

Dronningen i Helse Størst

Bente Mikkelsen er kanskje landets mektigste kvinne.
Hun er sjef over 69 000 ansatte og ikke redd for å prioritere.

TETT PÅ side 28

Frykter dummere studenter side 6

Dokumentar: Mannlig sykepleier søkes side 20

Hør her – DRG i psykiatrien? side 32

TEMA: Klimafeber side 52



06



20



52



Det er viktig å treffe riktig

UTGIVELSESPLAN 2008

| Nummer | | Materiellfrist | Utgivelse |
|--------|-------------|----------------|-------------|
| 1 | Sykepleien | 3. januar | 10. januar |
| 2 | Sykepleien | 16. januar | 24. januar |
| 3 | Sykepleien | 30. januar | 7. februar |
| 4 | Sykepleien | 13. februar | 21. februar |
| 5 | Sykepleien | 27. februar | 6. mars |
| 6 | Sykepleien* | 26. mars | 3. april |
| 7 | Sykepleien | 16. april | 24. april |
| 8 | Sykepleien | 30. april | 8. mai |
| 9 | Sykepleien | 14. mai | 22. mai |

| Nummer | | Materiellfrist | Utgivelse |
|--------|-------------|----------------|---------------|
| 10 | Sykepleien* | 9. juni | 17. juni |
| 11 | Sykepleien | 6. august | 14. august |
| 12 | Sykepleien | 20. august | 28. august |
| 13 | Sykepleien | 10. september | 18. september |
| 14 | Sykepleien* | 24. september | 2. oktober |
| 15 | Sykepleien | 8. oktober | 16. oktober |
| 16 | Sykepleien | 22. oktober | 30. oktober |
| 17 | Sykepleien | 5. november | 13. november |
| 18 | Sykepleien* | 26. november | 4. desember |

*) Inneholder i tillegg Sykepleien Forskning (på 68 sider). Kommer 4 ganger i året.

Som annonsør er det viktig å treffe den riktige målgruppen. Velformulerte budskap og unike produkter kan være så slående de bare vil, men det hjelper lite hvis målgruppen egentlig er et annet sted.

I Sykepleien treffer du landets sykepleiere. Hver leser bruker i gjennomsnitt 60 minutter på bladet, som utgis 18 ganger i året. Kontakt oss hvis du mistenker at våre 181.000 lesere er et treffsikkert mål for din annonse.



sykepleien

Stigen mangler noe.
Det gjorde **smertebehandlingen** også.



3 LAVE STYRKER: 5,10,20 µg/t – EN STOR STYRKE I SMERTEBEHANDLINGEN

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

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

Norspan® er et sterkt opioid mot sterke smerter.
Se godkjent preparatomtale side 26

Norspan®
Buprenorfin
7-døgns smertepaster



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

Barth Tholens om forskjellsbehandling

Stilling: Redaktør i Sykepleien

E-post: barth.tholens@sykepleien.no

Er det noe du er irritert på? Skriv til aksjonisten@sykepleien.no



ULIK: Det er alltid fare for at én av oss blir diskriminert. Gjøtt hvem!

Uheldige hendelser

Se på personen til venstre på bildet – og på ham til høyre. Er du sikker på at vi to vil møte de samme holdninger når vi kommer trillende inn på din post?

Se gjerne på meg som mørkhudet. Kall meg gjerne Islamabarth. Litt trang jakke, maven mandig ut og en touch av Tøyen. Jeg har det med å komme horisontalt inn på mottaket. Nei, jeg trenger ikke å ha ligget knivstukket i en park i hovedstaden. Jeg kan bli dårlig på andre måter. Verst an ligger jeg når jeg både er mørkhudet, psykisk syk og rusmisbruker. Men bare én av ingrediensene er nok til å gjøre forskjellen.

For her kommer jeg trillende inn på posten din. Vil alle dine etiske reflekser stå i giv akt når jeg ber om å bli møtt på samme måte som min medpasient her, mitt alter ego, «norsk», hvit, 17. mai, pølser og fra et tettsted med minst én Statoilstasjon? Glem det.

Hver pasient skal møtes med grunnleggende respekt. Hver pasient er et menneske med en egen historie. Hver pasient er en unik person, med egen smerteterskel. Så opplagt det enn kan høres ut – nettopp her sliter helsetjenestene mer enn vi liker å høre om. Likeverd i helsetjenestene er bra for festtaler, så lenge pasientene snakker feilfritt norsk, har inntekt over 250 000 kroner og ikke lukter fyll. Oppfyller ikke pasienten disse kriteriene, må han dessverre belage seg på å bli misforstått, trenert, feilbehandlet, oversett eller skjøvet ut i kulden. Jeg vil påstå at diskriminering i helsetjenestene alltid har vært et problem. Vi har bare lukket øyne for det.

I min Oslo Vest-utgave sitter jeg helt på bakerste benk i et auditorium på Ullevål sykehus. Det er dagen derpå. Helsetilsynet har slaktet sykehusets håndtering da ambulanspersonell lot en mann fra Afrika ligge blødende igjen i Sofienbergparken. I salen sitter ambulansfolk, politifolk, politikere og sykehusledere sammen for å diskutere veien videre. De slår fast at den «uheldige hendelsen» i Oslo kan bli snudd til noe positivt.

– VI trengte dette for å kunne erkjenne at både politiet og helse-tjenestene har et problem som vi ikke kan feie under teppet lengre, mener politimester i Oslo, Arnstein Gjengedal.

Det er deprimerende at det måtte mange mobilkameraer og en ressurssterk ektefelle til for at Ullevål skulle forstå at det finnes rasistiske holdninger blant personalet. Men etter at så har skjedd, har sykehuset grepet muligheten til å gjøre noe med det. Det er langt mer enn man kan si om andre helseforetak. Her lever man fortsatt i den tro at diskriminering er et amerikansk fenomen som ble løst av Martin Luther King.

Diskriminering handler ikke bare om hudfarge og Tøyen-faktor. Diskriminering er et fenomen som oppstår som følge av holdningsslitasje – det vil si at innlærte holdninger svekkes i langvarig kontakt med pasientgrupper som oppleves som «vanskelige». Det kan således være en utfordring å forstå Islamabarths smerter og stadige rop om hjelp, hvis legen eller sykepleieren tror at kulturen i utgangspunkt er høylydt og skrikete. Men det handler like mye om diskriminering når boka «Brev til ministeren» beskriver alle de psykisk syke i samfunnet som sliter med å bli tatt på alvor.

Diskriminering er ikke det samme som at pasienter får **forskjellig** behandling. Det kan være riktig forskjellsbehandling å sende en ambulanse kjappere til en pasient som ikke kan norsk og som derfor ikke kan forklare seg om symptomene. Diskriminering handler derimot om å gruppe-definere pasienter ut fra ytre egenskaper, uten å se det enkelte mennesket.

«Vi må vite hva vi ikke gjør bra – og så må vi systematisk beskytte pasienten mot det»,

sier Scott Altman, en amerikansk akuttmedisiner som har bidratt til å innføre etiske standarder på mange sykehus.

Diskriminering er ikke noe som kan «utryddes». Så lenge helsetjenestene bemannes av helt alminnelige kvinner og menn, vil det alltid være fare for holdningsslitasje. Derfor er det kanskje sykehusets evne til følsomhet som kan utgjøre den store forskjellen. Det høres kanskje paradoksalt ut, men jeg vil heller ha vært pasient på et sykehus med en «uheldig hendelse» bak seg enn et som ikke aner hva du snakker om. Uheldige sykehus har kanskje utarbeidet sjekklister som kan forhindre at det skjer igjen. Det er som å sitte i et fly: Jeg vil heller ha en pilot som sjekker alt på forhånd enn en som sier: Go`morran, mine damer og herrer. Dette flyet skal ifølge brosjyren være feilfritt, derfor tar vi av med en gang.



Forsidefoto: Erik M. Sundt

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

Ansvarlig redaktør

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

Markedssjef

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

E-post:

redaksjonen@sykepleien.no
interaktivt@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.

