rammevilkår for sykepleierne når det gjelder den undervisningen pasientene ifølge pasientrettighetsloven har krav på (1). Ved Molde sjukehus har vi utarbeidet et nytt undervisningsprogram og en pasientmappe som skal følge pasientens «pendling» mellom avdelinger, sykehus og videre til primærlege. I tillegg har vi laget en sykepleiemappe som inneholder pedagogisk veiledningsmateriale og nyeste forskning innenfor behandling og sykepleie til denne pasientgruppen.

Bakgrunn

De siste årene har det skjedd store endringer i den medisinske behandlingen av pasienter med akutt koronarsyndrom. Tidlig, fullstendig og vedvarende blodgjennomstrømning etter akutt transmuralt hjerteinfarkt bedrer prognosen (2,3). Man foretrekker også å behandle med tidlig invasiv risikostratifisering med angiografi og eventuell revaskulering ved ustabil angina pectoris og ikke-transmurale hjerteinfarkter (3,4). Denne behandlingen er sentralisert til de større sykehusene. Tidspunkt for overflytting er en usikker variabel, og det kan derfor være vanskelig å finne tid til undervisning i forhold til hvor mye tid sykepleieren har til disposisjon. Timmins (5) peker på at dette er en generell utfordring på grunn av kortere liggetid på sykehus, mens Oterhals et. al (6) mener at det ikke er blitt undersøkt nok om reduksjon i liggetid har påvirket pasientinformasjonen. Ingen studier har tidligere fokusert på hvilke utfordringer pendling mellom sykehusene gir i forhold til pasientundervisning.

Tidligere var pasienter med et ukomplisert hjerteinfarkt innlagt cirka i én uke. Sykepleierne hadde da mulighet til å undervise pasientene før de reiste hjem eller ble overflyttet til videre utredning eller behandling. Sykepleiernes utfordring er nå at de fleste pasienter blir overflyttet i akuttfasen eller tidlig i forløpet. Liggetiden før overflytting kan variere fra at pasienten ikke er innom lokalsykehuset før transport, til timer eller dager før overflytting. Pasientene kan da være i en fase hvor de ikke er mottakelige for informasjon på grunn av sin akutte situasjon (7). Informasjonen er da ofte sentrert omkring det som skal skje med pasienten akkurat da; for eksempel om transport, om pårørende kan være med og om hva som skal skje etter overflyttingen. Behandlingstiden vil variere og vi vet lite om hvor mye undervisning pasientene rekker å få på de større sykehusene før de igjen overflyttes til det lokale sykehuset eller utskrives til hjemmet.

Ifølge European Society of Cardiology's guidelines (2) skal pasienter som har gjennomført Perkutan koronar intervensjon (PCI) eller gjennomgått et hjerteinfarkt, ha kontakt med enten poliklinikk

eller primærlege innen seks uker etter utskrivelse fra sykehus. Det er usikkert hvor vidt dette er mulig å oppnå ved alle sykehusene. Derfor er undervisningen sykepleiere gir på sykehusene viktig.

Hensikt og mål

Hensikten med prosjektet var å undersøke om pasientenes mulighet for tilfredsstillende undervisning i forbindelse med akutt koronarsyndrom hadde forandret seg i forbindelse med økt pendling mellom sykehusene. Målet er å ivareta pasientenes behov for undervisning i forbindelse med den akutte situasjonen de er i, samt veilede og støtte pasienten til å lære seg å leve med en kronisk hjertesykdom. Dette skal man oppnå uansett om pasientene er innlagt på det lokale sykehus under hele sykdomsperioden, eller pendler mellom lokalsykehuset og universitetssykehuset.

Metode

For å finne ut av om pasientenes undervisningsbehov allerede var ivaretatt, innledet vi prosjektet med intervju av åtte pasienter; fire med akutt hjerteinfarkt og fire med ustabil angina. Alle var primært innlagt på lokalsykehuset (9). Intervjuguiden tok utgangspunkt i en undervisningsmal som forelå i den elektroniske pasientjournalen (EPI) ved medisinsk overvåking, med hovedfokus på: Skriftlig informasjon i form av brosjyrer om hjerteinfarkt/angina pectoris, livsstilsinformasjon (kost, mosjon, røyking), informasjon om medikamenter, informasjon til pårørende og film om hjerteinfarkt. I tillegg ble det foretatt studiebesøk til St. Olavs Hospital i Trondheim og Universitetssykehuset i Linköping for å observere deler av pendlerpasientens vei gjennom behandlingen og hente impulser i forhold til tema fra et annet nordisk land.

Intervjuer

Fem menn og tre kvinner i alderen 56–78 ble spurt om å delta i undersøkelsen etter hvert som de ble innlagt på overvåkingsavdelingen. I forbindelse med en studietur til St. Olavs Hospital fulgte vi en pasient med akutt hjerteinfarkt og en pasient med ustabil angina pectoris til angiografi. Dette ga oss innblikk i undersøkelsen og pasientens behov for informasjon.

Intervjuene ble foretatt fra fire dager til tre uker etter utskrivelsen fra sykehuset og varte fra 60–90 minutter, enten i hjemmet til pasienten eller på sykehuset. Intervjuene ble ikke transkribert, men lyttet gjennom av den enkelte prosjektdeltaker og i fellesskap, til ulike nyanser rundt temaet var oppfattet. I analysefasen ble tema systematisert ut fra intervjuguiden. På denne måten fikk vi en oversikt over pasientenes opplevelse av den undervisning de hadde fått, sett i forhold til det eksisterende undervisningsprogrammet.

Funn og diskusjon

Pasientens opplevelse av om de hadde fått den undervisningen de

www.sykepleien.no

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

Søkeord:

- ▶ Hjerteinfarkt
- ▶ Hjerte- og karsykdom
- ▶ Informasjon
- ▶ Undervisning





hadde behov for varierte. Det samme gjaldt deres oppfatning av om undervisningen var i samsvar med de oppsatte fokusområder i undervisningsopplegget. De fleste pasienter hadde fått informasjonsmateriell og informasjon, men det kunne virke tilfeldig hva som var vektlagt. Det var individuelt hvilken type undervisning den enkelte hadde behov for. Dette individuelle behovet bekreftes i mange tidligere undersøkelser (10,11). Hvor mye pasientene oppfattet av informasjonen var også avhengig av hvilken sykepleier som ga den. Lønstad beskriver også denne problematikken. Én av sykepleierne i hennes undersøkelse sier at det er forskjell på hvordan man informerer: «Noen tar den – er det noe du lurer på med infarkt ditt? Sier pasienten nei, så er det greit» (10 s. 12). Dette støttes av Timmins som refererer til Thomas (5): «... the extent of the information giving is often dependent upon the style of the individual nurse» (s. 178).

Nøkkelområder

Funnene viste også at hvis det forrige undervisningsopplegget hadde blitt brukt systematisk og sykepleierne hadde hatt eller prioritert tid, ville pasientene fått god undervisning. De områdene som ble etterlyst av de åtte intervjupersonene er nemlig med i undervisningsopplegget. Dette gjelder både for pasienter med akutt hjerteinfarkt og pasienter med ustabil angina pectoris. Lønstad (10) skriver at der veiledningen var standardisert i forhold til en pasientgruppe, fungerte det bedre. Lønstad (10) tar også opp individuell tilpasning. Hun skriver at standardisert opplegg ikke må brukes ukritisk, men fungere som mal for individuell tilpasning. Det samme er Timmins (11) inne på. En av hennes konklusjoner er at det vil være relevant

å strukturere informasjonsbehovet med utgangspunkt i åtte nøkkelområder og at det blir sykepleierens oppgave å individualisere ut fra disse. Nøkkelområdene er i store trekk de samme som benyttes i undervisningsopplegget ved Molde sjukehus.

Oppfatter ikke informasjon

De åtte pasientene i vår undersøkelse var innlagt ved lokalsykehuset før de ble overflyttet til universitetssykehuset. Tidsperspektivet kan derfor ikke være den eneste grunnen til manglende undervisning. Tidligere undersøkelser viser at pasientene ikke alltid oppfatter den undervisningen sykepleiere gir samtidig med at de utfører andre oppgaver (12). Dette kan være en forklaring på at pasientene sier de ikke har fått undervisning i enkelte av temaene i undervisningsopplegget. Spontane pedagogiske situasjoner oppstår når anledningen byr seg og er typiske i sykepleiepasientsamhandlingen (12). Det er ikke alltid slike situasjoner oppfattes som en pedagogisk situasjon, verken av pasient eller sykepleier. Pasienten kan da lettere glemme den undervisningen som blir gitt, og sykepleieren kan glemme å dokumentere den.

Trenger oppfølging

Pasientene med ustabil angina pectoris er den pasientgruppen som opplevde at de fikk minst undervisning, selv om de hadde lengre liggetid før overflytting. To av fire pasienter ble også flyttet internt før overflytting til universitetssykehuset, noe som kunne vært en årsak til manglende undervisning. Men det forklarer ikke hvorfor de andre to ikke fikk utfyllende undervisning. Weetch (13) skriver

PASIENTUNDERVISNING: Pasienter med hjerteinfarkt trenger blant annet kunnskap om medikamenter og livsstil. Arkivfoto: Erik M. Sundt.



at 73 prosent av pasientene med angina pectoris i hans undersøkelse ønsket mer informasjon om hvordan angina pectoris påvirker deres dagligliv. Vår studie viste også en betydelig forskjell på hvor mye undervisning pasienter med hjerteinfarkt og pasienter med angina pectoris hadde fått. En av årsakene kan være at det er større fokus på undervisning av pasienter med hjerteinfarkt. Pasienter med angina

De fleste pasienter blir overflyttet i akuttfasen eller tidlig i forløpet.

pectoris kommer heller ikke tilbake til avdelingen og sykepleierne har derfor ikke mulighet til å følge opp påbegynt undervisning. Pasienter med ustabil angina pectoris er da avhengig av oppfølging av primærlege/poliklinikk. Den polikliniske oppfølgingen vil ikke skje før fire–seks uker etter utskrivelsen. Pasienten må selv ordne kontakt med primærlege hvis det er nødvendig.

Konklusjon

Ikke alle de åtte pasientene med akutt koronarsyndrom fikk den undervisning de hadde krav på og behov for. De fikk det på noen temaområder, men ikke på alle. Den manglende muligheten til systematisk å følge opp den påbegynte undervisningen, altså utfordringen med pendlerpasienten, står sentralt. Når det gjelder det eksisterende undervisningsopplegget i EPJ kan det se ut som om en standardisering av undervisningen mangler. Det må i større grad vektlegges at alle sykepleiere underviser ut fra et standardisert undervisningsprogram, med fokus på individuell tilnærming.

Praktiske konsekvenser

For å kompensere for manglende systematisk oppfølging av undervisningen, har vi tatt i bruk en pasientmappe med et skjema hvor man krysser av for mottatt undervisning. Pasientmappen skal følge pasienten fra innleggelse til utskrivelse og videre til primærlege, poliklinikk og eventuelt hjemmesykepleier. Pasientmappen skal inneholde nødvendig informasjon i forhold til den aktuelle pasients behov, og skal inneholde et avkrysnings skjema med områder det er sentralt å få undervisning i. Skjemaet er utarbeidet ut fra undervisningsprogrammet i EPJ og skal hjelpe pasienten til å holde oversikt over både den undervisningen som er gitt, men også over undervisning han kan spørre om å få. Flere studier viser ifølge Oterhals (6) at det er forskjell på hva pasienter og sykepleiere oppfatter som den viktigste informasjonen. Skjemaet skal brukes aktivt i sykepleierens undervisning av pasienten, både i planlagte og ikke-planlagte undervisningssituasjoner.

Pasientmappe

Pasientens situasjon og individuelle forutsetninger skal være

utgangspunkt for undervisningen. Granum (12) skriver at den undervisningen sykepleiere gir, i stor grad er sentrert rundt de arbeidsoppgaver sykepleieren utfører, og består i de fleste tilfeller av fakta. Hvordan pasienten opplever sin situasjon eller kan tenkes å komme til å oppleve sin situasjon, blir ikke berørt i samme grad. Avkrysnings skjemaet vil føre til at undervisningen blir mer individuell. I tillegg vil det ivareta kontinuiteten i undervisningen og gi bedre mulighet til å dokumentere den informasjonen som er gitt. Brosjyrene i mappen vil gi pasienten mulighet å ta frem informasjonsmaterialet når han føler behov for det, og bidra til at han får mer styring over sin egen prosess i undervisningen. Viktigheten av skriftlig informasjon er også nevnt av Lønstad (10), som peker på at det standardiserte opplegget skal inneholde både muntlig og skriftlig informasjon. Samme resultat kom Weetch (13) frem til i sin undersøkelse. Han skriver at The National Service Framework for Coronary Heart Disease «calls for a written protocol» som blant annet kunne inneholde anbefalinger om livsstil. Han forutsetter at undervisningen til pasienter, som har vært innlagt på sykehuset med ustabil angina pectoris, begynner på sykehuset og må følges opp av primærhelsetjenesten. Det er nettopp dette prosjektet ønsker å legge til rette for med pasientmappen, som skal følge pasienten helt frem til poliklinikk, primærlege og primærhelsetjenesten. Pasientmappen med avkrysnings skjema kan være med på å gi pasienten større ansvar. Vi vil at pasienten skal være en sentral aktør i sin egen undervisning så langt vedkommende ønsker. Askheim og Strarrin (14) understreker betydningen av å betrakte mennesker som aktører i sitt eget liv.

Sykepleiemappe

For å imøtekomme manglende standardisert undervisning, tas det i bruk en sykepleiemappe med undervisnings- og veiledningsmal, litteraturhenvisning og nyere forskning. Sykepleiemappen inneholder aktuell litteratur for sykepleieren. Det er litteratur om pasientundervisning, henvisning til litteratur om pasientrettighetsloven, helsepersonelloven og faglitteratur, med de nyeste artiklene om forskning på behandling og sykepleie til denne pasientgruppen. Dette vil være et godt utgangspunkt for sykepleieren til å gi kunnskapsbasert undervisning. Sykepleiemappen skal oppdateres av ressursgruppen med ansvar for disse pasientene. Mappen inneholder også en kort veiledning til sykepleierne med hovedområdene i den didaktiske relasjonsmodellen (15) og en utdyping av undervisningsprogrammet i den elektroniske pasientjournalen. Sykepleiemappen skal gjøre at sykepleierne kan imøtekomme kravet om faglig forsvarlig og kunnskapsbasert undervisning. Lønstad (10) skriver at selv om sykepleieren har et standardisert program, kan det være vanskelig å integrere pasientveiledning i postens arbeidsrutiner når det er stor utskiftning av personalet. Dette prøver prosjektet å imøtegå med sykepleiemappen som skal ivareta både den faglige kvaliteten og en standardisering av pasientundervisningen. ■■■

LITTERATUR

- Sosial- og helsedepartementet. Helsepersonelloven med forskrift. Pasientrettighetsloven med forskrift og rundskriv. MEDLEX. Oslo: Norsk helseinformasjon, 2007.
- Vahanian A, m.fl. (Chairperson, Committee for Practice Guidelines) ESC Guidelines: Management of acute myocardial infarction in patients presenting with persistent ST-segment elevation. *European Heart Journal* 2008; 29: 2909–2945.
- Ottestad JO, Platou ES, Mangschau A, Endresen K. Hjerteinfarkt. Diagnostikk og behandling. *Hjerteforum* 2007; 20: 1–30.
- Melberg T, Thorsen M, Hansen JB, Westheim A. Hvordan behandles pasienter med akutt koronarsyndrom i norske sykehus? *Tidsskrift Norsk Lægeforening* 2005; 125: 2925–2928.
- Timmins, F. A review of the information needs of patients with acute coronary syndromes. *Nursing in Critical Care* 2005; 10: 174–183.
- Oterhals K, Hanestad BR, Eide GE, Hanssen TA. The relationship between in-hospital information and patient satisfaction after acute myocardial infarction. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 2006; 5: 303–310.
- Mosmand AS, Kjøllesdal A. Å være akutt kritisk syk. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag A/S, 2004.
- Nordby H. Oppfatter pasienten det du sier? *Tidsskriftet Sykepleien* 2008; 15: 68–71.
- Fog J. Med samtalen som utgangspunkt. Det kvalitative forskningsinterview 2. rev. utg. København: Akademisk Forlag, 2004.
- Lønstad A. Kvalitet i pasientveiledning – planlagt eller overlatt til tilfeldighet? *Norsk tidsskrift for sykepleieforskning* 2000; 2: 3–18.
- Timmins F, Kalisz M. Information needs of myocardial infarction patients. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 2003; 2: 57–65.
- Granum V. Praktisk pasientundervisning. Bergen: Fagbokforlaget, 2003.
- Weetch RM. Patient satisfaction with information received after a diagnosis of angina. *Professional Nurse* 2003; 19: 150–153.
- Askheim OP, Starrin B. Empowerment i teori og praksis. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag A/S, 2008.
- Hilim H, Hippe E. Læring gjennom opplevelse, forståelse og handling. Oslo: Universitetsforlaget, 1998.