- 6 Frykter dummere studenter
- 9 **Vi bare spør** Victor Norman
- 10 Folk
- 12 Ledertrioen på signingsferd
- 12 KLP med ny fy-liste
- 13 Medlemsflukt i Sverige
- 14 Sikrere pasienter
- 16 – Ikke gjør som i England
- 18 Vil bruke 9 millioner på tvangsupplæring
 - Ønsker egen demenslov
- 20 **Dokumentar:**
 - Ung, mannlig sykepleier søkes
 - – Bør tone ned omsorgen
- 26 Epilepsi på tråd og nett
- 27 – Man må hjelpe hverandre!
- 28 **Tett på** Bente Mikkelsen
- 32 Stykkprispsykiatri, ja takk?
- 34 **Fagtema:** Eldre og døende
 - Alvorlig syk – og «utskrivningsklar»
 - Skrevet ut til sykehjem
 - Tror det har blitt verre
 - – Kjent og alvorlig problemstilling
- 40 **Bøker:** Forfatterintervju: Narve Moe
 - Bokanmeldelser
 - Månedens bok
 - Bokomtaler
 - 9 spørsmål til Kristin Vie
- 46 På veggen
- 48 Hvordan lykkes med klinisk stige?
- 50 Faggruppene
- 51 22 sprø spørsmål og svar
- 52 **Tema:** Klimafeber
 - Feberen stiger – sykepleierne må trå til
 - Test ditt eget utslipp
 - Ute i verden
- 66 **Øyeblikket:** Samtaler om benmasse
- 68 **Dilemma:**
 - Er barmhjertighet gått ut på dato?
- 70 Dilemmasvar
- 72 Fagnotiser
- 72 Granvin-dom blir stående
- 73 **Refleks:** Anders Folkestad
- 74 Siden sist
- 75 Debatt
- 75 Riskhospitalet
- 76 Quiz

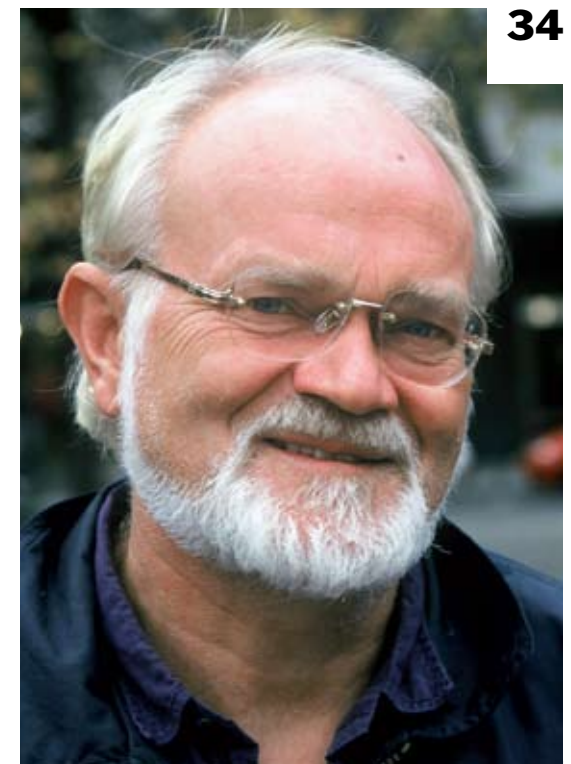
- 77 Før
- 78 Register over fagartikler og bokanmeldelser i 2007
- 82 Sykepleien JOBB – ledige stillinger
- 108 Meldinger, skoler og kurs
- 112 **NSF:** Kontingent i 2008
 - Forsikringer
 - **Lisbeth Normann** om eldreforliket

Fag i utvikling:

- 34 Alvorlig syk og «utskrivningsklar»
- 58 Lytt og lær
- 62 Alternativ fagdag
- 64 Fagkronikk

Utskrives for å dø

Lege og fagartikkelskribent Hans Knut Otterstad har dokumentert at mange eldre som blir utskrevet til korttidsplass i sykehjem dør raskt etter flyttingen. Undersøkelsen er gjort i Skedsmo kommune, der de nå har tatt tak i problemet. Men Otterstad mener dette er et problem i mange kommuner.



Arkivfoto: Lars-Erik Vollebæk

Frykter **dummere** studenter

I 2006 strøk 41 prosent i sykdomslære ved Høgskolen i Oslo. I 2007 ble det innført flervalgsoppgaver til eksamen, og strykprosenten sank til 11 prosent. Sykepleierstudent Preben Rinholm er skeptisk.

– Jeg nekter å tro at nivået plutselig har forbedret seg så kraftig og mistenker at dette utelukkende har med den nye eksamensformen å gjøre, sier Preben Rinholm, tredjeårsstudent ved sykepleierutdanningen på Høgskolen i Oslo.

Det er kjent at flervalgsoppgaver (multiple choice) er billigere og mer lettvinnt for skolen å gjennomføre enn tradisjonell eksamen. I tillegg tjener skolen på å ha få strykninger – finansieringsformen er slik at skolene får tildelt midler etter hvor mange studenter som fullfører på normalt tid.

Rinholm synes skolen driver med ansvarsfraskrivelse når den innfører flervalgsoppgaver som eksamensform i et så grunnleggende viktig fag som sykdomslære.

– Det er et fag hvor det er viktig å ha en dypere forståelse av sammenhenger, noe du vanskelig får vist gjennom en flervalgsoppgave. Burde ikke felles mål være faglig kvalitet? spør han.

Nå frykter han at nivået på sykepleierne som kommer ut av skolen blir lavere enn det ville vært med en tradisjonell eksamen.

U greit for dyslektikere

Eksamen består av 80 spørsmål med fire svarforslag hver, hvorav ett er riktig. Studenten må ha 52 riktige for å bestå.

– Kravet var først at vi skulle klare 40 prosent, altså 32 rette svar, men da den første av to grupper hadde gjennomført eksamen, fikk vi e-post om at kravet var høynet til 65 prosent. Var det slik at skolen ville ha en «passende strykprosent»? undres Rinholm og fortsetter:

– Majoriteten av studentene synes selvfølgelig at denne eksamensformen er helt grei, fordi mange tror det blir lettere å stå. Men en del av oss har reflektert over dette og synes det er betenkelig.

Rinholm har tidligere gått to år på lærerhøgskole og har hørt forelesere i pedagogikk advare mot å bruke flervalgstester som avsluttende eksamensform. Også for dyslektikere er denne formen for eksamen uheldig.

– Jeg har selv dysleksi i moderat form, og når det blir viktigere å skille mellom ordenes «utseende» enn å forstå sammenhenger, sier det seg selv at dette er den



BETENKT: Preben Rinholm, tredjeårsstudent ved sykepleierutdanningen på Høgskolen i Oslo, er betenkt over at flervalgsprøve er eksamensform i et komplisert fag som sykdomslære.

desidert verste eksamensform for denne gruppen, sier han.

En voksende testform

Professor Per Lauvås ved pedagogisk utviklingssenter ved høgskolen i Oslo/Østfold har sett at flervalgsprøver sprer seg til stadig nye land, sektorer og brukere.

– Det er ikke nødvendigvis fordi dette er en god form for prøving, men fordi den anses å være lettvinnt og lite ressurskrevende. Men skal det gjøres med kvalitet, er det ikke sikkert at det er så ressursbesparende som man kan få inntrykk av, sier han.

Lauvås påpeker at et av de

viktigste kvalitetskjennetegnene ved gode flervalgsprøver er gode «distraktorer», det vil si svaralternativer som er gale. Det er alltid lettere å formulere det som er riktig enn å lage gode distraktorer. – Det forutsetter nemlig kunnskap om hvilke feil og misforståelser som de som ikke kan stoffet godt nok, ofte gjør eller har. Er ikke distraktorene gode, kan det være relativt lett å se hva som må være riktig, selv uten å kunne så veldig mye.

Lauvås tror det med dyktige konstruktører kan være mulig å teste forståelse av kompliserte sammenhenger, men sier samtidig



at man ser flere eksempler på dårlige enn gode flervalgsprøver.

– Det blir ofte slik at flervalgsprøven kun tester hukommelse, sier han.

Og alt kan bli så uklart at de som vet ikke kan få vist det.

Testes på flere måter

Dekan ved sykepleierutdanningen på Høgskolen i Oslo, Kari Toverud Jensen, sier skolen innførte flervalgsprøve som eksamen i patologi i 2007 ved andre og tredje studieår fordi den fortsatt ønsket å fokusere på de naturvitenskapelige fagene. Studentene er nå gjennomgående fornøyde, og det er bare kommet inn én klage.

– Men hva var galt med tradisjonell eksamen?

– Ikke noe, men studentene og

fagmiljøet ønsket å prøve ut noe annet.

På bakgrunn av de dårlige eksamensresultatene over flere år, ble det besluttet å legge patologiundervisningen til alle tre årene og ikke bare til tredje året, slik det hadde vært tidligere. Da ble det også innført studieoppgaver i første og andre studieår, samt flervalgsoppgave-eksamen også i andre studieår. Det er valgt mappemetodikk som pedagogisk metode.

– Studentene blir også testet indirekte i sykdomslære, gjennom integrerte vurderinger. Men kanskje den viktigste læringen er studentenes løp frem mot vurderingene, der de gjennom ulike undervisningsformer studerer sykepleiefaget. Studieoppgavene er grunnlaget for å fremstille seg til eksamen, sier dekan Jensen.