Elin Margrethe Solli, nevropsykeleier, Avdeling for ryggmargsskade, Klinikk for fysikalsk medisin og rehabilitering, St. Olavs Hospital, Trondheim.

Veien tilbake til livet

Sykepleiere som jobber med unge ryggmargsskadede har en sentral rolle som veileder og støttespiller i rehabiliteringsfasen.

Som sykepleier i en rehabiliteringsavdeling for ryggmargsskadede pasienter, møter jeg ungdom mellom 15 og 19 år med ryggmargsskader. Livet til disse unge menneskene har endret seg radikalt etter skaden. Mye av det som var selsagt i tilværelsen er nå endret. Jeg har erfart at det er en stor utfordring å hjelpe disse unge pasientene med å få tilbake kontrollen over egen kropp og eget liv. Jeg har hatt kontakt med noen av disse ungdommene i ettertid og får inntrykk av at enkelte isolerer seg og dermed får redusert livskvalitet. De retter all oppmerksomhet mot skaden og bruker all energi på håpet om å kunne gå igjen. Selvmordstanker forekommer også. Det primære rehabiliteringsoppholdet har stor betydning for hvordan livet blir for den ryggmargsskadede etter utskrivelse. Rehabilitering av ryggmargsskadede pasienter kan vare fra tre til ni måneder. I denne prosessen er rehabiliteringsteamet rundt pasienten viktig for at alle funksjoner ivaretas (1).

Hensikten med studien er å se på hva vi som sykepleiere kan gjøre under det primære rehabiliteringsoppholdet i kraft av vår veilederrolle, for at ungdommene skal oppnå et godt selvbylde og god livskvalitet. Det å ta ansvar for sin egen kropp er svært viktig for å nå dette målet. I yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere står det: «Sykepleieren bidrar til verdibevisthet, fagutvikling og forskning, og til at ny kunnskap innarbeides og anvendes i praksis» (2, s. 9). Nortvedt et al. definerer kunnskapsbasert sykepleie slik: «Å utøve kunnskapsbasert sykepleie er å ta sykepleiefaglige avgjørelser på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i den gitte situasjon» (3, s. 15).

På grunnlag av dette kom jeg frem til følgende problemstilling: «Hvordan kan sykepleieren gjennom veilederrollen fremme at ungdom med en ryggmargsskade tar tilbake ansvaret for egen kropp i rehabiliteringsprosessen?»

Metode

For å finne sykepleiefaglige forskningsartikler om emnet har jeg gjort en rekke litteratursøk i forskjellige databaser. I utgangspunktet valgte jeg ut forskningsartikler og fagartikler som omhandler veiledning, ungdom, ryggmargsskade og rehabilitering. Men det viste seg å være vanskelig å finne artikler som spesifikt var rettet mot problemstillingen. Jeg har derfor valgt forskningsartikler og fagartikler som også omhandler undervisning, en annen pasientgruppe og voksne. Jeg fant seks artikler som jeg kunne anvende, og disse artiklene er publisert i tidsrommet 2001 til 2008.

Veiledning

En ryggmargsskade vil føre til at mange av kroppens funksjoner ikke lenger fungerer som normalt. Pasienten må bli kjent med kroppen sin på nytt, og det som tidligere var en selvfølge kan nå bli problematisk. Pasienten kan trenge hjelp til å tømme blæren og tarmen på grunn av blærepause og tarmpause. I noen tilfeller vil pasienten

være avhengig av hjelp til respirasjon. Sex og samliv kan by på utfordringer og pasienten kan få smerter og sår. Veiledning er betydningsfull, profesjonell assistanse i individers og gruppers læring og utvikling, og er et supplement til annen pedagogisk virksomhet. Ved å definere veiledning som profesjonell assistanse, understrekes det at veiledning har et faglig fundament og klare mål og verdier (4).

Viktig rolle

Sykepleieren samarbeider nært med legen og deltar aktivt i forebygging og behandling. Det er viktig å samarbeide nært med de andre yrkesgruppene i teamet. Sykepleieren har den viktigste rollen i opplæring av pasienter og pårørende (1). En litteraturstudie (5) viser at sykepleieren ofte er den første pasienten møter fra rehabiliteringsteamet. Sykepleieren er hos pasienten 24 timer i døgnet. Studien viser at det at sykepleieren hjelper pasienten til å ta kontroll over egen helsestilstand vil gjøre rehabiliteringsopplevelsen bedre for pasienter med ryggmargsskade (Ibid).

Rehabiliteringsprosessen

Rehabiliteringsprosessen er tidsavgrenset, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler er derfor viktig. Det er også vesentlig at flere aktører samarbeider om å assistere pasientens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltagelse sosialt og i samfunnet (6). For at pasienten skal ta ansvaret for sin egen kropp tilbake er det viktig at den ryggmargsskadede er mest mulig selvhjulpent i forhold til egen kapasitet i den avsluttende fasen på sykehuset. Det er også viktig at den ryggmargsskadede vet hvordan han kan utnytte den refleksfunksjonen som fremdeles finnes (7).

Ungdom

Det skjer store biologiske forandringer med mennesket i perioden fra barn til voksen, og identitetsdannelse regnes for å være sentral i ungdomstiden (8). Møte med ungdom representerer også noen spesielle utfordringer når det gjelder helse og kommunikasjon. Det er derfor viktig at sykepleieren er orientert om samfunnets generelle forventninger til ungdom, når det gjelder utdanning, sosial aktivitet og arbeid (9). For ungdom innebærer helse det å ha tilhørighet til venner og familie, gå på skole, være i arbeid samt tilgang til materielle ting (Ibid). Det å lykkes i ungdomstiden synes å avhenge av god helse og overskudd (10).

Diskusjon

Ungdom som har fått en ryggmargsskade er en liten pasientgruppe. Derfor er det også viktig å fokusere på denne gruppen. Veiledning er en viktig del av sykepleierens hverdag. I det følgende håper jeg å få frem hvor viktig det er at vi som sykepleiere reflekterer over vår rolle som veiledere for denne pasientgruppen. For å belyse de forskjellige aspekter ved veiledning har jeg valgt å dele diskusjonen inn i fem faser hentet fra Tveiten (4). Disse fasene er: Planleggingsfasen, bli

www.sykepleien.no

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

Søkeord:

- ▶ Nevrolog
- ▶ Ungdom
- ▶ Veiledning
- ▶ Rehabilitering
- ▶ Sykepleier
- ▶ Traume



kjent/bli trygg-fasen, arbeidsfasen, avslutningsfasen og bearbeiding. Overgangen mellom de fem fasene er flytende.

Planleggingsfasen

Litteraturen beskriver at i planleggingsfasen må sykepleieren reflektere over hvem som skal veiledes og over egen motivasjon i forhold til veilederrollen (4). Omfanget av skaden kan være svært forskjellig, men hver pasient opplever at deres verden er «snudd på hodet». Det er også viktig å være forberedt på å møte en pasient i rask fysiologisk, psykologisk og sosial endring (9). I en studie fremkommer det at de fleste ryggmargsskadede pasientene ser på sykepleieren som sentral i hele rehabiliteringsprosessen. Sykepleieren er den som gir informasjon, emosjonell støtte og passer på pasientens kroppsfunksjoner (5). Makt er ett sentralt begrep i veiledningssammenheng. Det er viktig at sykepleieren er bevisst på hvordan makt kan påvirke relasjonen mellom en selv og pasienten (11). Pellat fremhever i sin studie som interessant at bare én sykepleier erkjente den makten sykepleieren kan ha ovenfor pasienten (5). Det er også viktig å reflektere over hva som er hensikten med veiledningen (4).

Bli kjent/bli trygg fasen

Denne fasen starter når sykepleier og pasient møtes. Litteraturen fokuserer på at det første møtet har betydning når det gjelder å oppnå tillit (4). Ifølge Hjortedal er det viktig å være tålmodig i forhold til å oppnå tillit. Ungdom trenger mye tid (9). Kommunikasjon med

ungdom bør foregå i en atmosfære preget av trygghet, nærhet og forutsigbarhet. Dette er viktigere enn profesjonell assistanse (10). Selv sier ungdom, om kommunikasjon med helsevesenet, at det viktigste for dem er å bli tatt på alvor og bli lyttet til. For dem er det viktig med humor, da dette ufarliggjør temaer som kan være følsomme (9). Noe av det som kjennetegner effektivt helsearbeid er at den som søker hjelp opplever å bli hørt, sett og møtt på en profesjonell, respektfull måte (Ibid). Det er viktig aldri å se personen som problemet, men selve problemet (12). Det er også viktig å huske at det er pasienten som er ekspert på seg selv, sitt eget liv og sine egne erfaringer (11).

Min erfaring er at det er viktig å skape et godt tillitsforhold til pasienten. Ryggmargsskaden kan føre til at pasienten får problemer med selvfølelsen, og noen klarer heller ikke å godta skaden de har fått. Det betyr mye for utviklingen av selvbildet hvordan omgivelsene, spesielt venner, lærere og helsepersonell, møter ungdom med kroniske lidelser (13). Mine erfaringer tilsier at dette også kan relateres til ungdom som har fått en ryggmargsskade.

Hensikten med veiledningen må klargjøres i denne fasen. Pasienten er ikke nødvendigvis bevisst eget behov for undervisning og veiledning, og motivasjonen kan derfor være lav. Sykepleierens oppgave blir å motivere (4). I min praksis ser jeg hvor nyttig det er at rehabiliteringsteamet setter opp kortsiktige og langsiktige mål sammen med pasienten. Da har vi noe å jobbe mot, og det blir lettere for pasienten å se noe meningsfullt i rehabiliteringsprosessen. Samtidig gir pasientene tilbakemelding på at dette skaper motivasjon,

Fakta om ryggmargsskader

- › Mellom 1800 og 3000 personer i Norge lever med varige funksjonstap som følge av en ryggmargsskade.
- › Hvert år har vi 70–80 nye pasienter med traumatiske ryggmargsskader som trenger omfattende rehabilitering.
- › Traumatiske ryggmargsskade har oppstått som følge av et ytre traume.
- › Atraumatiske ryggmargsskade kan oppstå på grunn av infeksjon, sirkulasjonsforstyrrelse, eller et neoplasme. Kan også være medfødt eller forårsaket av medisinsk eller kirurgisk behandling.
- › Tetraplegi: En ryggmargsskade som medfører lammelser i både armer og bein.
- › Paraplegi: Lammelser i beina.
- › Komplette ryggmargsskade: Alle opp og nedadstigende baner forbi skadestedet er ødelagte. Inkomplette skade: Ikke alle forbindelser gjennom ryggmargen brutt.



Pasienten må bli kjent med kroppen sin på nytt.

og mange opplever en mestringsfølelse når mål er nådd. En studie understreker at for å skape motivasjon hos pasienten må pasienten forstå hensikten med læringen (14). Som nevnt kan rehabiliteringsprosessen for pasientene i vår avdeling vare fra tre til ni måneder. Vi har derfor tid til å oppnå en god relasjon, som igjen kan føre til at pasienten lar seg veilede på en god måte. Jeg har erfart at pasientene har ulikt tempo. Det er viktig å ta hensyn til dette. Litteraturen viser hvilke utfordringer ungdom går gjennom i alderen 15 til 19 år (10), og dette kan være et godt hjelpemiddel i møte med hver enkelt pasient. I en studie kommer det frem at ungdom med astma ønsker å frigjøre seg fra foreldrene, og da er det nødvendig med kunnskap for at ungdommene skal mestre livet og bli selvstendige (13). Dette mener jeg at også kan relateres til ungdom som har fått en ryggmargsskade.

Arbeidsfasen

Selve veiledningen foregår i arbeidsfasen (4). Her er dialogen sentral. Pasienten oppdager, lærer og erkjenner hva han ønsker å forandre, og hvordan forandringen kan skje (Ibid). Innholdet i veiledningen kan være relatert til noe som allerede er erfart, til en her og nå-situasjon, eller den kan være fremtidsrettet. Pasienten vil gjennom veiledningen forberede seg på fremtidige utfordringer (Ibid). En studie viser at sykepleieren må fokusere på de elementene som pasienten ønsker å lære noe om, og ikke på hva sykepleieren selv mener han skal lære (15). En studie viser at spesifikk informasjon er et direkte behov. Det er relevant for å ta vare på seg selv og avgjørende for å bevare helsen (16). I tillegg hevder studien at tidlig informasjon om resultat av ryggmargsskaden er nødvendig, for å forberede pasienten på fremtidige behov (Ibid). Samtidig kommer det frem at de fleste pasienter synes at rehabiliteringsperioden er den beste tiden for læring. Pasienten ønsker å ta ett steg av gangen, og hvordan man har det psykisk er avgjørende for tempoet (Ibid). Ifølge litteraturen er det viktig å være lydhør, empatisk og ikke dømmende. Man bør bruke ord og uttrykk som ungdom forstår, og det er viktig at sykepleieren er seg selv. Videre er det nyttig å bruke åpne spørsmål for å få relevante svar (9). En studie viser at konkrete framtidsspørsmål kan gjøre drømmene mer tilgjengelige hvis man er i en problemfylt og smertefull livssituasjon (12). En annen studie har trukket frem konkrete spørsmål som viktige for å få frem hva pasienten ønsker å lære i den videre rehabiliteringen (15). Det er viktig at sykepleieren fanger opp det pasienten sier og uttrykker (11).

Faglitteraturen beskriver ungdom som kunnskapstørste og med et stort informasjonsbehov. Mange bruker internett som hovedkilde til å innhente informasjon (9). Som sykepleiere må vi ta inn over oss den stadig økende bruken av internett. Kanskje må vi bli flinkere til å bruke dette mediet i vår veilederrolle. IKT-opplæring hjelper ungdom til å orientere seg i informasjonssamfunnet, velge ut informasjon, og vurdere kvaliteten på denne (13). En studie viser at det er viktig for pasienter med ryggmargsskade med variasjon av informasjonsmiddel (16). En annen studie fremhever at passende læremetoder er viktig

for å oppnå en vellykket utvikling (14). En måte å lære pasientene ferdigheter på kan være at sykepleieren viser fremgangsmåten først, og deretter lar pasienten overta (4). En studie viser at for å underbygge ungdommers selvstendighet bør helsepersonell undervise uten foreldre til stede. Ungdom med astma er vant til å stole på foreldrene, så undervisning uten foresatte ga ungdommene en følelse av ansvar for egen læring og mestring (13).

Avslutningsfasen

I avslutningsfasen trekker man eventuelle konklusjoner, oppsummerer læringsresultater og ser på mulige veier videre, samt at veiledningen evalueres (4). Samarbeidet mellom sykepleier og pasient bør også evalueres. Ifølge en studie er samarbeidet mellom sykepleier og pasient grunnleggende for å fremme ferdigheter hos pasienten, slik at man kan oppnå det utfallsmålet man ønsker (14).