Objektiv vurdering

Også sykepleierutdanningen i Sør-Trøndelag og Stavanger har valgt flervalgsoppgaver som eksamensform i naturvitenskapelige fag, deriblant sykdomslære. Sør-Trøndelag startet i februar 2006, mens Stavanger prøvde dette ut første gang våren 2005.

– Flervalgsoppgaver sikrer en objektiv vurdering i forhold til den skjønsmessige vurderingen man får ved bruk av sensor. Vi har elektroniske prøver. Da kan vi få resultatet med én gang, sier Marit Olsen, høgskolelektor ved sykepleierutdanningen ved Høgskolen i Sør-Trøndelag.

Hun kan ikke si noe om det

– Majoriteten av studentene synes selvfølgelig at denne eksamensformen er helt grei, fordi mange tror det blir lettere å stå.

Preben Rinholm, sykepleierstudent

er lettere å stå på denne typen eksamen fordi skolen ikke hadde eksamen i sykdomslære tidligere.

I Stavanger har man forsøkt seg frem med ulike modeller for eksamen. I 2006 og våren 2007 hadde kandidatene en blandingsform, med 70 flervalgsoppgaver og tre åpne spørsmål.

– Personlig synes jeg dette er den beste formen, fordi du da også får testet en dypere forståelse av sammenhenger, sier Elisabeth Harbin, kullkoordinatør for sykepleierstudenter i 2. studieår ved Universitetet i Stavanger.

Men fordi det er lettere å administrere og kjøppere og billigere å sensurere, bestemte skolen å gå over til en rein flervalgsoppgave med 100 spørsmål høsten 2007. Allikevel har det vist seg å ta mye tid å lage gode spørsmål.

– I stedet for å skrive «gjør rede for nyrenes funksjon», må vi lage flere spørsmål for å dekke inn det temaet, sier hun.

Strykprosenten var våren 2006 på 26 prosent og våren 2007 på 13 prosent.

Kombinasjonsmetoden

Høgskolelektor Thor Arne Haukedal ved sykepleierutdanningen ved Høgskolen i Telemark er med i et prosjekt i regi av Norgesuniversitetet og Høgskolen i Sør-Trøndelag, som skal se på erfaringen med bruk av flervalgstester.

– Slike tester har et negativt rykte. Jeg tror vi kan bruke dem mer, særlig i fag som anatomi og smittevern/hygiene, men i sykdomslære bør det være i sammenheng med

andre typer tester. Hos oss bruker vi dem underveis ved at studentene tester seg selv, samt på en prøve som karaktersettes. Da er det en kombinasjon med flervalgsspørsmål og åpne spørsmål, sier han.

Også førstelektor Tone Elin Mekki ved Høgskolen i Bergen mener det er en god idé å kombinere flervalgsoppgaver med andre måter å teste studentene på. Men hun går ikke med på å forklare den kraftige forbedringen i strykprosent ved Høgskolen i Oslo bare med ny type eksamen:

– Vi ser ofte at etter et år med mye stryk, slår det positivt inn på fremtøte og innsats for neste kull som da leser kraftigere, sier hun.

Leder av NSF Student, Stian Skare, mener det er viktig at valg av evalueringsmetodene gir et godt bilde av studentens kunnskaper, ferdigheter og evnen til en sammenhengende forståelse.

– Vurderingen om man skal bruke multiple choice må baseres på om metoden evaluerer på en god nok måte, og ikke ut i fra hva som er lettest å gjennomføre, sier han.



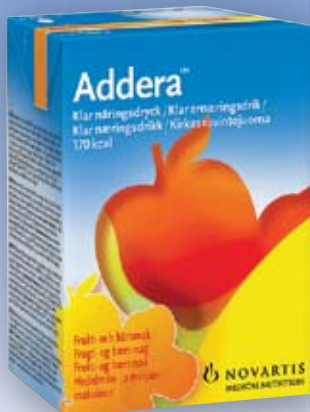
VALG: Hvert spørsmål har fire svaralternativer i flervalgsoppgaver (multiple choice).

Bestill næringsdrikker og kosttillegg sammen med din vanlige matgrossistordre!

TINE har nå salgsansvaret på alle Novartis-produktene og kan bestilles gjennom din grossist.



Spørsmål om Novartis produktene?
Ring 23 05 20 17
(kl. 0800-1600)



Victor Norman

Alder: 61 år

Aktuell som: Høyre-mann, eks-moderniseringsminister og økonomiprofessor.

BAKGRUNN:

Før jul fikk Victor Norman stor plass i mediene da han på u-høyre-vis mente at skattene bør øke for å sikre offentlig velferd. Han fikk ikke støtte av Høyre-leder Erna Solberg.

Har du myknet med årene på samme måte som Kåre Willoch?

– Neida, jeg har gitt uttrykk for disse synspunktene i mange år.

Hva er ditt viktigste argument for skatteøkningen?

– Det må være samsvar mellom det vi venter fra det offentlige og det vi betaler. Hvis vi vil ha et førsteklasses helsevesen, må vi betale mer enn det vi betaler i dag.

Er forslaget bra for sykepleiere – som synes de tjener for lite?

– Det som først og fremst vil være bra når de synes de tjener for lite, er at det er så stor knapphet på dem at det trengs flere. En av problemstillingene er om vi er i stand til å konkurrere om de dyktige folkene. De som vurderer å bli sykepleiere vil velge å bli noe annet.

Og de som allerede har valgt sykepleien?

– Det offentlige må konkurrere om de dyktige. Det må gjøres noe med forskjellene i offentlig og privat sektor.

– Sykepleierne må få mer lønn, mener du?

– Ja, hvis vi vil ha sykepleiere på lang sikt. Vi får ikke tak i gode folk ellers.

Skuffet over lite støtte fra dine partifeller?

– Man kan ikke vente at et parti som har skattelette som hjertesak, skal skifte standpunkt over natten. Mening min var å så et frø og få til en intern debatt. Dette har like mye adresse til andre partier.

Vurderer du å skifte parti?

– Nei, jeg er medlem av et glitrende parti, men håper på mer intern debatt i Høyre.

Hva med å innføre klimaskatt i stedet for inntektsskatt, slik fredsprisvinner Al Gore foreslår?

– Klimaskatt er glitrende. Men hvis den virker, vil den ikke gi særlig inntekt. Enten virker den på klimaet – eller på inntekten.

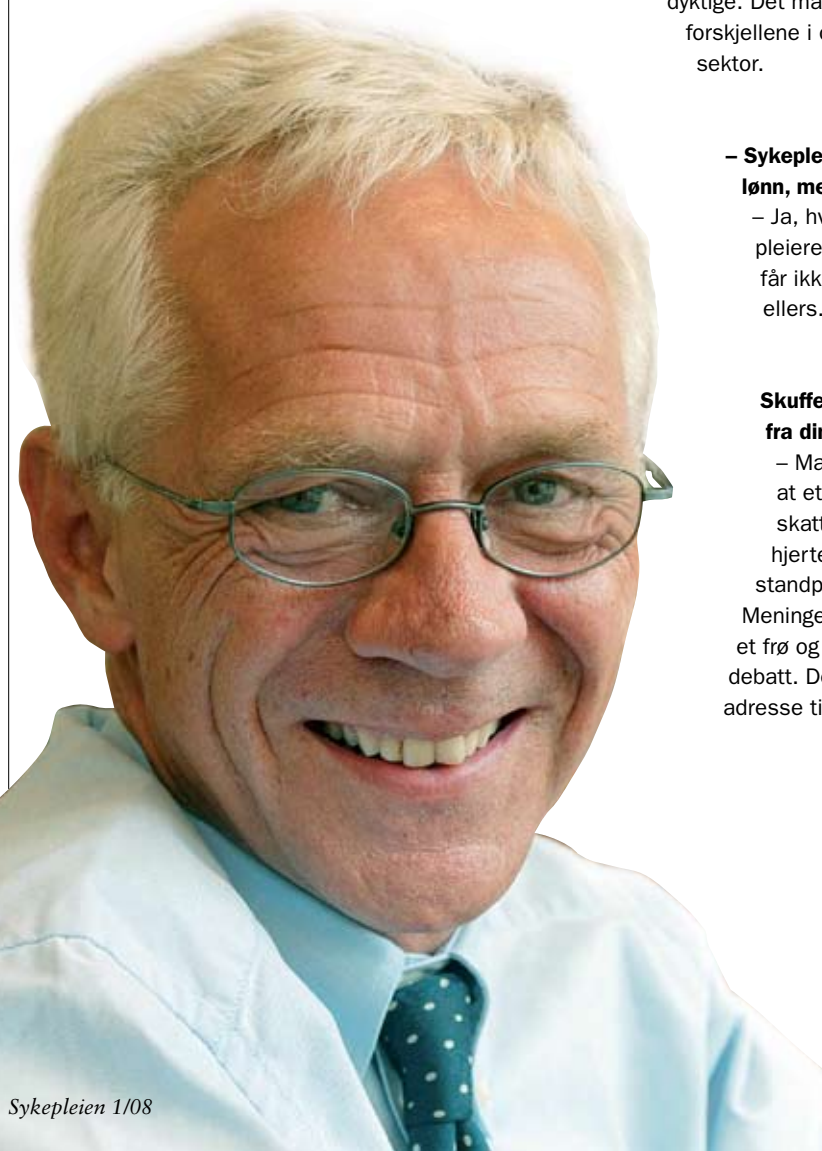
Har utspillet ditt fått overraskende mye oppmerksomhet?