Bearbeiding

Refleksjon og bearbeiding fortsetter i denne fasen og kan bidra til at kunnskap integreres i pasientens forståelse og handlingsgrunnlag. Har pasienten oppdaget behovet for forandring, må denne forandringen iverksettes over tid (4). Min erfaring er at hvis pasienten får bruke den tiden han trenger til å bearbeide og reflektere, vil han se nytten av kunnskap, lære seg ferdigheter og gradvis ta ansvar for egen kropp igjen.

Konklusjon

Mine funn viser at sykepleierens rolle som veileder er sentral og viktig i møte med ungdom som har fått en ryggmargsskade, for at de skal ta ansvar for egen kropp igjen. Videre fremkommer det hvordan man kan oppnå god veiledning ved å bli bevisst på ulike veiledningsmåter. Samtidig er det viktig at sykepleieren er reflektert i forhold til sin rolle som veileder i møte med ungdom med ryggmargsskade.

Veiledning er tett forbundet med forebyggende arbeid. Har pasienten kunnskap om ryggmargsskaden sin, vil han selv kunne forebygge komplikasjoner og unngå sykehusinnleggelse. Dette vil være økonomisk besparende for samfunnet samtidig som pasienten vil oppnå god livskvalitet. Gjennom kunnskap om egen skade, og ved å være villig til å dele den med andre, kan den ryggmargsskadede unngå fordommer.

Sykepleieren står stadig overfor nye utfordringer når det gjelder den veilederrollen. Ungdom bruker i økende grad internett som informasjonskilde. Men de kan ha vanskeligheter med å være selektive i forhold til informasjonen de finner. Dette tilsier at sykepleier må veilede pasienten i bruken av kilden og i å vurdere informasjonen kritisk. Dette fører til at pasienten i økende grad blir kritisk i forhold til det rehabiliteringsstilbudet vi gir, ved å sammenligne dette med andre behandlingstilbud.

Fagartikkelen ble skrevet i tilknytning til at forfatteren tok videreutdanning i klinisk sykepleie med fordypning i nevrosykepleie ved Høgskolen i Bergen i 2007/2008. ■■■

LITTERATUR

- Hjeltnes N. Ryggmargsskader. I: Wekre LL, Vardeberg K. red. Lærebok i rehabilitering, når livet blir annerledes. Bergen: Fagbokforlaget, 2004: 149–167.
- Norsk sykepleier forbund. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Oslo: Norsk sykepleierforbund, 2007.
- Nordvedt MW. et al. Å arbeide og undervise kunnskapsbasert: En arbeidsbok for sykepleiere. Oslo: Norsk sykepleierforbund, 2007.
- Tveiten S. Pedagogikk i sykepleierpraksis. Bergen: Fagbokforlaget, 2001.
- Pellat GC. Perception of nursing role in spinal cord injury rehabilitation. *British Journal of Nursing* 2003; 12 (5): 292–299.
- Sosial- og helsedepartementet. Ansvar og meistring. Mot ein helskapeleg rehabiliteringspolitikk. St.meld. nr. 21 (1998–99). Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- Statens helsetilsyn veiledningsserien 4–98. Behandling av ryggmargsskade i Norge.
- Bjerke T, Svebak S. Psykologi for høgskolen. Oslo: Ad Notam Gyldendal, 1999.
- Hjortedal P. Unges kommunikasjonsmåter. I: Haavet, O.R. red. Ungdomsmedisin. Oslo: Universitetsforlaget, 2005: 89–95.
- Haavet OR. Ungdomsmedisin. Oslo: Universitetsforlaget, 2005.
- Tveiten S. Den vet best hvor skoen trykker... Om veiledning i empowermentprosessen. Bergen: Fagbokforlaget, 2007.
- Ottosen G. Hva slags veileder ønsker jeg å være eller bli? – Veiledning inspirert av narrativ teori og praksis. Fokus på familien 2007; (1): 52–68.
- Selmer ÅW, Brataas HV, Holmen TL. Evaluering av et undervisningsopplegg for ungdom med astma. *Tidsskrift for Den norske legeforening* 2004; 124 (1): 40–41.
- Williams S. The role of patient education in the rehabilitation of people with spinal cord injuries. *International Journal of Therapy and Rehabilitation* 2008; 15 (4): 174–179.
- Nolan J, Nolan M, Booth A. Developing the nurse's role in patient education: rehabilitation as a case example. *International Journal of Nursing Studies* 2001; 38: 163–173.
- May L, Day R, Warren S. Perception of patient education in spinal cord injury rehabilitation. *Disability and Rehabilitation* 2006; 28 (17): 1041–1049.



Olav Hamran

Aktuell med: Riktig medisin?
En historie om apotekvesenet
Yrke: Historiker og leder av
Nasjonale medisinsk museum
Bosted: Oslo



En farmasøytisk

Frem til 2001 var det 400 av dem i Norge. Så ble markedskreftene sluppet løs på apotekene.

Tekst **Nina Hærnes** Foto **Stig Weston**

I 2001 kom ny apoteklov. Over natten gikk apotekene fra å være eid av farmasøyter til å kunne bli eid av nesten hvem som helst. Der man før måtte søke om bevilling for å åpne et nytt apotek, ble det fritt fram å etablere flere. På kort tid var apotekene eid av kjeder som igjen er kontrollert av internasjonal legemiddelindustri.

Da Dagfinn Høybråten som helseminister la fram forslaget til den nye loven, sa han at den ville bidra til å åpne en bransje som hadde vært lukket i 400 år. Det synet delte ikke alle apotekerne.

– Det var strategisk sagt, sier historiker Olav Hamran, som har skrevet om apotekvesenet. Det er en historie om lange tradisjoner og plutselig omveltning.

– En sentral del av boken min leder fram til loven trer i kraft. Den viser et privat vesen som var under offentlig kontroll. Det ble planlagt og sentralt styrt av Helsedirektoratet, på en skikkelig komplisert måte.

Kritikerne karakteriserte etter hvert vesenet som ineffektivt og korrupt, og mente i tillegg det var gammeldags og utdatert.

Hamran peker på det ble styrt etter den historiske Evang-modellen, der fagekspertene ledet forvaltningen. Han mener systemet nok kan kalles for lukket.

– Men det var først og fremst annerledes enn det nye regimet etter 2001. Vesenet var gjennomregulert og fungerte. Det uttalte målet var å

sikre alle mennesker god tilgang til gode medisiner.

Han viser til at apotekvesenet var produkt av en lang historie.

– Historien før og etter 2001 er skrekkelig dramatisk. Den angikk ikke så mange, men for farmasøytene som eide apotek, falt et levebrød plutselig bort. Det levebrødet var riktignok tildelt dem av staten, men de eide og drev det selv.

Kjedene som raskt dukket opp, ble et nytt nivå og et mellomledd mellom apotekene og myndighetene.

– Nesten alle de eldre apotekerne var skeptiske til kjedene, men mange opplever dem i dag som god hjelp, erfarer Hamran.

For kundene har loven og omleggingene den førte til, gjort apotekene mer tilgjengelige. Det er blitt mange flere apotek, de er åpne lenger, ekspederingen går raskere og det er større grad av selvbetjening.

Men Hamran mener alt dette også kunne skjedd uten den nye loven. Boken viser på en måte at ingenting av det som har skjedd apotekene måtte skje.

– Det er lett å si at ny apoteklov måtte komme, ikke minst ved å vise til EU-tilpasning, Høyre-bølge, New Public Management og omlegging av offentlig sektor. Men denne boken er en studie i akkurat hvordan omleggingen skjedde ut fra en forståelse om at den ikke måtte skje. Andre argumenter kunne blitt brukt og ville ha ledet til andre motargumenter. Apotekvesenet

røverhistorie

reagerte i noen sammenhenger med å bli snurt. Hadde tonen vært mildere, kunne resultatet blitt et annet.

På 1600-tallet inngikk kongen kontrakt med den enkelte apoteker. Apotekene var strengt regulert og apotekeren respektert. I samfunnet rådet en tanke om at en velstående apoteker var en slags garanti for at innbyggerne fikk tilgang på gode legemidler.

Frem til midten av forrige århundre foregikk det meste av legemiddelproduksjonen på det enkelte apotek. Det ble trillet piller, presset tabletter og fremstilt kremer og salver. Over salgs-

Et mål med den nye loven var å spare penger. Fra 1980-tallet økte statens utgifter til legemidler år for år. Prisene og forbruket økte. Tanken var at fri konkurranse skulle føre til billigere legemidler. Oppmerksomheten ble flyttet fra gode legemidler til billige. Men om loven har ført til at staten sparer penger, er umulig å si, mener Hamran.

Internasjonale legemiddelfirmaer har tatt over nesten all omsetning av legemidler i Norge. Men Hamran mener det ikke nødvendigvis er et problem i forhold til lovens intensjoner.

Det måtte ikke gå sånn.

disken ble det ekspedert, på bakrommene produsert.

– *Var det morsommere å være farmasøyt før?*

– For de eldre farmasøytene er nok mye gått tapt. De var utdannet til å produsere legemidler og savner nok det. Men yngre farmasøyer tenker nok ikke nødvendigvis sånn.

På 1970-tallet kom lovverk og forskrifter med krav om bedre kontroll av produksjonen.

– En resept betyr egentlig en oppskrift. I riktig gamle dager komponerte legen innholdet i medisinen pasienten skulle ha, og apotekeren laget den. Det var liten mulighet for kontroll. I løpet av 1960- og 1970-tallet kom skjerpede regler for hvordan kontrollen av legemidler skulle utføres.

– Debatten har ikke handlet om at ”vi har solgt ut apotekene”, sier han.

– Det er interessant at apotekbransjen har blitt så omstridt. Fra å bli beskyldt for å være lukket, har vi fått en langt mer åpen og støyende apotekforvaltning. Etter 2001 har flere forhold innenfor legemiddelomsetningen vært på avisenes forsider og blitt undersøkt av blant annet Konkurransetilsynet og Økokrim. Vi har antakelig fått et system som er tilpasset vår tid, hva nå enn det vil si.

At Olav Hamran som historiker har skrevet om apotek, er tilfeldig.

– Men det er en linje til øl, vin og brennevin som jeg tidligere har skrevet om. På lik linje med legemidler er det varer som samfunnet mener ikke kan selges fritt over disk. ■■■



Foto: Colourbox

Én var føre var

DET ER HØYLYTT DISKUSJON fra høyt hold for tiden, om prioriteringer i helsevesenet som skaper klasseskiller blant brukere av helsetjenester. En person var føre var.

Allerede i 2007 ga lege og professor Peter F. Hjort ut en bok om det som har gått galt i helsetjenesten. Boken henvendte seg til hodet, og fikk ikke effekten han drømte om. Han er derfor nå i en alder av 86 år i gang med å skrive en bok rettet mot hjertet.

Hjort har vært på den andre siden av operasjonsbordet, da hans kone fikk hjernesvulst i 1998. Han er åpen om at det var en godartet svulst, men den satt på et sted i hjernen som gjorde at man måtte operere for at hun ikke skulle dø. Operasjonen endte med at hun ble lam og mistet taleevnen. Det var ingens feil, men i ettertid har de pårørende tenkt at de ikke burde operert henne, men latt sykdommen gå sin gang.

Stort inntrykk gjør yndlingshistorien hans fra ungdommen, som bidrar til å understreke essensen i budskapet hans: Han jobbet som assistentlege i Nordfjord og ble bedt om å dra på sykebesøk. Venteværelse var fullt, men han måtte likevel dra til en av de øverste fjellgårdene i området for å se til en tolv år gammel gutt. Gutten hadde 41,5 i feber og hjernehinnebetennelse. Da han kom tilbake til distriktslegen spurte han om hvordan han kunne være så sikker på at det var noe alvorlig galt med gutten. – Det var noe i morens stemme da hun ringte, svarte legen.

Og dette intuitive «noe» må aldri gå tapt underveis i diskusjonen om prioriteringer.





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

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

Hurtig prøvesvar med trombelastograf

Blodets koagulasjon er viktig for alle som arbeider med pasienter som har blødningsforstyrrelser.

Hvorfor blør pasienten? Bruker pasienten medikamenter som gir økt blødningstendens? (For eksempel Marevan, Albyl-E.) Har pasienten vært utsatt for en skade? Har kirurgen ikke klart å stoppe blødningene under operasjonen? Har pasienten svikt i sitt koagulasjonssystem, og i så fall hvilke? Vi måler forskjellige parametre INR, Trombocytter og Cefotest og ser at de endrer seg, men hva er årsaken?

Ett problem er at svaret på prøvene kommer for sent. Her er TEG (Trombelastograf eller Hemostase-analysator) til stor hjelp fordi vi får svaret i løpet av 20–30 minutter.

Flere alternativer

Hva kan vi gjøre på en rask og effektiv måte? Det finnes mange alternativer. Blodtransfusjoner (ekstra risiko forbundet med transfusjon), hvilket blodprodukt er riktig og nødvendig å gi, kirurgisk intervensjon, medikamentell behandling mot blødning?

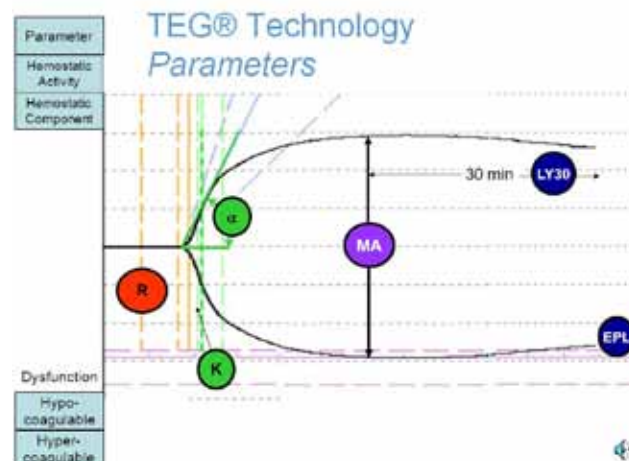
Ved hjelp av TEG og medfølgende programvare kan man på en enkel måte analysere den globale clottingen. TEG-ens grafisk fremstilling av clottingen kan ofte gi svar på disse spørsmålene. Eksempelvis vil en normal kurve sannsynliggjøre at problemet er kirurgisk. Dessverre er vår hverdag ofte mer komplisert, men også ved kompliserte løsninger vil riktig tolkning av TEG-kurven kunne gi oss viktig informasjon.

TEG-profilen

TEG-profilen fremkommer ved at en blodprøve på 360 mikroliter puttes opp i en prøvekoppe. Der kobles det til en føler via en torsjonsfjær. Ved å rotere prøvekoppen frem og tilbake 4°45' hvert 10. sekund, vil torsjonsfjæren gjøre større utslag ettersom blodet koagulerer i prøvekoppen. Minst seks parametre kan utledes av TEG-profilen som definerer enten kinetiske eller kvalitative karakteristikk for koagulasjonsprosessen. Parametrene er delt inn i ett koagulasjonsvindu og ett fibrinolysevindu (lysering).

Parametrene er:

1. R er tiden til «Clotting» begynner. (Tilsvarende Activated Clotting Time ACT-tid).
2. K er tiden til kurven når ett utslag på 20 mm.
3. måler vinkelen i grader mellom splittpunktet på kurven og tangenten til kurven.
4. MA (maximum amplitude) måler kurvens maksimum utslag.
5. LY30/LY60 måler graden av kurvereduksjon 30/60 minutter etter MA. Prosentvis lysering (clot lysis).
6. EPL er estimert prosentvis fibrinolyse slik at en kan gi en fibrinolysehemmer tidligere for å stoppe blødning.
7. TEG skiller mellom primær fibrinolyse og sekundær fibrinolyse (DIC).



Dette gir en grafisk fremstilling som forteller hvor raskt blodet koagulerer og hvor sterk (elastisitet) clotten (koagelen) er. Samtidig vises hvordan koagelen løses opp (fibrinolyse). I tillegg kan kurven sammenlignes med en normalkurve.

Kurven tolkes ved å se på de forskjellige verdiene: R-tid, vinkel på kurven, MA maksimumsutslag og etter hvert kurvens avsmalning LY.

Hvem skal betjene dem?

Det er egne prøvekopper som benyttes for å gjøre spesielle analyser. For eksempel for blod som er påvirket av heparin for å eliminere heparineffekten. Det finnes også spesialtilbehør for mer avansert analysering.

De første initiale resultatene kommer etter 4–8 minutter. Etter 10–20 minutter får en svar på platefunksjonen og etter 45–60 minutter er analysen helt ferdig. Da er prøvetakingen og transporten av prøven ikke medberegnet.

Det reiser spørsmål om hvor et slikt apparat skal være plassert for best mulig utnyttelse og hvem som skal betjene det slik at analysene blir pålitelige.

Her er det en del fallgruver som vi bør unngå. Apparatet er i høyeste grad et presisjonsinstrument som krever nøyaktig og riktig bruk samt noe teknisk vedlikehold og ettersyn.

Forskjellige steder har valgt forskjellige løsninger. Noen lar leger og sykepleiere betjene det, mens andre mener at det bør betjenes av laboratoriepersonell. Uansett så må personalet læres opp i riktig bruk og håndtering av apparaturen for at en skal kunne få pålitelige svar. ■■■

Kilde: Pure Medical (Forhandler av TEG.)
TEG Technology from sample to decision tree to treatment.

Andre faste bidragsytere:



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



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



Brita Noorland er anestesisykepleier på Intervensjonsenteret på Rikshospitalet. E-post: noorland@online.no



Å ta avskjed
Ritualer som hjelper barn gjennom sorg

Av Atle Dyregrov
78 sider
Fagbokforlaget, 2010
ISBN 978-82-450-1049-7
Anmelder: Liv Wergeland Sørbye, PhD,
Diakonhjemmet høgskole

Ikke overse barna

ANMELDELSE: Dødens realitet er vanskelig å forholde seg til for en som er voksen. Hvordan skal en så klare å hjelpe et lite barn med å forstå hva døden innebærer?

Psykolog Atle Dyregrov har i 30 år arbeidet med barn og død. Å ta avskjed er en enkel liten bok, som nesten kan virke litt unnselig. Hensikten med boka er å minne foreldre, helsepersonell, lærere og andre omsorgspersoner om at barn ikke må overses når det skjer dødsfall.

Dyregrov beskriver ritualer som en god hjelp i sorgprosessen. Ritualer markerer overgangen fra en livsfase til en annen. Ritualene bekrefter vår identitet til et sosialt og kulturelt fellesskap. For barn i førskolealder er det viktig med konkrete bilder og handlinger for å kunne forstå hva som har skjedd. Dyregrov peker på betydning

av at barn er grundig forberedt på hva de vil møte både i forhold til deltakelse ved syning og tilstedeværelse i en begravelse. Han anbefaler at de voksne bør forberede seg ved å se den døde først, før de tar med barna. Da vil de være bedre forberedt på barnas reaksjoner. Det er likevel vanskelig å forutsi hva barnet vil reagere på.

Barn bør ikke delta på syning dersom den avdøde har store skader, eller når det er en tid siden døden inntraff. Dyregrov mener at det er sjelden at en som fagfolk bør fraråde barn å delta. Et barn som ikke selv ønsker å delta på syning, skal ikke tvinges. Barnet må få anledning til å tenke seg om. Det er viktig at en voksen bruker tid på å forklare barnet at det er viktig å ta farvel, spørre hva barnet er engstelig for og forsøke å møte barnets uro. Dersom foreldrene ikke ønsker å

ta med barn, bør de likevel overtales. Erfaringer viser, skriver Dyregrov, at dersom barnet er sammen med en voksen støtteperson og får støtte i etertid, vil det ikke komme til skade.

Han minner leserne om at en ikke bare må legge merke til barns umiddelbare reaksjoner, men også senkomplikasjoner som følge av tap.

Boken er lettlest, men kan stedvis virke noe overfladisk. Ikke alle påstander er like godt dokumentert. Når Dyregrov skriver at «det er blitt mer vanlig at man legger til rette for at mennesker får mulighet til å dø hjemme etter langvarig sykdom» er dette en påstand som ikke kan bekrefte med norsk statistikk.

I en slik bok som dette burde forfatteren vært litt mer ydmyk og ikke i en litteraturliste på 15 publikasjoner, henvise til fem av sine egne bøker.

En bok er ikke mindre verdifull fordi den er lettlest, og heller ikke er mer pålitelig om den er gørr. Ukjent



Kulturelt mangfold på arbeidsplassen
Utfordringer og virkemidler

Gro Mjeldheim Sandal (red.)
216 sider
Fagbokforlaget, 2009
ISBN 978-82-450-0774-9
Anmelder: Karl-Henrik Nygaard,
rådgiver

Konstruktivt om mangfold

ANMELDELSE: Samtidig som vi aner en økende skepsis til innvandrere og mennesker med annen kulturell bakgrunn enn vår egen, øker erkjennelsen i offentlig og privat sektor om at vi er avhengig av å hente kompetanse og mennesker utenfor våre egne landegrenser. Vi integreres i stadig større grad i et internasjonalt arbeidsmarked. Dette innebærer en rekke muligheter, men også konflikter.

Konflikter kan skape en konstruktiv dynamikk om vi forholder hos proaktive til dem. Men det krever kunnskap. Slik kunnskap gir denne boken. Selv om hovedfokus er næringslivets utfordringer når det gjelder kulturelt mangfold, er innsikten som formidles også nyttig for ledere og tillitsvalgte innen offentlig sektor.

Helsesektoren er et av de områdene

der rekrutteringen av utenlandsk arbeidskraft har vært og vil være størst. Kunnskapen som formidles bør derfor kunne nyttes i det daglige arbeidet med å skape gode kulturer for å integrere og vedlikeholde den utenlandske og «fremmedkulturelle» arbeidskraften. Det handler om en pågående og hurtig kulturell endring som i fagmiljøene kalles for akkulturasjon; prosesser og hendelser som har opphav i forbindelser mellom kulturer som tidligere var atskilte og selvstendige.

Forfatterne ser de potensielle konfliktene som kan oppstå, men gir gode løsningsalternativer. Jeg vil trekke fram kapitlene som handler om prosessene knyttet til akkulturasjon i flerkulturelle arbeidsmiljøer, den sosialpsykologiske analysen av konflikter som kan oppstå, diskriminering, mobbing,

rekruttering og teamarbeid i et globalisert perspektiv. Særlig nyttig fant jeg imidlertid den grundige omtalen av kulturell effektivitetstrening. Begreper som åpenhet, kulturell empati, emosjonell stabilitet, fleksibilitet og sosialt initiativ brukes her for å kartlegge den multikulturelle personligheten og for å legge grunnlaget for øvelser i samhandling og flerkulturell forståelse. Et nyttig treningsprogram som bør kunne tas i bruk også i helsevesenet.

Boken har et høyt presisjonsnivå. Den er forankret i forskning og erfaring fra mange land. Referansene er omfattende og stikkordregisteret godt. Jeg anbefaler boken til alle som er opptatt av å skape konstruktive arbeidsplasskulturer som åpner opp for de menneskeressursene som kommer til oss fra andre land og kulturer.

Quiz

Er du en kompetent sykepleier?

Test kunnskapene med vår aktuelle og nådeløse quiz!

1 Når ble Norges første sykehjem åpnet?

- A 1659
- B 1929
- C 1959

2 Hva heter sykehjemmet?

- A Svartostjern
- B Bergåstjern
- C Gråvasstjern

3 Hvor ligger det?

- A I Oslo
- B I Stavanger
- C I Bergen

4 Når ble ideen om undervisningssykehjem konkret lansert?

- A 1996
- B 2000
- C 1905

5 Hvem kan sies å være undervisningssykehjemmenes mor?

- A Marit Kirkevold
- B Kari Martinsen
- C Marit Larsen

6 Hva er kjønnsfordelingen blant rusavhengige?

- A 70 prosent menn, 30 prosent kvinner
- B Flest kvinner, hvis man regner med skapdrankerne
- C Kjønn er uvesentlig

7 Hva er promillegrensen for å kjøre bil i Norge?

- A 0,5 promille
- B 0,2 promille
- C 0 promille

8 Hvem har gitt navn til Aspbergers syndrom?

- A Den engelske sykepleieren Brenda Aspberger
- B Den østerrikske barnelegen Hans Aspberger
- C Den ungarske psykologen Frans Aspberger

9 Hvor mange bein er det i armene?


- A 2
- B 64
- C 614


10 Hvor mye veier skjelettet?


- A 10–20 prosent av kroppsvekten
- B 30 prosent av kroppsvekten
- C 50 prosent av kroppsvekten




ARMER: Hvor mange bein er det inne i disse? Foto: Colourbox

 **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 1959, 2B Bergåstjern, 3B I Stavanger, 4A 1996, 5A Marit Kirkevold, 6A 70 prosent menn, 30 prosent kvinner, 7B 0,2 promille, 8C Den ungarske psykologen Frans Aspberger, 9B 64 (inkludert håndene), 10A 10–20 prosent av kroppsvekten

FAG NYHETER

– Vil reformere utdanningen

Ny bok etterlyser synlige, kunnskapsrike og argumenterende sykepleiere.

Tekst **Susanne Dietrichson**

Spissen for boka «Å utdanne sykepleiere. Behov for radikale endringer» står Patricia Benner, mest kjent i Norge for boken «Fra novise til ekspert». Når hennes nye bok kommer i norsk oversettelse på Akribe forlag 7. oktober, er det mange som håper og tror at den vil blåse nytt liv i utdanningsdebatten.

Blant dem er Kristin Heggen, professor ved Seksjon for helsefag på Universitetet i Oslo. Hun har også vært faglig konsulent for bokutgivelsen.

– Boka er viktig fordi den representerer et omfattende forskningsarbeid og en grundig evaluering av kvaliteten ved sykepleierutdanningen, påpeker Heggen.

Hun fremhever også bokens utradisjonelle form:

– Den er skrevet på en frisk og inspirerende måte, i en form som er lite typisk for den tradisjonelle forskningsrapporten. Forfatterne mener mye og de mener sterkt! Jeg opplever at boka inspirerer til holdningsendring.

Praksis best

– Boka oppfordrer til omfattende endringer i sykepleierutdanningen. Hvilke type endringer er det snakk om?

– Forfatterne anbefaler at all sykepleierutdanning skal være på bachelornivå. Der er vi heldigvis allerede i Norge. Men dette er en relevant problemstilling i USA, fordi det finnes så mange forskjellige sykepleierutdanninger, blant annet toårige. Men den viktigste endringen handler om at utdanningen i sterkere grad må funderes i klinisk praksis. Hittil har refrenget vært at praksis må bli bedre til å tilegne seg den avanserte

teorien studentene lærer i klasserommet. Men i boka er problemstillingen snudd. Forfatterne mener at den beste pedagogikken finnes i praksis. Det er her man lærer hvordan kunnskaper skal tas i bruk, hvordan holdninger dannes og hvordan håndlaget innarbeides.

Kan overføres

– I hvor stor grad kan denne evalueringen av den amerikanske sykepleierutdanningen overføres til norske forhold?

– Jeg tror det har stor overføringsverdi. Sykepleie er et internasjonalt fag. Pasienter lider og er syke overalt i verden og teknologien er i en rivende utvikling. Det er mange fellestrekk innenfor sykepleierutdanningene her og i USA. Det som skiller oss mest er nok finansieringsordningen. I USA er det å være voktere av pasientens rettigheter og posisjon i helsevesenet enda viktigere enn i Norge. Men vi ser jo elementer av dette i samhandlingsreformen, med fokuset på brukermedvirkning og pasientrettigheter, poengterer hun.

– Men boka tegner også et mønsterbilde av sykepleie og oser av stolthet over faget. Forfatternes sykepleieideal bryter sterkt med det tradisjonelle bildet av sykepleieren som den tause, ydmyke og usynlige hjelperen. Benner og co. vil ha synlige, kunnskapsrike og argumenterende sykepleiere som deltar i samsynsdebatten. ■■■

Les også intervju med Kristin Heggen i bilaget Sykepleien Forskning nr. 3–2010.



Kommunene må være attraktive
som arbeidsgivere. side 66

Barna kjenner sine
foreldre best. side 67

Som lydig pasient kledde
jeg raskt av meg. side 72

Sterke
synspunkter?
Skriv til oss!

Mennesker & meninger

Sykepleien

Send inn din
mening på e.post til:
redaksjonen@
sykepleien.no
eller som brev til:
Sykepleien,
p.b. 456 Sentrum
0104 Oslo

TETT PÅ KURT LYNQVED

«Det var bildet av «insane people».
Jeg var vettskremt lenge.»

74

GJESTESKRIBENTEN TRUDE AARNES

«Det viste seg at flere av de
fødende var surrogatmødre.
Jeg ble litt satt ut.»

80



NSF HAR ORDET

Forbundsleder Lisbeth Normann

Stilling: Forbundsleder i NSF

E-post: lisbeth.normann@sykepleierforbundet.no

De sykeste eldre og behov for sykehjem

Omsorgsboliger kan ikke erstatte sykehjem som et tilbud til de sykeste eldre, selv med heldøgnsbemanning.

I denne utgaven tar Sykepleien opp den faglige opprustningen av sykehjemmene. Jeg er glad for at Sykepleien vier dette temaet stor plass. Det er ikke lenge siden jeg hadde en leder om eldrepolitikk og de eldres behov for kompetent hjelp. Men dette er et så viktig spørsmål for Sykepleierforbundet og sykepleiere som må snakke de eldres sak, at jeg gjerne bruker mye spalteplass på dette temaet.

Kommunene skal ivareta flere og mer avanserte helsetjenester i årene som kommer. Da vil sykehjem være et viktig og riktig tilbud til de aller sykeste som har et stort behov for sykepleie og omsorg, enten for en kortere periode eller for resten av livet.

I dag er sykehjem primært et tilbud til de sykeste eldre. Gjennomsnittspasienten er 84 år, trenger hjelp til personlig hygiene, til å spise, til å kle seg og til ta sine medisiner. I tillegg preges livskvaliteten av dårlig muskelkraft, balanse og liten evne til å forflytte seg ved egen hjelp. Over 75 prosent av pasientene er demente og har i



VENTER: Så lenge både kapasiteten og kompetansen er for lav i i helse- og omsorgstjenesten i mange kommuner, vil utskrivningsklare pasienter fortsatt bli liggende på sykehusene, spør Lisbeth Normann. Illustrasjonsfoto: Colourbox

til kompetanse og faglighet er lavere enn i sykehjem. Allerede i 2003 skrev Romøren (Rapport 10/2003, Statens helsetilsyn) at en tredjedel av de eldre som bodde i omsorgsbolig hadde et tjenestebehov på sykehjemsnivå. Det er bekymringsfullt at ikke satsingen på sykehjem er større, både fra regjeringen og kommunene. Omsorgsboliger og sykehjem er ikke et tilsvarende tilbud for de sykeste gamle, selv ikke når det argumenteres med heldøgns bemanning.

Fra 1. januar 2012 må kommunene betale fra første dag pasientene er utskrivningsklare fra sykehusene. De utskrivningsklare pasientene er hovedsakelig over 70 år, og de ble innlagt på sykehus på grunn av brukket lårhals, hjerne slag, eller lungebetennelse. De venter på en sykehjemsplass fordi funksjonsnivået er redusert, både kognitivt og fysisk, og de trenger mer hjelp enn de fikk før innleggelsen. De trenger døgkontinuerlig tilsyn og sykepleie, i tillegg til medisinsk oppfølging. Tilbudet i dagens omsorgsboliger kan ikke imøtekomme disse behovene.

Norsk Sykepleierforbund har gått i mot innføringen av betalingsplikt fordi vi mener at den ikke vil bidra til et bedre tilbud, men heller skape et økt byråkrati og at den kan føre til at de sykeste gamle får redusert tilgang på helsetjenester, både i sykehusene og i kommunene. Så lenge det er for liten kapasitet og for lav kompetanse i

helse- og omsorgstjenesten i mange kommuner vil pasientene fortsatt ligge i sykehus, selv om de er definert som medisinsk utskrivningsklare.