– Kanskje ikke så rart med et såpass oppsiktsvekkende argument fra Høyre-hold, men det var ikke for å få oppmerksomhet, men debatt. Jeg ser tilløp til det, men vet jo ikke før i neste runde. Det har utløst litt i Ap, det er bra. Og jeg har inntrykk av positive reaksjoner i de delene av Høyre som er nærmest virkeligheten, det vil si kommune-Høyre.

Noen nyttårsønsker for sykepleierne?

– Jeg har jo det ønsket at alle som jobber i det offentlige blir verdsatt. Deres arbeid er avgjørende for velferden vår. Men dette er jo mer et ønske til resten av samfunnet enn til sykepleierne.

tekst **Marit Fonn**
foto **Norges Handelshøyskole**



Forsoningspris mot omskjæring

Den somaliske sykepleieren **Safia Yusuf Abdi** fikk den 8. desember Blanche Majors forsoningspris. Abdi har bodd i Harstad i flere år, men bor nå i Halden hvor hun ved siden av jobben som sykepleier tar en mastergrad i helsefag. Hun har lenge jobbet aktivt mot kjønnslemlestelse, blant annet gjennom NSF's prosjekt i Somalia.

– Min argumentasjon har ikke minst vært mot de islamske imamer. Til min glede ser jeg nå at også denne gruppen snur i synet på kjønnslemlestelse. Alt for seint selvsagt, men likevel gledelig, sa Abdi i takketalen. Det er Aktive Fredsreiser som har innstiftet prisen i Blanche Majors navn. Major mistet 31 familiemedlemmer i gasskamre under krigen, og har etter krigen arbeidet for forsoning bygd på kunnskap og vilje til å skape en bedre verden.



RØRT OG GLAD VINNER: – Det gir meg nytt håp å møte Blanche Major og få en pris i hennes navn, sa Safia Yusuf Abdi (til høyre). Foto: Per Lunden

Anders Folkestad still going strong



Til stående applaus ble Unios leder gjennom seks år, **Anders Folkestad**, enstemmig gjenvalgt for to nye år på Unios representantskapsmøte den 10. desember. Leder i NSF, **Lisbeth Normann**, ble valgt som nestleder i samme periode.

– Vi er i ferd med å forberede oss ekstra godt til det kommende tariffoppgjøret, og her skal vi være sterke. Vi skal vinne lønnskampen, og vi skal også vinne

kampen for å berge AFP-ordningen og få gjennom gode pensjonsordninger, var løftet fra Unio-lederen. Foto: Erik M. Sundt

Årets i Hordaland

Målfrid Gudbrandsen (nummer to fra venstre) ved sentraloperasjonen på Haukeland universitetssjukehus er tildelt sykepleierprisen fra NSF Hordaland 2007.

«Målfrid har ein eksepsjonell evne til å få fram det beste i folk med sin uegoistiske og omsorgsfulle veremåte. Hennar lune humor, treffande replikkar og diktlesing krydrar både pausar og hektiske arbeidsperiodar», var blant de gode ordene i begrunnelsen for prisen.

Foto: Haukeland universitetssjukehus



Pris til «Kall og kamp»-forfatter

I forbindelse med Norsk Sykepleierforbunds 75-års jubileum skrev **Kari Melby** boken «Kall og kamp». Det er en bok ikke bare om NSF og sykepleierne, men også en beretning om kvinneliv i forrige århundre.

– Dette arbeidet er en av flere grunner til at professor Kari Melby ved Institutt for tverrfaglige studier, NTNU i Trondheim, er tildelt Thora Storm-prisen. En pris som tildeles en kvinne i Midt-Norge som gjennom sin innsats er blitt et forbilde for andre kvinner.

Prisbeløpet på 20 000 kroner er en påskjønnelse for fortjenstfull innsats.

Foto: Gorm Kallestad/NTNU



Ny leder

NSFs faggruppe for allergi, eksem og lungesykdom hos barn, har fått ny leder. Hun heter **Ingvild Gaare Olsen** og er assisterende avdelingssykepleier på Voksentoppen, Hjerte-, lunge- og allergiseksjonen, Barneklubben, Rikshospitalet.

Andebu mest frivillige

Den pensjonerte sykepleieren **Alvhild Kjæraas** (86) vant Andebu kommunes frivillighetspris i desember. Hun jobbet som sykepleier til hun var 80 år. Fortsatt går hun ærender og hjelper folk som ikke kan utføre sine daglige gjøremål selv.

– Fordi Alvhild er såpass gammel, gir det en sterk signaleffekt om at man aldri blir for gammel til å hjelpe andre, sa leder for frivillighetssentralen i Andebu, Britt Mai Aasen.

Vi siterer Lars Gleditsch

– Man kan ikke forlange at noen møter i et utvalg der man blir kappet hodet av.

Legevaktlege Lars Gleditsch til NRK, som sammen med kolleger har brutt samarbeidet med Tønsberg kommune.

Daivobet® -
et førstevalg ved
behandling av psoriasis!

Å føle velvære
- også med psoriasis

LEO®

- Hurtig innsettende, god effekt^{1,2,3}.
- Doseres en gang daglig.
- Daivobet® kan brukes som start- og vedlikeholdsbehandling i opptil 52 uker.
- Refusjon: § 9, pkt. 31
- www.psorinfo.no



LEO Pharma AS
Postboks 193 . 0216 Oslo . Norge
Tlf. 22 51 49 00 . Fax. 22 51 49 01
www.leo.no info.no@leo-pharma.com



Daivobet®
calcipotriol/
betametason dipropionat

Se preparatomtale side 76

Ledertrioen på signingsferd

Den nye trioen i NSF's forbundsledelse ønsker å få føling med hva som rører seg i fylkene. Derfor legger den ut på turné i februar. Innen våren 2009 skal alle fylker være besøkt.

Leder Lisbeth Normann, første nestleder Unni Hembre og andre nestleder Jan-Erik Nilsen må belage seg på ekstra mange reisedager i 2008. Sammen med NSF's 19 fylkesledere legger de nå en plan for besøk som vil strekke seg gjennom hele året og kanskje inn i begynnelsen av neste år. Geografien i de enkelte fylker vil avgjøre lengden på oppholdene, som vil variere fra en til tre dager.

Første fylker ut vil være Finnmark med tre dagers besøk og Østfold med to dagers besøk i uke 7. Deretter er uke 10 plottet ut, og hvis tariffoppgjøret ikke strekker seg lengre enn til begynnelsen av juni, går den tredje runden rundt St.Hans-tider. – Vi er en helt ny forbundsledelse og ønsker å bli kjent med det som foregår ute i fylkene. Vi kommer til å reise litt rundt i enkelte

fylker, avhengig av hva de ulike fylkeslederne anbefaler oss, sier Jan-Erik Nilsen.

Ledelsen vil legge opp til ulike typer møter, noen med innlegg,

andre der de ser på prosjekter som angår sykepleiefaget og -tjenesten.

– Vi kommer til å besøke sykehus, høyskoler, universitet og kommu-

nale tjenester, men ønsker også å treffe medlemsmassen vår, sier Nilsen.



FØLING I FYLKET: Om ikke lenge kan disse tre dukke opp på en avdeling nær deg.

KLP med ny fy-liste

KLP har hatt sin halvårige oppdatering av eksklusjonslisten for de selskaper de ikke vil ha med i sin investeringsportefølje. To nye ut og to gamle inn igjen, er resultatet. Til sammen er 41 selskaper ekskludert.

Kommunal Landspensjonskasse (KLP) er det selskapet hvor de fleste medlemmene i NSF får sin tjenestepensjon fra. Da kan det være greit å vite at KLP faktisk har etiske kjøreregler når selskapet investerer i verdipapirmarkedet rundt omkring i verden.

Franske Alstom blir ekskludert på grunn av brudd på menneskerettigheter ved et vannkraftprosjekt i Sudan hvor selskapet er hovedleverandør av elektrisk utstyr. Gjødelselskapet Westfarmers ble ekskludert fordi det ulovlig importerte

fosfat fra Vest-Sahara. FN erklærte i 2002 all utvinning av naturressurser i Vest-Sahara for ulovlig.