Vi blir ofte konfrontert med at sykepleiere ikke vil jobbe i sykehjem, og spesielt ikke de som er nyutdannet. Til det ønsker jeg å si at det i dag er mange sykepleiere som er opptatt av de sykeste gamle og som er bærebjelken for kvaliteten i sykehjemmene. Det er mange sykehjem med høy faglighet hvor arbeidsmiljøet er preget av tydelig lederskap og felles mål om gode tjenester. Men det er også sykehjem med altfor lav bemanning, hvor det er få ansatte med helsefaglig utdannelse. Vi vet at sykehjem med fokus på kvalitet og fag rekrutterer helsepersonell. Hvis vi skal kunne gi morgendagens sykehjemspasienter en verdig alderdom må det bli større fokus på kompetanse og heltidsstillinger. Kommunene må gjøre seg attraktive som arbeidsgivere. Kompetansen og arbeidet til sykepleiere og annet helsepersonell må verdsettes, både verbalt og lønnsmessig. Det lønner seg å satse på kvalitet!

Mange kommuner satser på å bygge omsorgsboliger istedenfor sykehjem.

tillegg minst fem sykdommer og lidelser som trenger oppfølging av kompetent helsepersonell.

Statistisk sentralbyrå (SSB) har for første gang registrert en reduksjon i antall sykehjemsplasser, med 69 færre sykehjemsplasser i 2009 enn i 2008. Reduksjonen kan forklares med at aldershjemmene forsvinner, at en del kommuner omdefinierer sykehjemsplasser til omsorgsboliger og at dobbeltrom omgjøres til enkeltrom. Det totale heldøgnsstilbudet (tallet på institusjonsplasser og omsorgsboliger) er imidlertid uendret fordi mange kommuner satser på å bygge omsorgsboliger istedenfor sykehjem.

Satsingen på omsorgsboliger, med en samtidig nedgang i sykehjemsplasser, har ført til at syke eldre som tidligere ville fått tildelt sykehjemsplass nå bor i en omsorgsbolig hvor kravet

En bedre eldreomsorg

Med utgangspunkt i innslaget i Adresseavisen for en tid tilbake om Berit Rusten og hennes mor på Hjorten omsorgssenter, kommer jeg med noen ytringer og tanker. Jeg vet at Berit Rustens framstilling av forholdene for hennes mor ved sykehjemmet ikke er hele bildet av hvordan eldre har det, men det er en del av bildet.

Fremmedgjøring av de eldre, er etter min mening det verste de utsettes for.

Hvis tilbudet ved sykehjemmet ikke er tilstrekkelig for den gamle, i dette tilfellet mor til Berit Rusten, så kunne hun bare søkes over til et annet sykehjem. Dessuten burde pårørende være fornøyd med dette forslaget til tiltak. De fleste skjønner at flytting av eldre er et lite godt alternativ og er med på å øke den eldres forvirring. Personale med god fagkunnskap om eldre og deres behov tar avgjørelser til beste for organisasjonen, og ikke det som gagnar den eldre mest. Pårørende blir lett passive tilskuere til systemets håndtering av mor og far. Det er ikke mange som har en pårørende som Berit Rusten.

Kanskje trenger vi ikke personer med helsefaglig utdanning i administrative stillinger, men økonomer?

Fra den dagen den syke gamle får plass på syke-

hjemmet, er det personalet der som tar hånd om dem. Mye av stell og omsorg skjer som følge av rutiner og regler. Både den gamle og de pårørende tilpasser seg disse nye forholdene.

Dette minner meg om forholdene ved fødeavdelingene her i landet, fram til Rooming-in-systemet ble innført på begynnelsen av 1980-tallet. Fram til da kunne det synes som om institusjonen eide barnet – foreldrene måtte be om å få se eller holde sitt eget barn. Tanken bak var antakelig godt ment, men rutiner og regler styrte de ansatte og resulterte i stor avstand mellom foreldre og barn. Og for å dra sammenligningen helt ut, nå eier institusjonen våre foreldre.

I barneskolen ivaretar foreldrene barnas interesser, blant annet gjennom foreldresamtaler, foreldremøter og via FAU (foreldrenes arbeidsutvalg). Tanken er at foreldrene kjenner sine barn best og at barna ikke selv kan fremme sine interesser. Resultatene fra møter og utvalg blir en rettesnor for driften av skolen. Er dette et system som kan overføres til de eldre, som heller ikke kan fremme sine interesser? Her er det barna som kjenner sine foreldre best.

Kan det være en idé å innføre pårørendesamtaler,

pårørendemøter og PAU (pårørendes arbeidsutvalg)? Jeg tror den gamle dermed vil føle seg mindre glemte, bedre ivaretatt og tettere knyttet til sine barn. Forhåpentligvis vil det være gode råd og nyttig veiledning å få for institusjonen gjennom et slikt system.

Dessuten, i dag kan foreldre ta fri i inntil ti dager per år for å være hjemme sammen med sitt syke barn. Er det mulig å overføre en tilsvarende ordning for pårørende til eldre pleietrengende?

Maren Hopso

www.sykepleien.no

Du kan si din mening om aktuelle saker på sykepleien.no



Sjokk?

Vil bare gjøre ansvarlig redaktør oppmerksom på uheldig ordvalg i en av artiklene som er frontet på førstesiden av Sykepleien 11/2010. «Gravide kan få sjokk etter ultralyd» lyder overskriften!

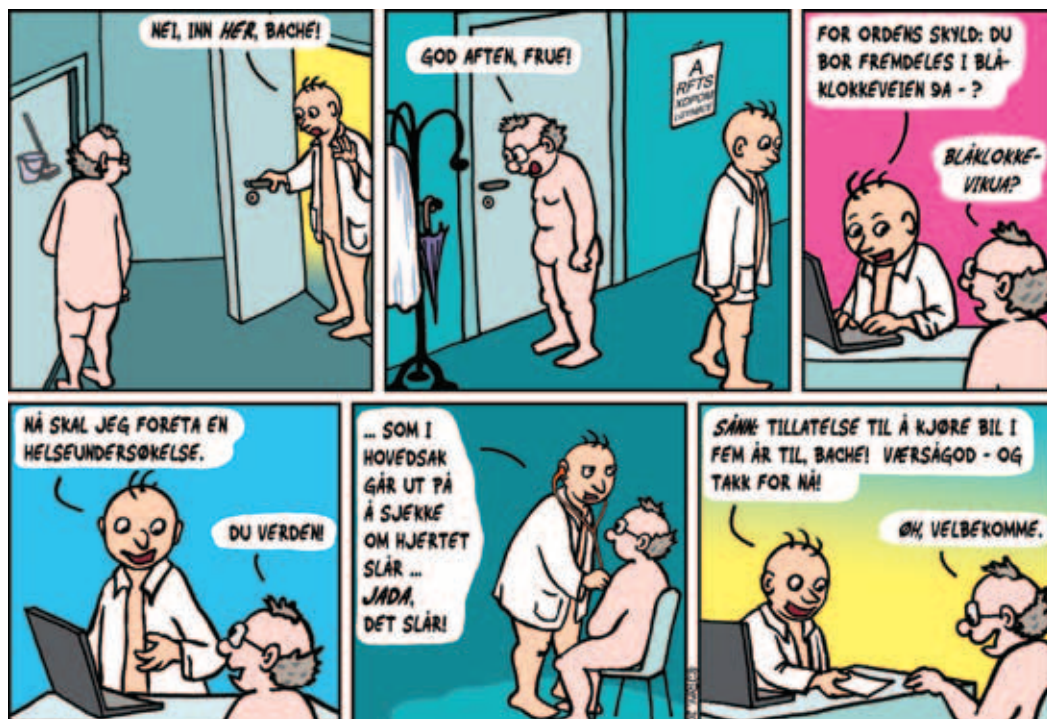
Sjokk? Når ordet «sjokk» brukes i et fagblad som Sykepleien, antar jeg som leser at det dreier seg om enten hypovolemisk, distributivt eller kardiogent sjokk. Når dette skumle ordet slås opp i fete typer, og beskrives som noe som oppstår etter en ultralydundersøkelse, da blir man litt redd. Helt til man blar seg frem til side 46 i bladet, og finner ut at fagbladet vårt har gjort som alle andre store tabloider, nemlig misbrukt ordet «sjokk», og bruker det som en beskrivelse på redsel og engstelse/fortvilelse man opplever dersom noe er galt med barnet.

«Gravide kan bli sjokkerte etter ultralyd» ville vel heller være et mer passende ordvalg?

Nå er jeg fortsatt sykepleiestudent, og ikke har jeg en 6-er i norsk fra videregående heller. Men når fokus i undervisningen på sykepleien er lagt så opp til at vi skal klare å bruke riktige ord, på riktig tid, for å beskrive tilstander, da tror jeg ikke at jeg er alene om å bli litt rystet over at fagbladet vårt klarer å gjøre en av de mest grunnleggende feilene en journalist, og en sykepleier, kan gjøre.

Mvh. Tiril Bie Nygren

TERAPI av Bodil Røvhaug



Slipp fantasien løs – som leder

Normer er viktige – også i sykepleien. Normer i sykepleien er med å sikre at det medmenneske, som er avhengig av sykepleieren, blir møtt med nettopp den behandling og den omsorg som trengs. Bare det er best behandling og omsorg. Sykepleierne har vært og er dyktige til å stille opp slike normer. I dette arbeidet har sykepleierens praktiske erfaringer, forskning og teoretisk viten stor betydning.

Normene i sykepleien kommer pasienter og pårørende til gode bare hvis sykepleieren i møte med medmennesket av kjøtt og blod er fantasifulle. Sykepleieren må i fantasien sette seg i den andres sted og derfra forsøke å sette normen ut i praksis. Det er sykepleiere ofte svært gode til.

I disse tider endres de økonomiske og organisatoriske rammer for sykepleierens arbeid hele tiden og ofte i form av uforståelige bemanningsreduksjoner. Det merkes i den daglige arbeidssituasjonen. Sykepleieren må ofte bruke fantasien til å tilrettelegge den best mulige form for behandling og omsorg i stedet for den aller beste. Det gjør noe med sykepleieren. Sinne og sorg over at det best mulige ikke lenger er mulig, blir ofte gjort til sykepleierens private problem. Den retorikk som politikere og ledere bruker, både om omorganiseringer og innsparinger, legger ofte vekt på bare å se utfordringer

og ikke virkelighetens problemer. Sykepleieren er så trent i å sette seg inn i pasientens sted, at hun må føle sorg og sinne når hun ikke kan imøtekomme medmenneskets påtrengende behov. Fordi hun ofte er alene med disse erfaringer, blir målet om optimal omsorg og behandling ofte til noe hun ikke kan forholde seg til. Hun påtar seg mentalt skylden for tingenes tilstand. Noen ganger godt hjulpet av pasienter eller pårørende, som lar sitt berettigede sinne over forholdene i helsevesenet urettmessig gå ut over sykepleierne.

I slike situasjoner har sykepleieren bruk for sin leder. Sykepleieren trenger å vite at sorgen og sinnet tas på alvor av en leder, en som er i stand til å sette seg inn i sykepleierens situasjon. Og så trenger hun en leder som våger å bruke fantasien og støtte sykepleieren i at hun innenfor de gitte rammer yter en «topp» prestasjon. Selv om idealene ikke lenger er den beste, men kun den «best mulige» sykepleie.

Tom Andersen Kjær, sykehusprest,
Herlev Hospital, Danmark

Grethe Dāvøy, høyskolelektor,
gjennomleser og oversetter, Norge

Skittkasting

En spalte som heter «Refleks» vil jeg tro skal innby leseren til å være med på en refleksjon. Gjerne med et annet perspektiv på helsevesenet. Jon Hustad driver ikke refleksjon, men skittkasting i Sykepleien nr. 11. Han oppfordrer oss til å komme med noen av de «tusener av historiene om inkompetente fastlækjarar eller ålmennlækjarar» han er sikker på at leserne av Sykepleien sitter inne med.

Sorry, Jon. I likhet med en stor del av befolkningen har jeg stort sett godt å si om både min egen fastlege og de fastlegene jeg kommer i kontakt med som ansatt i helsevesenet. Jeg er skuffet over at bladet vårt ikke stiller høyere krav til en gjesteskribent.

Marianne Dahl, sykepleier

MINNEORD

Alice Holden

Alice Holden, fødd 4. mai 1954, døyde 13. september 2010 etter fleire år med Alzheimers sjukdom.

Alice var utdanna ved Statens Sykepleierskole i Oslo i 1980. Ho arbeidde ved kirurgisk avdeling ved Rikshospitalet, før ho flytta til Tønsberg og begynte ved Vestfold Sentralsykehus. Her utdanna ho seg til intensivsjukepleiar og arbeidde ved intensiv og postoperativ avdeling. Seinare tok ho spesialutdanning i psykiatri og arbeidde innanfor barne- og ungdomspsykiatrien før problema med hukommelsen begynte å merka henne. Alice var opptatt av faget sitt og kollegaer kan fortelja om ein svært dyktig og engasjert sjukepleiar.

Korleis har eit menneske det som ikkje lenger hugsar si eiga historie? Det må vera forferdelig å mista fotfestet på den måten Alice gjorde, når identitet og eksistens er i ferd med å gå i oppløysing. Vi kan ikkje veta korleis Alice opplevde dette, men vi opplevde vårt eige sagn. Alice som var så klok og god å snakka med forandra seg, sakte. Men så lærte vi noko anna av henne istadenfor, noko om å vera til stades her og no. Vi begynte å gleda oss over gyldne øyeblikk. Å stryka på kinnet, eit smil, slå takten til ein fin melodi, å tullesnakka og le saman. Ei påminning om at det å vera saman kan vera viktigare enn det ein seier. «Fins det noe bedre enn å le?» Det sa Alice så lenge ho hadde språk. Og klukkelatteren hennar var terapi for oss andre.

Vi har beundra Alice for måten ho takla diagnosen på. Ho var den første som mistenkte demens og bad sjølv om å bli testa for dette. Ho var slik at ho ikkje veik unna for det som var vanskeleg. Istadenfor å fortregja prøvde ho å trengja inn i og forstå. Då Alice fekk diagnosen forstod ho kva som skulle koma, og såg sjukdomen «i kvitauga».

Å bli sjuk kan bety tap av status. Alice var aldri opptatt av status. Kanskje det hjalp henne til å takla dette? Ho hadde mange tap, mista jobben, mista sosiale roller, men ho stod i det. Hun gjekk sjølv til politiet og sa «Jeg skal levere førerkortet for jeg har Alzheimer.»

Då Alice ikkje kunne bu heime lenger, kom ho til Nes Bo- og behandlingssenter der ho fekk svært god omsorg. Måten ho meistra sjukdomen imponerte dei fleste som møtte henne dei siste åra ho levde. Ho sovna stille inn med si 21 år gamle dotter og nære vener ved sjukesenga. Dei ansatte ved Eik Bo- og behandlingssenter i Tønsberg tok usedvanleg godt vare på henne og meinte det var best «ho får døy her heime hos oss». Det gjorde Alice. Vi lyser fred over minnet hennar og er taknemlege for at ho gjorde våre liv rikare.

Björg Brinch, Reidun Lid og Kristin Heggen

SIDEN SIST

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



Har du over 5 i kolesterol er du i faresonen



Flertallet av voksne nordmenn har kolesterol over det anbefalte nivået på 5 mmol/l*. Høyt kolesterol er en av de viktigste risikofaktorene for hjerte- og karsykdommer. Senkes kolesterolnivået med 10 %, reduseres risikoen for hjerte- og karsykdommer med 20-50 %. Vita Proaktiv er en unik plantemargarin med dokumentert effekt som reduserer kolesterolet med 10 %. Les mer på vitahjertego.no

* Kilde: Folkehelseinstituttet.



Reduserer kolesterolet effektivt



Linn Herning, rådgiver
i For velferdsstaten

Er fremtida privat?