Til gjengjeld er det amerikanske oljeserviceselskapet Halliburton tatt inn i varmen igjen etter å ha ryddet opp i korrupsjonsrot. Det samme har Anvil Mining, men her var det deltakelse i massakre av sivile i Kongo som var årsaken til at selskapet ble ekskludert i 2004. KLP har allikevel funnet at selskapet kan godtas fordi de har hatt en positiv utvikling etterpå og har

implementert frivillige prinsipper for sikkerhet og menneskerettigheter.

Våpen og tobakk er de største årsakene til eksklusjon fra listen. Til sammen er 16 selskaper ekskludert på grunn av våpenproduksjon, ti fordi de produserer tobakk, seks på grunn av menneskerettighetsbrudd, fire som følge av brudd på arbeidstakernes internasjonale rettigheter, fire som følge av grove miljøsynder og tre på grunn av korrupsjon.

tekst Eivor Hofstad

Medlemsflukt i Sverige: Skylder på Reinfeldt & Co

Mens NSF rekrutterer medlemmer som aldri før, mistet Vårdförbundet 4 000 medlemmer i fjor, ifølge forbundets leder Anna-Karin Eklund.

Den nye borgerlige svenske regeringen med Fredrik Reinfeldt i spissen gikk til valg med løfter om lavere skatt.

For å holde det løftet, er det blitt vesentlig dyrere for arbeidstakere å være medlem av arbeidsløshetskassen (a-kassan). Det er den svenske formen for vårt trygdesystem for arbeidsløse.

I Sverige administreres a-kassan av fagforeningene. Mange sykepleierne forbinder derfor den økte avgiften til a-kassen med sitt fagforeningsmedlemskap. Dette mener Vårdförbundet er hovedårsaken til at de har mistet så mange medlemmer det siste året.

Dyrere

Forbundslederen i Vårdförbundet, Anna-Karin Eklund, er ikke overrasket over at regjeringen har økt avgiften til a-kassen.

Men hun er kritisk til at den økes så mye som den gjør. For sykepleiere betyr det 220 kroner mer i måneden. Avgiften blir en merutgift for sykepleierne på 2 600 kroner i året.

Kritisk

– Regjeringsalliansen gikk til valg på at den skulle gjennomføre en økning i avgiften. Men politikerne lovet at økningen skulle differensieres ut ifra hvor høy arbeidsledigheten var i de forskjellige yrkene, sier Eklund til Vårdfacket.

I de yrkene det var lav arbeidsledighet, skulle avgiften øke mindre enn i de yrkene hvor arbeidsledigheten er stor. Arbeidsledigheten blant sykepleiere er lav, slik som her hjemme.

– Politikernes løfter er ikke holdt. Økningene i avgiften er så å si lik for alle yrker, ifølge forbundslederen.

Krise?

– Nå gjelder det for fagforeningene å vise medlemmene hva de er gode for. De må kunne vise til resultater, sier forsker ved Arbeidsmiljøinstituttet Anders Kjellberg til Vårdfacket.

Han tror Vårdförbundet og andre tjenestemannsforbund på sikt kan miste så mye som mellom 10 og 15 prosent av medlemmene sine på grunn av alle endringene som nå skjer med a-kassan.

Mottrekk

Forskeren mener at fagforeningene kan møte endringene på to måter: 1) Skille a-kassen fra fagforeningen, noe Vårdförbundet har gjort. På den måten kan fagforeningene vise at det ikke er dem som har innført avgiften.

2) De kan tilby medlemmene inntektsforsikring som et gode. Vårdförbundet har nylig innført

det som et tilbud som ikke koster medlemmene noe ekstra.

Truer gjennomslagskraften

Dersom færre organiserer seg, tror Kjellberg dette kan svekke forhandlingsposisjonen til fagforeningene.

Ikke over

Til våren er det forhandlinger i Sverige på lik linje med her hjemme. Ifølge Vårdfacket er avtalen sagt opp og avtalefristen løper ut 1. april 2008. Svenske sykepleiere forventer nå at Vårdförbundet leverer et reallønnskav til våren. Hvis ikke motparten leverer, er sjansen for konflikt stor.

Kilde: Vårdförbundet, Vårdfacket, regeringen.se



SYNDEBUKK: Fredrik Reinfeldt får hovedskylden for at Vårdförbundet mister medlemmer. Foto: Den svenske regjeringen



MISFORNØYD: Forbundsleder i Vårdförbundet, Anna-Karin Eklund, sier den nye a-kasseavgiften koster sykepleierne 2 600 kroner ekstra i året.



Vårdförbundet:

Medlemmer: Om lag 108 000, i overkant av 90 prosent av svenske sykepleiere er medlem av Vårdförbundet. Forbundet organiserer også jordmødre, bioingeniører og radiografer.

Sikrere pasienter



SIKKER HÅND: Vil du drive pasientarbeid med en sikrere hånd, kan kurset i Sverige være verdt å vurdere. Det diskuteres også en webbasert løsning for dette kurset i fremtiden.

Nå kan sykepleiere videreutdanne seg innen pasientsikkerhet og få ti høgskolepoeng. Den svenske utdanningen er sannsynligvis den eneste i sitt slag i Norden.

«Patientsäkerhet – teori och praktik» er i regi av Den Kungliga Tekniska Högskolan (KTH) i Sverige. Utdanningen er myntet blant annet på ledere, klinisk praktiserende, pasientsikkerhetsansvarlige, virksomhetsutviklere og lærere innen helsepersonellyrker.

Forsker og sykepleier ved KTH, Synnöve Ödegård, har fått oppdraget å utforme kurset. Hun er forfatter av antologien «I rättvisans namn, ansvar skuld och säkerhet i vården» som kom ut i 2007. I tillegg har hun arbeidet

med pasientsikkerhetsspørsmål på nasjonalt nivå i 16 år og disputerte innen emnet i 2006.

Inspirasjon utenfra

– Jeg interesserer meg for hvordan andre bransjer arbeider med sikkerhet, blant andre kjernekraftindustrien, norsk offshoreindustri og flybransjen, sier Ödegård.

Gjennom forskningen sin kom hun i kontakt med Irene Tael, som har jobbet i mange år med sikkerhet og kvalitet i kjernekraftindustrien. I høst kom Tael også til KTH. Sammen har de utformet kurset som starter i mars og går over seks seminarer med siste samling 9. juni. Litteraturen er svensk og engelsk. Maks 40 personer kan delta.

– Foreløpig har vi fått nesten 30 påmeldte, ingen fra Norge ennå, men de er hjertelig velkomne, oppfordrer Ödegård.

Påmeldingsfristen er 15. januar.

Temaer

Til hvert seminar blir en teoretiker og en praktiker invitert til å forelese, fortrinnsvis fra den etablerte sikkerhetsforskningen som helsevesenet hittil ikke har benyttet seg noe særlig av. Målet er å tilby et fordypningskurs som skal gi en bedre forståelse av sikkerhet.

– Vi kommer ikke til å lære ut metoder for analyser, det forutsetter vi at de fleste allerede har redskap for, sier Ödegård.

Temaene for de seks seminarene vil være:

- 1 Sikkerhet og systemsyn
- 2 Organisasjonsperspektiv på sikkerhet
- 3 Mennesket som ressurs
- 4 Verktøy/metoder for sikkerhetsarbeid
- 5 Pasientens deltakelse, personals arbeidsmiljø og sikkerhet
- 6 Deltakernes sammendrag og arbeidet fremover

– Ser bra ut

Seniorrådgiver ved nasjonal enhet for pasientsikkerhet tilknyttet Kunnskapscenteret i Norge, Marianne Tinnå, sier de ved enheten synes det er fint at det tas initiativ til utdanning innen pasientsikkerhet også i Norden.

– Vi er ikke kjent med om det er andre nordiske land som har videreutdanning innen pasientsikkerhet.

Det er behov for en slik utdanning, og det svenske opplegget ser bra ut, ut fra det lille vi vet så langt.

Hun legger til at hvis det ikke blir en norsk utdanning, helst med oppstart høsten -08, vil Tinnå og hennes kolleger arbeide for å få en nordisk utdanning.

For ytterligere informasjon om den svenske utdanningen kan Synnöve Ödegård kontaktes: synnove.odegard@sth.kth.se

Ikke alle veier til et sunnere liv
er like lette som man skulle ønske...

Fornuftig kosthold er et av flere
nødvendige valg.



Foto: Studio 5



Kavli Magerost - mindre fett og mye smak!

Alle liker 

– Ikke gjør som England!



EDINBURGH: – Norge er i den beste posisjon til å skape en god velferdsstat. I England er det nesten for sent, mener Edinburgh-professor Allyson Pollock.

I et dunkelt rom på universitetet i Edinburgh forteller Allyson Pollock hvordan den britiske helsetjenesten er blitt mer og mer markedsstyrt. Og at hun liker dette svært dårlig.