Det foregår en stille revolusjon i helse- og omsorgsnorge. Nye kommersielle aktører får stadig markedsandeler gjennom privatisering, konkurranseutsetting, fusjoner og oppkjøp.

Fredag den 13. august 2010 var forsiden av Dagsavisen dekket av overskriften «Framtida er privat». Avisa meldte at 3 av 4 ordførere var positive til konkurranseutsetting. 18. september meldte Fredriksstad Blad at Fredrikstad kommune kunne spare 100 000 kroner per sykehjemsplass gjennom å konkurranseutsette driften. Begge presseoppslagene var basert på tall presentert av NHO Service.

Kampanje

Listen av slike oppslag er etter hvert blitt lang. NHO Service driver kampanje for å øke andelen av private aktører i den norske helse- og omsorgssektor.

De nye, kommersielle aktørene har fortjeneste som mål. Pengene tjener de gjennom å kutte i personalutgifter, og ved å unndra seg beskatning gjennom strategisk selskapsstrukturering og etablering i skatteparadis.

Konsekvensene for samfunnet som helhet og for de ansatte, snakker NHO Service derimot lite om. Resultatene av NHOs spørreundersøkelser og vinningsprofetier er svært tvilsomme. Det skal visstnok være «fokus på driftsutvikling», «bruke ressursene kostnadseffektivt», «spesialisering» og «omstillingsdyktighet» som er

Helsekroner til skatteparadis

I For velferdsstatens nye studiehefte, «Private sugerør i fellesskapets kasser», har vi undersøkt de kommersielle selskapene litt nøyere. Heftet gir kunnskap og eksempler på hvordan de kommersielle selskapene overfører verdier fra fellesskapets kasser gjennom å tvinge personalkostnadene nedover, eller ved å drive strategisk selskapsstrukturering for å unngå innsyn, utnytte markeder og unndra seg skatt.

Teres medical group, etablert i 2007, er blant selskapene vi undersøker. Det er Norges største sammenslutning av private sykehus og kirurgiske klinikker. De driver Nobel Clinic og Colosseumklinikken i Oslo og Stavanger, Drammen Private Sykehus, Tønsberg Privatklinikk, Sørlandsparken Spesialistsenter (tidl. Sørlandsparken Plastikkirurgi), Bergen kirurgiske sykehus, Klinikk Bergen, Klinikk Stokkan, Rosenborgklinikken, Teres Klinikken Bodø og Tromsø Private Sykehus.

Største eier i Teres medical group, med 46 prosent, er FSN Capital Limited Partnership II. Dette er et rent investeringselskap, altså et selskap hvis eneste formål er å plassere kapital der det er gode forventninger om fortjeneste. FSN Capital Limited Partnership II er registrert i skatteparadiset Jersey, der selskaper i tillegg til lav skatt også kan nekte offentligheten innsyn i selskapets årsrapporter og eierskapsstruktur. Dette fikk Bergens Tidende erfare da de ble nektet innsyn i FSN Capital Limited Partnership II sine regnskaper under arbeidet med saken «Norske helsekroner til skatteparadis» (BT 01.10.2009).

Selskaper kan nekte offentligheten innsyn, i tillegg til at de har lav skatt.

de kommersielle aktørenes konkurransefortrinn. Sannheten er at dersom man skal «effektivisere» helse- og omsorgstjenester, er det enkleste å kutte i utgifter til lønn, pensjon og bemanning. At lønningene er lavere i de kommersielle selskapene ble eksempelvis bevist under sykepleierstreiken mot Pirat-sektor i vinter.

Velferdsstatens kjernetjenester er arbeidsintensive, vi kan ikke effektivisere oss ut av den tiden det tar å gi skikkelig helsetilbud og pleie. Telemarksforskning, som på oppdrag fra Kunnskapsdepartementet studerte kostnadsforskjeller i barnehagesektoren, beregnet at i barnehagene er 80 prosent av kostnadene personalkostnader. De konkluderer sin rapport med at: «Det viktigste man oppnår ved å privatisere sektoren, er å redusere den gjennomsnittlige bemanningsgraden og lønnsnivået i sektoren.»

Det er godt grunnlag for å tro at denne konklusjonen er overførbar til andre arbeidsintensive tjenester innen helse- og omsorg.

Det vanlige

Teres medical group er ikke unik i sitt slag. Den andre store aktøren innen private sykehus og allmennlegetjenester, Aleris Helse AS, er datterselskap av Aleris AS, som også driver med barnevern, psykisk helse og eldreomsorg i Norge.

Aleris AS eies av internasjonal finanskapital. Det svenske morselskapet Aleris Holding AB ble sommeren 2010 solgt fra investeringselskapet EQT III (registrert i Guernsey) til et annet investeringselskap, Investor, for 4,4 milliarder svenske kroner. Investor er et av den svenske finansfamilien Wallenbergs viktigste selskaper. Selskapets finansdirektør sa allerede i 2000 at selskapet benytter seg av strategiske plasseringer i skatteparadis som Guernsey og Sveits.

Alle de kommersielle driverne av konkurranseutsatte sykehjem i Oslo, Carema Omsorg AS, Attendo Care AS, Norlandia



Omsorg AS, Aleris Omsorg AS og Adecco Helse AS, eies delvis av internasjonale investeringselskaper med registrering i skatteparadis. Disse selskapene er altså ikke unntakene. De utgjør derimot hovedstammen av de private aktørene innen helse- og omsorgssektoren. Og det er disse selskapene som NHO Service ønsker at skal vokse i Norge.

Uten innsyn

Problemene med skatteparadis er blant annet beskrevet av Kapitalfluktutvalget i Norsk Offentlig Utredning (2009:19). Skattekonkurranse fører til at land med en stor offentlig sektor må kutte dramatisk i sitt velferdstilbud. Slik skattekonkurranse hindrer kapitalbeskatning, og skattebyrden blir ulikt fordelt ved at kapitaleiere betaler relativt sett en mindre og lønsmottakere en høyere andel av skattene. Norske foretaksdata tyder på overskuddsflytting til skatteparadis gjennom manipulering av internpriser. Nettostrømmen ut av Norge kan være i størrelsesorden 30 prosent av skatteinngangen fra disse selskapene. I tillegg til skatteproblemene, utfordrer disse selskapenes registrering i skatteparadis offentlighetens innsyn, oversikt og kontroll med offentlige midler.

Den rødgrønne regjeringen stoppet etableringen av flere privatsykehus i Norge, men de stoppet ikke utviklingen mot at de offentlige sykehusene anbudsutsetter eller konkurranseutsetter deler av sine oppgaver til private sykehus eller private spesialister. Tvert imot, organisering og bunnlinjetenkningen tvinger helseforetakene til å tenke ensidig på kostnader. Den største av Norges fem helseregioner, Helse Sør-Øst, har avtaler med private tjenesteleverandører for en årlig verdi av 3,5 milliarder kroner. Det ser heller ikke ut til at den rødgrønne regjeringen er særlig oppmerksomme på den store kreativiteten hos de kommersielle aktørene når det gjelder å velge de best betalte helsetjenestene, minimere skattebetaling og unndra seg offentlig innsyn.

Om vi ikke klarer å skape sterke allianser som ønsker et helhetlig offentlig tjenestetilbud til innbyggerne, kan Furulund få

rett i sin beskrivelse om «pragmatiske» politikere. Daglig leder i For velferdsstaten, Asbjørn Wahl, skriver i forordet til vårt nye hefte om den historiske bakgrunnen for sterke offentlige velferdsordninger: Velferdsstatens kjernetjenester skulle skjermes mot kapitalinteressenes snevre profittjakt og styrke den demokratiske styringen av samfunnet. Slik fikk vi en stor, og voksende, sektor i samfunnet som dempet konkurransepresset og fungerte som et korrektiv med hensyn til lønns-, arbeids- og pensjonsforhold. De offentlige velferdsordningene skulle først og fremst tilfredsstille grunnleggende behov hos befolkningen – ikke være underlagt markedets profittvang.

Dårligere på sikt

For velferdsstaten ønsker å bidra til en erfarings- og kunnskapsbasert debatt om konsekvensene av kommersielle aktører i velferdsstaten. Retoriske påstander om «effektiv ressursutnyttelse» og «innovasjon», skal møtes med fakta og erfaringer. Disse viser at denne effektiviseringen og innovasjonen går på bekostning av fellesskapet gjennom private uttak av fellesskapets verdier og reduserer kvalitet for brukerne. Det går også utover de ansatte som ikke får anledning til å fylle sine samfunnsoppdrag fordi deres arbeidssituasjon, lønns- og pensjonsbetingelser stadig forverres. På lang sikt kommer ekstraregningen til fellesskapet gjennom lønnsdumping, økt ulikhet og brutalisering innen denne delen av arbeidslivet.

For velferdsstaten støtter alt arbeid mot kommersielle aktører i velferdsstaten, og dermed også sykepleierne sin kamp mot NHO Service for like lønns- og arbeidsvilkår. I tillegg til å arbeide for harmoniserte lønns- og arbeidsvilkår, mener vi det trengs et arbeid for å styrke de offentlige tjenestene og et lovverk for offentlige velferdstjenester som stanser overføringen av fellesskapets verdier til private hender. Slike reguleringer finnes allerede i norsk lovverk gjennom Privatskoleloven. Dette bør videreutvikles og overføres til andre velferdssektorer. ■■■

PRIVAT: Private Røde Kors klinikk i Oslo ble til private Omnia, og er nå blitt private Aleris. De private helsetjenestene eies eller deleies ofte av investeringselskaper registrert i et skatteparadis, forteller kronikkforfatteren. Arkivfoto: Erik M. Sundt.



DILEMMA

Berit Støre Brinchmann om å være pasient

Navn: Berit Støre Brinchmann

Bakgrunn: Professor i sykepleie ved Høgskolen i Bodø

E-post: berit.stoere.brinchmann@hibo.no

Fra pasientens perspektiv

Der jeg lå i senga tenkte jeg at alle som jobber i sykehuset burde oppleve å være pasient.

Sist sommer opplevde jeg for første gang å være pasient i sykehus i forbindelse med en liten operasjon i narkose.

Jeg møtte fastende opp til avtalt tid på poliklinikken klokka 09.00. Her ble jeg møtt av en vennlig sykepleier. Det ble tatt

om jeg ikke snart skulle opereres. Sykepleieren som kom inn visste ikke noe, men skulle undersøke nærmere. Klokka 14.00 kom en ny sykepleier og forklarte at de var blitt forsinket. I og med at jeg hadde fastet så lenge, skulle jeg få intravenøs væsketilførsel. Klokka ble 15.00 før jeg ble kjørt opp. Der jeg lå i senga, tenkte jeg at alle som jobber i sykehuset burde oppleve å ta pasientens perspektiv. Verden blir så annerledes når det er du som ligger der. Korridorene, sykerommene og heisen virker helt annerledes når det er en selv som ligger i senga og ser opp i taket. Jeg var litt engstelig og gruet meg, og ønsket at alt kunne være overstått. Samtidig følte jeg meg frisk, og spøkte med sykepleieren som trillet den tunge senga om at jeg kunne hjelpe henne.

Jeg ble tatt imot av hyggelige sykepleiere på operasjonsstua, og en lege iført munnbind hilste på og forklarte at han skulle operere. Så husker jeg ikke mer før jeg våknet opp på intensiv, og kunne utskrives samme kveld.

Vente på svar

Tre uker senere skulle resultatene foreligge. Jeg ringe derfor og fikk beskjed av en vennlig sykepleier om at, jo da, svarene fra operasjonen var kommet for flere dager siden, men hun kunne ikke informere meg, og her stod så mye at jeg måtte vente til legen som hadde operert

hadde tid til å snakke med meg. Jeg ringe tilbake samme ettermiddag, men heller ikke nå var legen ledig. Neste dag ringte jeg igjen og forklarte at jeg hadde bedt om å få beskjed når resultatene forelå, og at jeg forlangte å få snakke med en eller annen lege, for å få den informasjonen jeg hadde krav på. Operatøren hadde jeg ikke noe forhold til, jeg hadde knapt nok sett han bak munnbindet.

Det var heldigvis ingen alvorlige funn. Lykkelig over dette, er jeg fullstendig klar over at de fleste pasienter i sykehuset er mye sykere enn meg, og må prioriteres av sykepleiere og leger i en travel hverdag. Mine erfaringer fra sykehuset er dagligdagse og bagatellmessige, og oppleves av hundrevis av pasienter hver eneste dag. Hvordan må det da ikke være for alle de med langvarige sykehusopphold, som har alvorlig sykdom, og sliter med smerter, sorg og angst. Jeg håper inderlig at slike pasienter ble prioritert foran meg den dagen, og at det var årsaken til at jeg måtte vente. Men selv om helsepersonell har opplevd mange pasienter som har vært sykere og verre stilt, må man likevel alltid ta den nåværende pasienten med sine plager og bekymringer på alvor. Alle pasienter har krav på å bli møtt ut fra sine forutsetninger, helt uavhengig av at andre har det vanskeligere eller verre.

Inneffektivt system

En kan forundres over hvor ineffektivt

Verden blir så annerledes når det er du som ligger der.

opp journal, og alle viktige opplysninger ble registrert på data. Jeg ga beskjed om at jeg ønsket å bli oppringt så snart resultatet av operasjonen forelå, og dette ble notert. Deretter ble jeg bedt om å melde meg i avdelingen, hvor jeg traff nok en hyggelig sykepleier som spurte om de samme opplysningene som den forrige. Jeg fikk også beskjed om å skynde meg inn på rommet, fordi de hadde ringt etter meg fra operasjonsstua.

Lydig pasient

Som lydig pasient kledde jeg derfor raskt av meg, og la meg i senga ikledd lyseblå sykehuskjorte. Og der lå jeg så, uten at noe skjedde. Det var to andre damer på rommet. Et TV-apparat durte i vei hele formiddagen. Det ble blant annet gjensyn med «Dynastiet».

Klokka 12.00 ringte jeg på for å høre

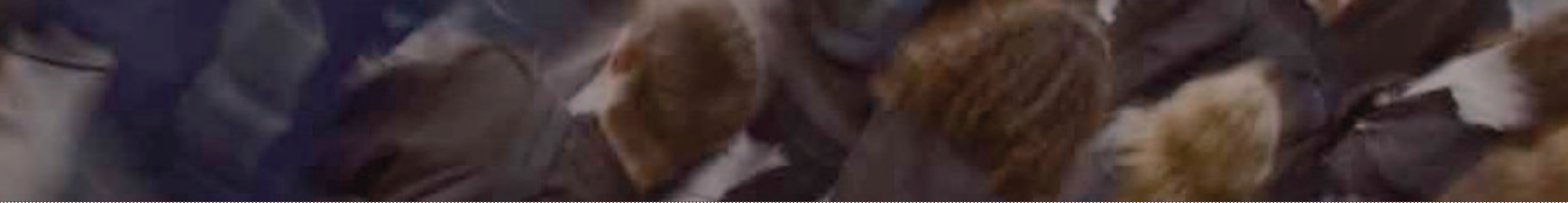
Andre faste bidragstere



Professor ved seksjon for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo
Per Nortvedt



Leder Rådet for sykepleieetikk
Marie Aakre



sykehussystemet virker, med de samme opplysninger som tas opp av flere, den uendelige ventingen uten at man informeres, og ikke minst at man ikke får beskjed når resultatene foreligger. Som pasient trer man raskt inn i pasientrollen og det er lett å føle seg fremmedgjort i det store sykehussystemet. Selv om man stort sett blir møtt av hyggelige, velmenende enkeltpersoner. Jeg tenker man skal helst være veldig frisk når man blir pasient, eller i alle fall ha sterke pårørende som kan stå på for en. I det store sykehussystemet blir enkeltindividet og enkeltpasienten lett borte. I systemverdenen er hovedfokus rettet mot produksjon, effektivitet, gjennomstrømning og lønnsomhet. Hvor har det blitt av etikken og omsorgen for enkeltpasienten? Samtidig er sykehussystemet menneskeskapt. Kanskje er det slik at de som utgjør sykehussystemet og sykehusorganisasjonen trenger pasienterfaring for å bli påminnet om dette.