Pollock, som er engelsk, er selv lege og leder senteret for internasjonal folkehelsepolitikk på universitetet i Skottlands hovedstad. Hun har i en årrekke vært en skarp kritiker av utviklingen, særlig i det engelske helsevesen.

Også her i rommet levner hun ingen tvil: Å slippe kommersielle aktører til i helsevesenet har vært en tabbe. Sykehusene sliter, og kvaliteten på helsetjenestene er blitt dårligere.

NHS – den britiske offentlige helsetjenesten – ble utfordret allerede på slutten av 1980-tallet av «jernkvinnen» Margaret Thatcher. Hun åpnet for markedstenkning, særlig i langtidsomsorgen. Labours Tony Blair gikk til valg på å stoppe privatiseringen. Men i stedet ble markedsstyringen forsterket da han tok over som statsminister. Blairs økonomer styrte sykehusene i retning av New Public Management.

NHS-FORSVARER: Allyson Pollock er professor i helsepolitikk og forkjemper for likhet og solidaritet.



SOM NORGE: Skottland er ikke like tett befolket som England, og så lite at folk snakker sammen, påpeker Pollock.



Dette er NHS:

NHS står for National Health Service, og er den offentlige helsetjenesten i Storbritannia. Systemet begynte å fungere i 1948, er finansiert via skatt og basert på prinsippet likhet for alle uansett lommebok. Var først ett system for hele Storbritannia, men nå styrer Nord-Irland, Wales, Skottland og England helsepolitikken via sine egne helsedepartement. NHS er den største arbeidsgiveren i Storbritannia. De fleste sykehusleger og -sykepleiere er ansatt i NHS.

– Blair-regjeringen anbefalte at private leverandører skulle få en mye større rolle i helseomsorgen. I hans periode er det blitt flere private sykehus. Og nedskjæringer i det offentlige, forteller Pollock.

Hun synes det er bemerkelsesverdig hvor konsistent markedsutviklingen har vært, uavhengig av politisk styre. Blair fortsatte der Thatcher slapp.

Skottene sier nei til marked

Skottene, som fikk selvstyre i 2004, har hittil valgt å beholde den offentlige styringen med helsevesenet, mens England ifølge Pollock har fullt marked. Pollock er en lidenskapelig forsvarer av NHS. Hun avviser kategorisk at markedet kan gjøre helsevesenet mer effektivt.

– Fakta viser at markedsstyring er dyrere, for det krever nye typer kostnader.

Hun viser også til at pasientene ikke er så interessert i valgfrihet.

– Er de syke, vil de på sykehus. Når man sammenlikner kvali-

teten på ulike sykehus, blir det ofte som å sammenlikne epler og pærer. Da er det bedre å sammenlikne kvaliteten internt, for eksempel ved å se hvor mye penger avdelingene har per ansatt.

Å vise til at offentlige sykehus har flere sykehusinfeksjoner enn private, mener hun er meningsløst, for pasientgruppene er så ulike.

Til tross for skrikende behov er det nå svært vanskelig for en nyutdannet sykepleier å få seg jobb i England. I Skottland er ikke det noe problem. Skottland har større helsebudsjett per hode enn England. De skotske sykepleierne har også fått større lønnsøkning enn de engelske.

Ny giv med Brown?

Pollock har skrevet bok, *NHS plc, The Privatisation of Our Health Care*. Hun anbefaler Sykepleiens lesere å lese den, for å forstå historien om hvordan markedskreftene gradvis har fått overta, også i New Labour.

Gordon Brown overtok statsministerposten i juni. Som skotte er han kanskje mer kritisk til privatiseringen av helsetjenesten enn forgjengeren Blair? Har Brown muligens beroliget antikapitalisten Pollock?

Professoren har tatt juleferien i California, men svarer på telefon:

– Nei, jeg merker ingen forandring: Retorikken hans er riktig nok mot marked, men realitetene er som før.

Pollock registrerer at store private firmaer overtar sentrale oppgaver i helsevesenet, for eksempel innen kirurgi, røntgen og

diagnostikk. Helsepolitikkerne gir fra seg makten til private aktører som dermed får bestemme kvaliteten på helsetjenestene.

– I gamle dager ble markedet regulert av politikkerne. Det er ikke lenger slik. Politikernes makt er redusert. De har selv gitt den fra seg til kommersielle aktører. Regjeringen kan ikke lenger gripe inn som tidligere, mener hun.

I kjølvannet etter Thatcher og Blair opplever hun at Brown fortsetter i samme spor.

Skottland likner Norge

Skottland har flere likheter med Norge: Befolkningen er liten, geografien er preget av «highlands and islands», og landet er så lite at folk snakker sammen. Derfor har ikke markedskreftene fått like stor utbredelse som i folkerike England, der hvert sykehus har kunnet kjøre sitt eget løp.

– Skottland har noen elementer av marked i helsevesenet. For eksempel er en del bygninger privateid. Psykiatri og geriatri har også blitt mer privatisert de siste årene.

– *Hva tror du om Skottlands framtid?*

– Det er det store spørsmålet. Jeg frykter at skottene blir mer og mer for marked. De kommer langsomt etter.

Pollock påpeker at hun ikke har detaljert oversikt over dagens norske helsepolitikk, men hun mener Norge er i den aller beste posisjon til å bevare et godt velferdssystem.

– Dere har mer enn nok penger til å lage en sterk velferdsstat

med sosial profil. Tenk kollektivt. – *Men for England er det for sent?*

– Ingenting er for sent, selv om det kan se sånn ut. Politiske beslutninger må til for å endre retning nå.

– *Opplever du at dine standpunkter er kontroversielle?*

– Nei, dette er fakta om eierskap. Politikerne er i lommen på de private aktørene i helsevesenet. Nå sitter Labour-politikere i styrene til kapitalistiske selskaper. Det trodde jeg aldri vi skulle få se.

– Det går mer og mer i amerikansk retning. Er du frisk og rik, er livet fint. Men er du syk, ufør og fattig, er ikke den sosiale velferden der. Vi ser nå at grupper blir ekskludert i samfunnet: Eldre, demente, kronikere, flyktninger, asylsøkere. Det er svært bekymringsfullt.

På vakt

Hennes buskap til nordmenn er å lære av det som skjer i Storbritannia.

– Vær på vakt: Verdier og prinsipper er uhyre viktige når vi skaper systemer for helsetjenester. Prisen for markedsfrihet er evig vaksomhet.

Det som har skjedd er ille for de ansatte, for pasientene og for folk.

– Helsearbeiderne har fått dårligere arbeidsforhold, og ulikhetene for pasientene har økt. Folk vil ikke velge, de vil bare bli friske.

– *Men noen er det vel bra for?*

– Ja, for bedriftene.

Vil bruke 9 millioner på tvangsopp

Det kommende året skal helsepersonell drilles i de nye punktene i pasientrettighetsloven. Hovedmålet er å få ned bruken av tvang.

Det er foreslått å bruke 9 millioner kroner i statsbudsjettet til implementering av lovverket. Lovendringene vil i hovedsak gjelde for personer med demens, med psykisk utviklingshemmede, hodeskader og psykisk syke som er vurdert til ikke å ha samtykkekompetanse – og som motsetter seg behandling.

Lærer om tvang

I november 2007 satte Sosial- og helsedirektoratet (Shdir) ned en ressursgruppe som skal se på implementeringen, og etter

sommeren skal et omfattende rundskriv som definerer hvordan tvangsbruken skal reguleres ute i praksis være ferdig til utsendelse.

I løpet av høsten skal blant andre sykehjemsansatte gjennom et opplæringsprogram hvor de lærer mer om tvangsbruk, samt hvordan, og ikke minst *hvilke* tvangstiltak som må rapporteres. Shdir ønsker at Helsetilsynet skal ha en sentral rolle i denne opplæringen, og 4 av de 9 millioner kronene er tenkt å gå nettopp til dette.

Uten samtykkekompetanse

Endringene i pasientrettighetsloven går i første rekke på bruk av tvang overfor pasienter som er definert til ikke å ha samtykkekompetanse og som motsetter seg behandling.

– *Hvordan avgrenser man lovverket i forhold til psykisk helsevern-loven, som gir rettsikkerhet når det gjelder tvangsbruk overfor psykisk syke?*

– Psykisk syke som har en somatisk sykdom vil kunne omfattes av det nye regelverket. For det første må man vur-

dere om den psykiske syke kan samtykke til helsehjelpen, sier Ingunn Myklebust, seniorrådgiver i direktoratet.

Dersom pasienten ikke har samtykkekompetanse i den aktuelle situasjonen, må man se til pasientrettighetslovens kapittel 4A, som regulerer tvangsbruken:

– Dersom vilkårene for å gi helsehjelp etter det nye regelverket er oppfylt, vil en pasient som er psykisk syk kunne behandles for eksempel for diabetes 1, selv om pasienten motsetter seg det. Dersom pasienten behandles

Ønsker egen demenslov

Må skille mellom overgrep og omsorg, påpeker forsker Øyvind Kirkevold.

– Jeg mener det hadde vært en fordel med en egen demenslov. Det er en del utfordringer som er eksklusive for demensomsorgen, og med en egen demenslov ville det i tillegg vært stillet krav til diagnostisk utredning av disse pasientene. For å sitere en politiker i debatten om det nye lovverket: Å bli utsatt for tvang er vel neppe en rettighet, sier forsker ved Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse, Øyvind Kirkevold.

Frykter saksbehandler-lov

Når dementes rettigheter i forhold til tvangsbruk likevel blir innlemmet i pasientrettighetsloven, mener Kirkevold det er viktig å passe på at loven ikke bare blir en «saksbehandler-lov», og at den må ta høyde for de spesielle utfordringene som ligger i demensomsorg og tvangsbruk.

– Bakgrunnen for lovverket er at tvangsbruken skal ned. Da er det viktig at lovverket fører til en refleksjon i forkant av eventuell tvangsbruk, ikke bare som en prosedyre for hvordan man rapporterer om utøvd tvangsbruk i etterkant.

Skal rapporteres

Kirkevold sitter i en arbeidsgruppe som skal se på nettopp vilkårene for bruk av tvang. Sentrale problemstillinger for arbeidsgruppa er for eksempel tvangsmedisinering, krav til personlig hygiene, håndledning og andre daglige, konkrete situasjoner.

Selv om lovverket gir føringer i seg selv, skal et rundskriv komme med konkrete eksempler på tvangsbruk som skal rapporteres.

– Man kan ikke detaljregulere seg ned til den minste ting, men tilsynsmyndighetene må ha et verktøy for å kunne avsløre hva som er god omsorg, og hva som er

overgrep. For begge deler eksisterer i eldreomsorgen i dag, og det er viktig å få på plass et skille, sier Kirkevold.

Kirkevold ønsker også at de kan se på vilkår for tvangsbruk i et større perspektiv:

– Krav til bemanning og opplæring av ansatte er viktige punkter å diskutere i forhold til implementeringen av lovverket. Dersom det blir stilt krav her, kan det bli et viktig pressmiddel overfor kommunene, og slik kan loven bli brukt som et verktøy for å heve kvaliteten på tjenestene.

læring

med tvang for sin psykiske sykdom, er det psykisk helsevernloven som kommer til anvendelse, sier Myklebust.

Gode, faglige vurderinger

I 1992 skrev daværende leder i Helsetilsynet, Torbjørn Mork, i et brev til Sosialdepartementet at «situasjonen for demente er bekymringsfull da vi bl.a. mangler et tilfredsstillende rettssikkerhetsvern for denne gruppen.»

Først i 2005/2006 kom Ot.prp. som danner grunnlaget

for det nye lovtillegget. I forarbeidet til lovendringen understreker Sosial- og helsekomiteen på Stortinget at tvang aldri skal brukes som følge av manglende ressurser i helse- og omsorgstjenesten. – Bruk av tvang forutsetter tvert imot god ressurstilgang, blant annet i form av kvalifisert personell som kan finne frem til frivillige hjelpetiltak og foreta gode faglige vurderinger av behovet for bruk av tvang, skriver komiteen i sin innstilling.

Andel pasienter utsatt for tvang i et tilfeldig utvalg av sykehjemsplasser (i prosent)

| | Skjermede enheter N=444 | Somatiske avdelinger N=1057 |
|--|----------------------------|--------------------------------|
| Mekaniske tvangstiltak | 12,8 | 23,3 |
| Ikke-mekaniske tiltak | 8,3 | 3,0 |
| Elektronisk overvåking | 7,2 | 0,9 |
| Tvang i forbindelse med medisinsk undersøkelse og behandling | 19,1 | 13,5 |
| Tvang i forb. med aktiviteter i dagliglivet | 20,9 | 16,6 |
| Minst et tvangstiltak | 45,0 | 36,7 |

Kilde: Kirkevold og Engedal 2004

Nesten halvparten utsatt for tvangstiltak

En undersøkelse utført av Nasjonalt kompetansesenter for demens (Aldring og helse), viser at 45 prosent av pasientene på skjermede enheter har blitt utsatt for minst ett tvangstiltak. De fleste blir utsatt for tvang enten i forbindelse med medisinske undersøkelser og behandling eller i forbindelse med aktiviteter i dagliglivet. 12, 8 prosent utsettes for mekaniske tvangstiltak. Frem til nå har det vært høyst uklart hvilket lovverk som regule-

rer denne tvangsbruken. Psykisk helsevernloven gir anledning til å bruke tvang dersom pasienten har en alvorlig sinnslidelse og samtidig er til fare for seg selv eller andre – eller det er nødvendig av hensyn til behandling. En demenssykdom påvirker både kognitive og organiske funksjoner, men omfattes vanligvis ikke av lov om psykisk helsevern.

INTENSIV- KURS I HELSE- LEDELSE

Kurset tilbys ved BI Drammen våren 2008 og henvender seg til helsefaglig tilsatte på leder- og mellomledernivå som ønsker å konvertere realkompetanse til formalkompetanse. Kurset avsluttes med en seks timers skriftlig eksamen, og gir 30 studiepoeng som kan inngå i graden Bachelor of Management med fordypning i helseledelse.

KURSET FORELESES OVER TILSAMMEN FEM DAGER MED FØLGENDE TEMAER:

- Organisasjon og ledelse
- Helseledelse
- Personalledelse
- Økonomistyring
- Prosjektledelse

Foreleser: Høyskolelektor Geir Lahnstein, Handelshøyskolen BI.
Oppstart 27. februar 2007.

BI Drammen

Telefon 98 25 16 20

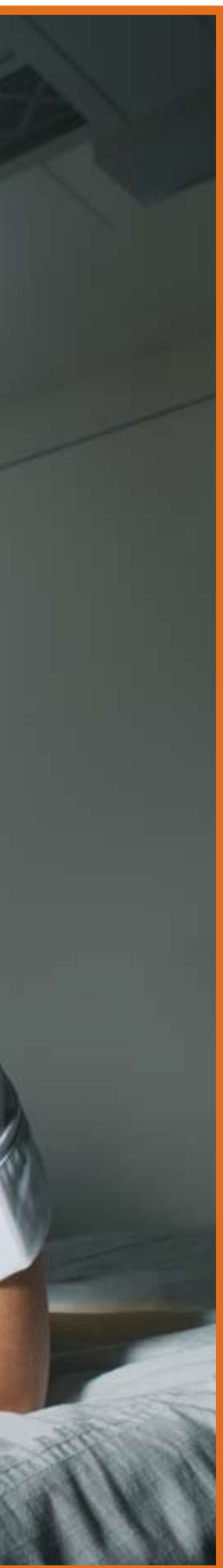
bi-drammen@bi.no www.bi.no/drammen

TYNGDEN DU TRENGER

BI



VED SYKESENGEN: Da Thomas Losnegard søkte etter bilder på nettet, fant han mye rart. Foto: C. Lyttle/Scanpix



Ung, mannlig sykepleier søkes

«En dag fikk jeg plutselig den innskytelsen at jeg skulle bli sykepleier», skriver Thomas Losnegard. Her er hans historie om jakten på en rollemodell:

«Å bli sykepleier var den merkeligste innskytelsen jeg hadde fått på lenge, og med min sans for alt som er merkelig, syntes jeg det var noe som var verd å følge opp. Men en ting har jeg lært i mitt liv fullt av merkelige innskytelser, og det er at man ikke skal handle overilt. Derfor måtte jeg først foreta et par undersøkelser.

Undrende ung mann formulerer en problemstilling

Først forsøkte jeg å finne ut hva det var jeg egentlig lurte på. Dette er en viktig del av undersøkelsesprosessen. Da jeg hadde tenkt meg om en stund, kom jeg fram til at det jeg lurte mest på var dette: Hva er en sykepleier, hva gjør en sykepleier og hvordan

ser en sykepleier ut. Det høres kanskje rart ut at jeg ikke visste dette, en mannsalder gammel som jeg er, men jeg er en av de heldige som aldri har vært på sykehus. Ikke hadde jeg noensinne satt min fot på et sykehjem heller, og når jeg tenker sykepleier, tenker jeg kvinne. Ganske pen, veldreid kvinne faktisk, med kort skjørt.





RUSMISBRUKER: Sykepleier og forfatter Kim Leine falt for fristelsene i medisinskapet.
Foto: Malin Bring



MASSEMORDER: Charles Cullen har tilstått å ha drept 45 pasienter i løpet av de 16 årene han jobbet som sykepleier i USA.
Foto: Scanpix

Jeg er ikke interessert i å pløye ny mark.