Del av utdannelsen

Det er svært nyttig og lærerikt for helsepersonell og undervisere å ha opplevd pasientens perspektiv. Selv om man aldri helt kan forstå den andre, vil egne erfaringer og lignende opplevelser gjøre det lettere å sette seg inn i hvordan den andre har det. Å ha vært pasient i sykehus burde være en obligatorisk del av utdannelsen til alt personell som har sykehuset som arbeidsplass. ■■■



Til refleksjon

- › Har du opplevd å være pasient eller pårørende?
- › Hvordan har disse opplevelsene påvirket deg i ditt arbeid som sykepleier?
- › Har du noen tanker om hvordan sykehuset som system kan gjøres mer pasientvennlig?
- › Hvordan kan sykepleiere bidra til å revitalisere etikken og omsorgen for enkeltpasienten i en travelt sykehushverdag?

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.

PASIENT: Å ha vært pasient i sykehus burde være en obligatorisk del av utdannelsen. Illustrasjonsfoto: Coulorbox

www.sykepleien.no

Flere dilemma på [sykepleien.no](http://www.sykepleien.no) under fanen interaktivt.



TETT PÅ Kurt Lyngved

Hvem: Kurt Lyngved

Alder: 55 år

Utdanning: Psykiatrisk sykepleie og anestesisykepleie

Yrke: Leder for Batteriet Nord-Norge i Bodø

Hvorfor: Fordi han i sommer overtok som ny leder i Landsgruppen for psykiatriske sykepleiere i Norsk Sykepleierforbund

I intimen- sonen

Kurt Lyngved orker ikke diskusjonen om hvem som er nærmest pasienten.

Tekst og foto **Marit Fonn**

«Er <annet helsepersonell> meg?
Jeg vet jo at det er det.»



Kurt Lyngved har kjærlighetssorg. Det er like før han skal si opp jobben han elsker. Det er hardt. Men nå må beslutningen tas. Den kan ikke vente lenger.

Han har plassert seg i et dunkelt hjørne på et hotell i Son sør for Oslo. Utenfor glitrer solen. Som fersk faggruppeleder for psykiatriske sykepleiere er han på sin første samling i sentralt fagråd sammen med 32 andre faggruppeledere.

– Det er en kompleks prosess, da, filosoferer han om sorgen, godt tilbaketil i hotellsfoaen.

– Det der endelige er litt vanskelig. Men stenger man en dør, kan det jo bety nye muligheter. Sånn må jeg tenke.

– Er du deprimert?

– Småtrist i hvert fall.

LYNGVED KNYTTER SEG TIL STEMNINGER. Det som nå trer fram for hans indre her i sør, er vinteren i nord. Båtturen til jobben tidlig om morgenen, lyset som kommer. Den stille starten på dagen.

Men det var før. Da han hadde den fine jobben i Rødøy kommune på Helgelandskysten. Kommunen består av tusen øyer, holmer og skjær. Barns psykiske helse var hans felt i fire år. Det førte blant annet til pris for kreativitet i arbeidet. Likevel skaffet han seg for snart to år siden ny jobb. Han fikk permisjon fra Rødøy og ble leder for det nyetablerte Batteriet i Bodø.

– Ingen stor by, men man blir jo forstyrret. I bilkøer, for eksempel. Det er opplagt ikke det samme som ved havet.

«Den eneste kraften som kan bringe deg videre er din egen.»

Batteriet Nord-Norge, eid av Kirkens Bymisjon, er det tredje i sitt slag i landet. Det skal være et ressurscenter for hele landsdelen. Lyngved er leder for stedet som har selvhjelp som idé. Det passer ham godt. Denne jobben er også fin. Men innen tre dager må han si nei til det som var, babyen han skapte i Rødøy. Permisjonstiden løper ut. Han klager ikke. Skylder ikke på noen over uføret han er kommet i.

Vi må regne med at Lyngved kan sin psykiatri. Det er 34 år siden han sjokkert debuterte på mannsavdelingen på nærmeste psykiatriske sykehus. Han har sett nyansene og kontrastene.

Hva vet denne modne mannen om motsetninger, der han sitter i motlyset?

– Lys og mørke. Hva tenker du?

– Lys er muligheter. Mørke er mulighetene du ikke ser. Men det er mulig å komme inn i lyset. Der står vi som veiledere.

– Mann og kvinne, da?

– Den var vanskelig. Jaaa ...

Han tenker seg om. Mumler motvillig noe om omsorg, men lander på at det dreier seg om kommunikasjon.

– Kvinner har et større spekter av begreper, menn prater mer konsist. Man må lytte til dem med forskjellige ører.

– By og land?

– Ååååå. Det er i hvert fall ekstreme motsetninger i mitt liv som jeg må ha.

– Før og nå?

– Menneskesynet i psykiatrien er i en fantastisk positiv forandring.

– Norge og verden?

– Jeg har jo reist mye. Det som er ok med Norge trer fram med verden som bakteppe.

– Nordlendinger og søringer?

– Ha-ha. Si det. Jeg ser et humorskille ved Dovre.

– Pasient og helsearbeider?

– Jo eldre jeg blir, jo mindre forskjell ser jeg. Det handler om å være underveis for begge parter.

– Makt og avmakt?

Temaet er så drøvtygd i psykiatrien at han er på nippet til å gjespe.

– Jo da, vi kan utøve makt, det ligger der som en fare, sier han skolebokaktig.

– Fattig og rik?

– Rikdom for meg er å realisere drømmer for eget liv.

HAN RETTER SEG OPP.

– Jeg må bare få si to ting!

– Ja?

– Nansen-skolen. Og videreutdanningen på Bygdøy i Oslo. De var vekkere for meg. Det var der jeg etablerte de humanistiske verdiene

På folkehøgskolen som 22-åring lærte han om de fire friheter, som han ikke lenger husker hva var. Men «frihet under ansvar» sitter som klistret.

Hans første møte med psykiatrien var altså på Rønvik sykehus. 21 år gammel møtte han opp som pleiemedhjelper. Jobben var ikke hans idé, men en tilfeldighet i livet. Han var på jobb jakt og moren kjente oversykepleieren på den berømte institusjonen.

25 menn bodde tett sammen på én sal. Sengene sto på geledd og mennene var fra 20 til 85 år. Lyngved hører fortsatt lyden av kaldt metall mot hardt gulv når rørstolene som ofte manglet knottene på beina ble skjøvet inn under sengene. Hver mann sin stol til å ha klærne på. Mange var muskelskadd av medisinene.

Han viser hvordan tungen til noen av dem tvangsaktig gikk ut-inn. Ut-inn. Han blir urolig i kroppen ved tanken.

– Det var bildet av «insane people». Jeg var vettskremt lenge.

Men det var et eller annet han likte. Han ble nysgjerrig. Hvem var de?

– Noen var på tampen av livet. De hadde vært der siden de var 16. Etter hvert så jeg mennesket, selv om de var institusjonalisert.

Han tegner med fingrene på sofaen: Vaktrommet ved enden av salen, sengene på rekke og rad, stue og kjøkken i andre enden. Der levde de.

– De var så ufri. Det skyldtes deres egne problemer pluss systemet.



PÅ 1970-TALLET SKULLE ALLE bli sosionomer, sykepleiere eller fysioterapeuter. Lyngved søkte på alt. Siden han ville bli i Bodø og kom inn på sykepleierskolen der, ble valget enkelt. Første jobb ble på intensiven i Kirkenes, deretter psykiatrien i Tromsø. Så fulgte videreutdanningen i Oslo.

– Du virret rundt?

– Ganske mye. Det er et kjennemerke ved meg.

Etter en stund ble han oppgitt. Han likte ikke den mekaniske tenkningen i psykiatrien og måtte ha en pause. Da ble han like godt anestesisykepleier. Det ble et blindspor.

– Jeg skjønnte fort at jeg hørte hjemme i psykiatrien.

– Er du litt følelsesmenneske?

– Ikke bare litt. Jeg blir veldig fort berørt av folks livsfortellinger. Hans råd i livet koker ned til ett: Ta deg selv på alvor.

– Prøv å finne din stemme, ikke den som er skapt av andre.

Sånn tenke nu æ.

– Du vil ikke plasseres i bås?

– Nei, det er jeg motstander av. Det fungerer reduksjonistisk. Man kan bli tvunget inn i mønstre.

Han har mellomfag i eksistensfilosofi. Favorittenkeren er Jean-Paul Sartre, som beskrev hvordan man kan stivne under den andres blikk.

– Stigmatisering er et problem for mange. Jo mer synlig, jo større er faren for å bli korsfestet. Stempling hindrer den frie livsutfoldelse.

Batteriets mål er å redusere fattigdom og sosial eksklusjon.

– Jeg føler meg så hjemme der.

Han veiver koselig med hendene.

– Der er alle som har det tøft velkomne, enten det dreier seg om rus, psykiatri eller fattigdom. Hvem som helst. Det kan være innvandrere også.

Batteriet er et servicesenter for selvhjelp.

– Jeg har alltid trodd at den eneste kraften som kan bringe deg videre er din egen. Andre kan hjelpe deg til å få innsikt, men forandringen må komme innenfra.

Etter solidaritetsarbeid for palestinerne midt i jappetiden på 1980-tallet, følte livet meningsløst.

– Jeg måtte forsone meg med at det er i dette samfunnet jeg kan gjøre den beste jobben. Her er livet mitt.

Men det har likevel blitt flere oppdrag i Midtøsten.

– Hva er din forankring?

– Jeg er forankret i områdene i nord. Men jeg kan fort flytte på meg. Jeg skaper et hjem veldig fort.

I BODØ BOR HAN i barndomshjemmet med far. I Rødøy rehabiliterer han et gammelt hus. Kultur og musikk er gøy, og han arrangerer gjerne en festival eller to. Kjæresten Per bor i Mosjøen. Dit er det 35 mil.

Han vipper på en sokkeløs fot i rutete tøysko og fastslår at tverrfaglighet er bra. Noe annet ville vært upraktisk siden det er et hav av yrkesgrupper i psykiatrien. Men hvem som driver med hva blir stadig mer uklart.

– Før var det bare oss. Nå er alle der. Men det er brukerne som må fortelle hvem vi er og hva vi yter.

– Tenk om de sier at de ikke merker forskjell på dere?

– Det kan jo hende. Da må vi ha dialog.

– Hva tror du de vil si?

– Jeg vet ikke.

– Hva? Vet du ikke?

Han vrir seg.

– Det er litt farlig. Jeg vil ikke nøre oppunder profesjonskampen. Hvor mange år har vi brukt på å definere hva vi gjør? Det er komplisert å finne de eksakte ordene.

– Ok. Men hva vil du selv si sykepleierne gjør i psykiatrien?

– Vi er oppdratt til å være i intimsfæren. Nær pasienten. Det kan andre yrkesgrupper si og. Men jeg orker ikke den diskusjonen, sier han.

«Jeg ser et humorskille ved Dovre.»

Men forteller likevel om sykepleierne som er vant til å sitte klokken halv fem om natten på sengekanten til sårbare pasienter.

– Jeg tror den 24-timers-greia er et poeng. Sykepleierne forholder seg til nakenhet. Sosionomer og vernepleiere vil sikkert si: Det gjør vi også. Det viktige er at brukerne opplever reell hjelp. Men det er det de som må si. Ikke vi.

Lyngved er bekymret. I dokumenter om psykisk helsearbeid står det skrevet: «Leger, psykologer og annet helsepersonell».

– Hvem er annet helsepersonell? Det er farlig når man ikke blir kalt ved navns nevning.

Han napper i sofastoffet.

– Er «annet helsepersonell» meg? Jeg vet jo at det er det. Enten får de skrive alle yrker – eller ingen. I det siste dokumentet jeg så var ikke psykiatriske sykepleiere nevnt i det hele tatt.

– Er dere mer utsatt enn andre sykepleiere?

– Ja, på grunn av tverrfagligheten. Man står ikke på operasjonsstuen eller på sykehjemmet uten sykepleier. Tverrfaglighet rår også i utdanningen vår.

Videreutdanning i psykiatrisk sykepleie er fortid. Nå spesialiserer sykepleierne seg i psykisk helsearbeid – sammen med de andre.

– Er psykiatri-sykepleier-tittelen truet?

– Den er tradisjonsrik. Alle vet hva det er. Men den vil utfordres på sikt.

Dette blir ikke det første faggruppen skal ta opp med ny leder ved roret.

– Nei, nå skal vi finne ut om vi skal innlemme sykepleierne fra rusfeltet. Det henger sammen, tror vi, sier Lyngved, som nylig overrasket seg selv.

Han har vært på humorfestival. Nord for Dovre, selvfølgelig. ■



Mangelen på elektronisk samhandling tar livet av pasienter.

Fredrik Syversen, direktør i IKT Norge

Tilgang på kryss

IKT Norge mener det er på høy tid å gi helsepersonell tilgang til pasientjournaler på tvers av helseregionene, og at eventuell snoking er et menneskelig problem, ikke et it-problem.

Datatilsynet er redd for at pasienter vil holde tilbake informasjon som føles særlig privat, dersom datasystemene som skal ivareta personvernet ikke er vanntette.

Helse- og omsorgsdepartementet jobber nå med å utforme en ny forskrift som åpner for at helsepersonell kan få tilgang til pasientjournalen på tvers av helseforetakene. Dette arbeidet pågår parallelt med å få innført såkalt kjernejournal, det vil si en nasjonal pasientjournal som inneholder noen få, men viktige opplysninger om pasienten.

Informasjonsbehov og personvern settes opp mot hverandre, og foreløpig har ingen fasiten på hvordan begge hensyn skal ivaretas.

– *Hvorfor er det nødvendig med journaltilgang på tvers av regionene?*

Bjørn Erik Thon: – Det er tilfeller hvor det er nødvendig, for eksempel der hvor pasienter blir behandlet på flere sykehus og i flere regioner.

Fredrik Syversen: – Fordi nordmenn nå beveger seg på tvers av kunstige grenser, det være seg som forskere, helsearbeidere eller som pasienter. Et land med snaue 5 millioner innbyggere bør ikke ta seg råd til å bygge mange parallelle strukturer. Kompetanse innenfor disse områdene krever sentrale løsninger.

– *Er det per i dag en risiko for at pasienter dør som resultat av manglende elektronisk samhandling på tvers av helseregioner?*

Bjørn Erik Thon: – Det ligger utenfor det jeg har kjennskap til om akuttmedisin. Datatilsynet har fokus på at pasientens personvern ivaretas.

Fredrik Syversen: – Det tror jeg uten videre vi kan svare ja på. Feilmedisinering, ingen oversikt over utskrivelser, og ikke minst lite oppdatert informasjon om pasienten, er faktorer her. Jeg er overbevist om at mange av de unødvendige dødsfallene vi har i helsesektoren kunne vært unngått med faktisk samhandling mellom aktørene i helsesektoren.

– *Hva er mest kritisk i forhold til å sikre at person-*

Personvernet krenkes allerede gjennom dagens it-systemer.

Bjørn Erik Thon, direktør i Datatilsynet

og tvers

vernet blir overholdt ved nasjonal journaltilgang?

Bjørn Erik Thon: – Når vi er ute på tilsyn i foretakene, ser vi at systemene vi har i dag ikke er gode nok. Det er ikke logget godt nok hvem som har vært inne og lest journalene. Vi gjør funn som viser at tilgangene er for vide, og at helsepersonell kan være inne og lese i lengre perioder enn de har behov for. Dette er forhold som ikke blir bedre av at helsepersonell får tilgang til journalene på tvers av helseforetakene.

Fredrik Syversen: – Det mest kritiske er å gi pasienten mulighet til å se journalloggen, og ha gode it-løsninger som «tar» eventuelle snokere.

– Er kulturen rundt taushetsplikt blant helsepersonell en relevant problemstilling i forhold til å utvide tilgangen til pasientopplysninger?

Bjørn Erik Thon: – Ja, det er en relevant problemstilling. Vi tror ikke at helsepersonell er notoriske snokere, men det er viktig å bruke tid på holdningskapende arbeid. Datatilsynet er opptatt av at tilgang til pasientenes

journaler ikke skal koke ned til et spørsmål om den enkeltes moral, men at det er vann-tette systemer som gjør at man ikke kan gå inn å lese dersom man ikke har behov for det.

Fredrik Syversen: – Helt sikkert, men den endrer seg ikke ved at tilgangen til journaler blir bedre.

– Er datasystemene i dag gode nok til å forhindre snoking i pasientjournaler?

Bjørn Erik Thon: – Nei. Systemene trenger å forbedres. Som nevnt tidligere, gjør vi allerede funn i sykehusenes datasystemer som viser at personvernet krenkes.

Fredrik Syversen: – Ja, men snoking er til syvende og sist et menneskelig problem. Selv om en lege har rett til å se journalen, har hun likevel ikke lov å fortelle hva hun så til naboen. Jeg mener debatten ikke treffer når man ser på it som problemet. ■■■

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





REFLEKS

Gjesteskribent Trude Aarnes

Navn: Trude Aarnes

Yrke: Jordmor og privatpraktiserende sexolog

E-post: trudeaarnes@hotmail.com

Barn er ingen menneskerett

Det er fint at flere og flere kan få barn. Men grensen går ved surrogati.

For 18 år siden var jeg som jordmor på studiebesøk i Los Angeles. Jeg tilbrakte noen dager på en liten fødeklinikk.

Det viste seg at flere av de fødende var surrogatmødre. Jeg ble litt satt ut. Plutselig var jeg kommet nær noe jeg bare så vidt hadde lest om.

Mye er skjedd på 18 år. Gjennomsnittsalderen for førstegangs-fødende har økt dramatisk og dermed trenger flere hjelp til å bli gravide. Teknologi som prøverørsbehandling har ført til at hver enkelt lettere kan få tilfredsstilt behovet for barn. Bedre velferdsordninger bidrar også til at det er enklere for enslige å velge å få barn uten en partner.

Adopsjon har tidligere vært eneste mulighet for barnløse å få barn. Nå kan også enslige adoptere fra utlandet, men ikke i Norge. Her må man være samboere eller gift. Homofile og lesbiske par kan adoptere fra utlandet, hvis landet de adopterer fra aksepterer det.

Er ikke dette tvang for henne?

I Norge gis assistert befruktning med donorsæd bare til gifte og samboende par. I 2009 fikk lesbiske par samme retten. De siste 15 årene har stadig flere enslige kvinner reist til Danmark for å få assistert befruktning med donorsæd. Her kan donoren være anonym. Norge tillater ikke det.

Etter hvert som nye familiedannelser trer fram, vil behovet for barn komme hos flere. Lovgivningen har endret seg i takt med nye familiedannelser. Også homofile, lesbiske og enslige ønsker seg barn.

Surrogati har økt kraftig i omfang de siste årene. Særlig for homofile par og enslige gjør denne metoden det mulig å få et sterkt etterlengtet barn. Det gir også en mulighet for par som er for gamle for prøverørsbehandling.

Surrogati kan foregå på mange måter: Foreldrene kan gi både egg og sæd. De kan bruke egne egg og donorsæd. Og de kan bruke egen sæd og donoregg, eller både donoregg og donorsæd. Surroga-

ten kan bli gravid med eget egg og fars sæd (tradisjonell surrogati) eller med donorsæd.

Det er altså blitt et vell av muligheter for å få barn når man ikke blir gravid på tradisjonell måte. Det er viktig at dette lovreguleres slik at det ikke oppstår vanskelige situasjoner. Jeg hilser de fleste av disse metodene velkomne. Men ikke surrogati.

Dette er en helt spesiell metode. Man lar en fremmed kvinne, ofte i en annen verdensdel, bære fram det barnet man ønsker seg – mot betaling. Lovverket er heller ikke godt nok i dag.

At enslige og par ønsker seg barn forstår jeg. Som jordmor har jeg i årevis bistått fødende og deres partner. Jeg har vært til stede under utallige fødsler og har vært vitne til den lykke og tilfredshet som råder når barnet er født.

Jeg tror at noen er så fylt av denne personlige drømmen om barn at de ikke klarer å forholde seg objektivt og kritisk nok til den situasjonen som surrogaten settes i. Man ønsker å dekke eget behov ved å utnytte en fattig kvinnes eneste mulighet til å skaffe familien penger. Er ikke dette tvang for henne? Jeg tenker umiddelbart på alle de nigerianske kvinnene i prostitusjon som jeg har møtt i mitt arbeid. Det var fattigdommen som tvang dem til å bruke kroppen sin til å tjene penger. De sa at dette var den eneste sjansen til å få inntekt, og dermed et bedre liv for seg selv og familien. Jeg kan tenke meg at hadde de fått mulighet til å være surrogat, hadde mange av dem gjort det.

Jeg har født tre barn. Jeg kan sette meg inn i hvilken belastning, både fysisk og psykisk, et slikt svangerskap må være. Og så tar det ni måneder av livet.

Jeg tenker på ordtaket ”målet helliger middelet”. Bare jeg oppnår det jeg trenger, er ikke veien dit så viktig. Dette handler om penger og makt. Det reiser problemstillinger om etikk og nord-sør forhold.

Hvor belastende er det å bære fram et barn, for så å gi det fra seg?

Individets rett står sterkt i dag, men vi må huske at det ikke er en menneskerett å få barn.

Trude Aarnes

Øvrige gjesteskribenter 2010:



Anders Folkestad
Leder i Unio



Cathrine Sandnes
er redaktør av tidsskriftet
Samtiden



Martine Aurdal
Leder av samfunns-
avdelingen i Dagbladet



Jon Hustad
Journalist i Dag og Tid

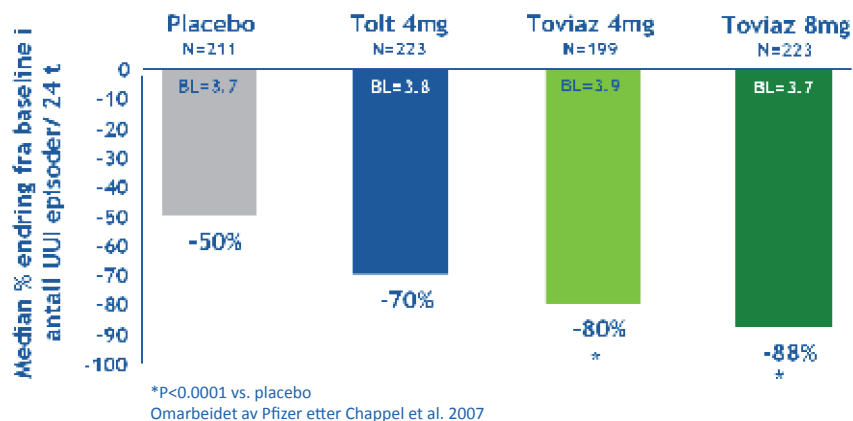
Effektiv antimuskarin¹

- **Fleksibel dosering:**
4 mg og 8 mg²

- **En gang daglig²**



UUI-episoder¹



Toviaz depottabletter «Pfizer» Muskarinreseptorantagonist. ATC-nr.: G04B D11

DEPOTTABLETTER 4 mg og 8 mg: Hver depottablett inneh.: Fesoterodinfumarat 4 mg, resp. 8 mg tilsv. fesoterodin 3,1 mg, resp. 6,2 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: Indigotin (E 132), titandioksid (E 171). **Indikasjoner:** Symptomatisk behandling av urgeinkontinens og/eller hyppig vannlating og økt vannlatingstrang som kan forekomme hos pasienter med overaktiv blære. **Dosering:** Voksne: Anbefalt startdose er 4 mg 1 gang daglig. Basert på individuell respons kan dosen økes til 8 mg 1 gang daglig. Maks. daglig dose er 8 mg. Til pasienter med normal nyre- og leverfunksjon, som får samtidig behandling med potent CYP 3A4-hemmer, bør maks. daglig dose av fesoterodinfumarat være 4 mg 1 gang daglig. Ved samtidig administrering av en moderat CYP 3A4-hemmer bør individuell respons og toleranse evalueres før doseøkning til 8 mg. Skal svelges hele. Kan inntas uavhengig av måltid. Fullstendig behandlingseffekt er sett etter 2-8 uker og virkningen bør derfor evalueres etter 8 ukers behandling. Barn: Sikkerhet og effekt er ikke dokumentert. **Kontraindikasjoner:** Urinretensjon. Alvorlig ulcerøs kolitt. Toksisk megacolon. Ukontrollert trangvinkelglaukom. Myasthenia gravis. Alvorlig nedsatt leverfunksjon («Child-Pugh» C). Samtidig bruk av potente CYP 3A4-hemmere ved moderat til kraftig nedsatt lever- eller nyrefunksjon. Ventrikelretensjon. Overfølsomhet for fesoterodin eller noen av de andre innholdstoffene, peanøtter eller soya. **Forsiktighetsregler:** Bør brukes med forsiktighet ved betydelig hindret blæretøm-ming med fare for urinretensjon. Forsiktighet også ved obstruktiv sykdom i mave-tarmkanalen (f.eks. pylorusstenose), gastroøsofageal refluks og/eller samtidig bruk av legemidler som kan føre til eller forverre øsofagitt (f.eks. orale bisfosfonater), nedsatt gastrointestinal motilitet, autonom neuropati og kontrollert trangvinkelglaukom. Forsiktighet må utvises når fesoterodin forskrives til eller opprettes hos pasienter som forventes å ha økt eksponering for aktiv metabolitt: Nedsatt lever- og nyrefunksjon, samtidig administrering av potente eller moderate CYP 3A4-hemmere, samtidig administrering av potente CYP 2D6-hemmere. Ved kombinasjon av disse faktorene forventes ekstra økning i eksponeringen. Doseavhengige antimuskarine bivirkninger vil sannsynligvis oppstå. Individuell respons og toleranse bør evalueres før doseøkning til 8 mg 1 gang daglig. Organiske årsaker til overaktiv blære skal utredes før behandling. Forsiktighet skal utvises ved risiko for QT-forlengelse (f.eks. hypokalemi, bradykardi og samtidig administrering av legemidler som er kjent for QT-forlengelse) og ved relevante tidligere hjertesykdommer (f.eks. myokardial iskemi, arytmier, medfødt hjertesvikt). Dette gjelder spesielt ved samtidig bruk av potente CYP 3A4-hemmere. Forsiktighet må utvises ved bilkjøring eller bruk av maskiner pga. mulige bivirkninger som f.eks. uklart syn, svimmelhet og søvnighet. Bør ikke brukes ved sjeldne arvelige problemer med galaktoseintoleranse, en spesiell form for heriditær laktasemangel (Lapp-laktasemangel) eller glukosegalaktosemalabsorpsjon. **Interaksjoner:** Samtidig behandling med andre legemidler som har antimuskarine eller antikolinerge egenskaper (f.eks. amantadin, trisykliske antidepressiva, enkelte nevroleptika) kan resultere i uttalte terapeutiske effekter og bivirkninger (f.eks. forstoppelse, munntørhet, søvnighet, urinretensjon). Fesoterodin kan redusere effekten av legemidler som stimulerer motiliteten i mave-tarmkanalen, som f.eks. metoklopramid. Maks. fesoterodindose bør begrenses til 4 mg ved samtidig bruk av potente CYP 3A4-hemmere

(f.eks. atazanavir, klaritromycin, indinavir, itraconazol, ketokonazol, nefazodon, nelfinavir, ritonavir (og alle ritonavir forsterkede PI-regimer) saquinavir og telitromycin). Det forventes økt eksponering av aktiv metabolitt ved samtidig bruk av moderate CYP 3A4-hemmere (f.eks. amprenavir, aprepitant, diltiazem, erytromycin, flu-konazol, fosamprenavir, grapefruktjuice, verapamil), men mindre økning enn den som er sett med potente CYP 3A4-hemmere. Samtidig administrering av potente CYP 2D6-hemmere kan gi økt eksponering og bivirkninger og dosereduksjon til 4 mg kan være nødvendig. Induksjon av CYP 3A4 kan føre til subterapeutiske plasmanivåer. Samtidig bruk med CYP 3A4-indusere (f.eks. karbamazepin, rifampicin, fenobarbital, fenytoin, johannesurt) anbefales ikke. **Graviditet/Amning:** Overgang i placenta: Ukjent. Risiko ved bruk under graviditet er ikke klarlagt. Gravide bør ikke behandles med fesoterodin. Induksjon av CYP 3A4 kan føre til subterapeutiske plasmanivåer. **Bivirkninger:** Munntørhet er mest vanlig (1/10). Hyppige (>1/100): Gastrointestinale: Mavesmerter, diaré, dyspepsi, forstoppelse, kvalme. Luftveier: Tørr hals. Nevrologiske: Svimmelhet, hodepine. Psykiske; Søvnløshet. Syn: Tørr øyne. Urogenitale: Dysuri. Mindre hyppige: Gastrointestinale: Abdominalt ubehag, flatulens. Hud: Utslett, tørr hud. Hørsel: Vertigo. Lever: Økning i ALAT og GGT. Luftveier: Faryngolaryngeal smerte, hoste, nesetørhet. Nevrologiske: Smaksforstyrrelse, somnolens. Sirkulatoriske: Takykardi. Urogenitale: Urinretensjon (inkl. følelse av resturin, sykkelig trang til vannlating), urinhesitasjon, urinveisinfeksjon. Øvrige: Utmattelse, generelle lidelser. **Overdosering/Forgiftning:** Symptomer: Fesoterodin er administrert sikkert i doser opptil 28 mg/dag. Overdosering kan føre til alvorlige antikolinerge virkninger. Behandling: Ev. ventrikelskylling og medisinsk kull. Symptomatisk behandling. **Oppbevaring og holdbarhet:** Oppbevares ved høyst 25°C, i originalpakningen. **Pakninger og priser:** 4 mg: Enpac: 28 stk. kr 432,40. 84 stk. kr 1227,30. 8 mg: Enpac: 28 stk. kr 432,40. 84 stk. kr 1227,30.

Refusjon: Refusjonsberettiget bruk: Motorisk hyperaktiv nevrogen blære med lekkasje (urge-inkontinens).

Refusjonskode:

ICPC	Vilkår nr	ICD	Vilkår nr
U04	-	N39.4	-

Annen spesifisert urininkontinens

Vilkår: Ingen spesifisert.

Sist endret: 09.06.2008

Referanse:

- Chapple C, Van Kerrebroeck P, Tubaro A, Haag-Molkenteller C, Forst HT, Massow U, Wang J, Brodsky M. Clinical Efficacy, Safety, and Tolerability of Once-Daily Fesoterodine in Subjects With Overactive Bladder. Eur Urol. 2007. Oct; 52 (4): 1204-12.
- SPC Toviaz Juni 2010

B-Postabonnement

Returadresse:
Sykepleien
Postboks 456 Sentrum
NO-0104 Oslo

PORTO BETALT
PORT PAYÉ
NORGE



Våtservietter til alle oppgaver.

Antibac desinfiserende våtservietter dekker helsevesenets mange behov for bakteriebekjempelse og de virker raskt og effektivt mot vegetative bakterier, mykobakterier, sopp og ulike virus.



Alle som besøker vår stand på NFSH i Stjørdal den 19.- 20. okt og svarer på noen spørsmål, får en Antibac-premie som takk.

Antibac Våtservietter for Hånddesinfeksjon

får du både som enkeltpakkede servietter, som små lommebokser og i større bokser for plassering i fellesområder. Våtservietter er meget effektivt og enkelt å bruke for både pasientene og pårørende.



Antibac Våtservietter for Overflatedesinfeksjon

finnes også i forskjellige størrelse. Mindre servietter for mindre overflater og store kluter for store overflater. Boksene fås med borddispenser for festing til underlag. Det er en praktisk løsning når det er mange brukere.

 **antibac**[®]
DESINFEKSJON

www.antibac.no