Jeg vet ikke hvor jeg har det fra. Derneft lurte jeg på om det i det hele tatt ville være mulig for meg å bli sykepleier, da jeg jo er født

på feil side av gjerdet, så å si. Med andre ord: Jeg lurte på om en mann kunne bli sykepleier. Jeg vet jo selvfølgelig at det

finnes menn som er sykepleiere, for all del, men jeg gikk ut ifra at dette var menn av den typen som ønsker å fremstå som litt spesielle og som gjerne også er det. Jeg, derimot, ønsker å være helt vanlig. Jeg er ikke interessert i å pløye ny mark, ikke en gang i å pløye gammel mark på en ny måte. Jeg er egentlig ikke interessert i å pløye i det hele tatt, verken mark eller noe annet.

Undrende ung mann går for å spørre orakelet

Som med alt annet jeg lurte på her i verden, gikk jeg først for å spørre Wikipedia. Wikipedia har et svar på alt, om enn ikke alltid det svaret jeg ønsker. «Sykepleier» skrev jeg i søkefeltet. Jo da, Wikipedia visste det: En «sykepleier» (tidligere «sykepleierske» eller «sykesøster») er en helsearbeider som praktiserer sykepleie. Dette var jo vel og bra. Yrkestittelen har blitt kjønnsnøytral, jeg syntes jeg var på riktig vei. Nå hadde jeg allerede en viss anelse om både hva en sykepleier er og hva hun (eller han) gjør.

Artikkelen var illustrert med en hyggelig utseende pike som ifølge teksten under bildet var en

sykepleier fra Gelsenkirchen. Nå visste jeg jo også mer om hvordan en sykepleier ser ut. For å finne ut hvordan sykepleiere flest ser ut (det kunne jo være at sykepleierne fra Gelsenkirchen er spesielle), gikk jeg til Google, skrev også her inn «sykepleier», og valgte knappen for bildesøk. Her fikk jeg både noen av mine fantasier oppfylt og noen av mine bange anelser bekreftet. Her var det nemlig bilder av smilende kvinneansikter og kvinnekropper i alle fasonger. Blondiner, brunetter, svart hår, langt hår, kort hår, korte skjørt, kvinner på sykehjem, kvinner på sykehus, ved sykesengen, i sykesengen, på gulvet, lakk, lær, sexleketøy, det ville ingen ende ta. (Bildesøk på «mannlig sykepleier» gir forøvrig også bare bilder av kvinner, om ikke fullt så varierte). Og det er dette jeg mener med å ikke få de svarene jeg vil ha.

Undrende ung mann er skuffet over det orakelet har å si

Jeg vet forøvrig ikke helt hva jeg ønsket å finne. Kanskje et bilde av en helt vanlig mann som også var sykepleier, en normalt utseende mann, slik som meg,



FRA GELSENKIRCHEN: Søster Janine er sykepleieren fra Wikipedia.

Foto: Prodnis

Med andre ord: jeg lurte på om en mann kunne bli sykepleier.



MANNLIG SYKEPLEIER PÅ FILM: Javier Cámara som Benigno i «Snakk til henne». Gjør sin komatøse og vakre pasient gravid. Foto: www.pedroalmodovar.es



MANNLIG SYKEPLEIER PÅ FILM: Philip Seymour Hoffman som Phil Parma i «Magnolia». Rett og slett en normal og omsorgsfull mannlig sykepleier. Foto: New Line Cinema

uten synlige tegn på miljøskader eller psykiske forstyrrelser, smilende og i hvite klær. Skulle det virkelig være så vanskelig? «Mannlig sykepleier» skrev jeg inn på nytt, vanlig nettsøk denne gang. Nå ble det en annen tone: Mannlig sykepleier tiltalt for overgrep, mannlig sykepleier mottok penger for å delta i drap, mannlig sykepleier forgiftet og gjorde ditt og mannlig sykepleier stjal medisiner og gjorde datt. Slettes ingen vanlige menn her heller. Fins det da ingen mannlige sykepleiere som ganske enkelt er mannlige helsearbeidere som

nes doseringskassetter. Men jeg har jo ikke tenkt å gjøre noe av dette, og vil jeg da fremstå som uinteressant? Gjerne for meg! Jeg vil bare være helsearbeider som utøver sykepleie, smilende i hvite klær uten miljøskader eller psykiske forstyrrelser. Og mann vil jeg også være.

Undrende ung mann lurert på dette med damene

Og så var det dette med damene da. Så fryktelig mye damer. Vil en ung mannlig sykepleier i det hele tatt bli hørt blant så mange damer hvis jeg en dag skulle få

nemlig finnes en mann som er sykepleier et sted lenger øst. Han har tenkt nøye over dette med å være mann og sykepleier og har

også skrevet bøker om emnet. Han sier blant annet at det å være mannlig sykepleier er å være mann i ingenmannsland, at

Og mann vil jeg også være.

praktiserer sykepleie? Jo, de fins, men ikke hos Google. Google er spesialisert til å bekrefte stereotypet forestillinger om hva det måtte være, ganske enkelt fordi utvalget av informasjon er basert på hva folk flest er interessert i. Og mannlige sykepleiere? Jo, de er tydeligvis ganske uinteressante så lenge de ikke dreper og forgifter, overgriper og sluker piller som de har stjålet fra pasiente-

behov for å si noe? Noen vil vel mene at dette er et luksusproblem, men også luksuriøse problemer må tas hensyn til når det er en ung manns fremtid og yrkeskarriere som står på spill. Hvordan vil det bli å, i hvert fall til tider, måtte være eneste hane i hønseflokket? Internett kunne nok en gang tre behjelpelig til med sin utømmelige brønn av nyttig informasjon. Det skal



SYKEPLEIER FUNNET PÅ GOOGLE: Her representert ved den norske modellen Triana Iglecias. Foto: Martin Jacobsen/www.triana.no



Jeg var slett ikke fornøyd med resultatet av mine undersøkelser.

MANNLIG SYKEPLEIER PÅ FILM: Jeffrey Wright som Belize i «Angels in America». Det sterkeste sykepleierportrett vist på film eller scene, ifølge den amerikanske forfatteren og journalisten Suzanne Gordon. Foto: Scanpix

det er som å være på damelandslaget i fotball – uten noensinne å ha spilt ball før. Han vet hva han snakker om virker det som, han er høyskolelærer, men det skremmer meg ikke. Jeg har alltid vært mer interessert i damer enn i fotball, har knapt tatt i en ball, men jeg tror det kunne ha blitt en morsom kamp likevel.

Undrende ung mann gjør ord til handling

Jeg var slett ikke fornøyd med resultatet av mine undersøkelser. Jeg har blitt advart mot å tro på det jeg leser på internett. Slik sett er nesten internett verre enn aviser, og det ligger et stort ansvar hos leseren for å avgjøre hva som kan tas for god fisk og hva som simpelthen er dikt og forbannet

løgn. Jeg bestemte meg derfor for å sette undersøkelsen ut i praksis ved å begynne på sykepleien».

Thomas Losnegard er 31 år og går nå andre året på sykepleien på Haraldsplass diakonale høgskole i Bergen. Fra før har han en nesten avsluttet master i arkeologi. Så langt er han fornøyd med å ha byttet til sykepleie. På

kullet er det ti andre menn. Hans førsteinntrykk var at alle virket vennligsinne og ganske vanlige.

Pynter på tittelen

Mannlige sykepleiere kaller seg kliniske veiledere, ifølge dn.no. Det gjør de for å få mer «cred». Ifølge en undersøkelse utført i Danmark, Italia, Bulgaria og Polen pynter menn i flere typiske kvinneyrker på yrkestittelen sin. Sosiolog Ragnhild Røthing, som har skrevet masteroppgave om nettopp menn i kvinneyrker, tror funnene kan overføres til Norge. Men sier til dn.no at saken har to sider: Mange mannlige sykepleiere blir ledere og tar spesialutdanning, og får dermed andre titler. Samtidig som en del menn nok har behov for å «rettferdiggjøre» og legitimere yrkesvalget i en kvinnedomineret bransje.

Stereotypier

Den amerikanske forfatteren og journalisten Suzanne Gordon har særlig interessert seg for sykepleiere. Hun har også litt å si om hvordan de fremstilles. Blant annet skriver hun i boken «Nursing against the Odds» at det er interessant å se hvordan stereotypiene består, selv om rase og kjønn endrer seg. Det gjelder også i de mange tv-seriene fra sykehus. Et pussig grep gjøres i ER (Akutten), der sykepleierne, også de mannlige, kles i pasteller for å skille dem fra legene. Mens sykepleierne er en masse av travle hender som er vanskelig å skjelve fra hverandre, trer legene tydelig frem. De står ofte også for den ekstra omsorgen, og fremstår dermed med både travle hender og hjerter.

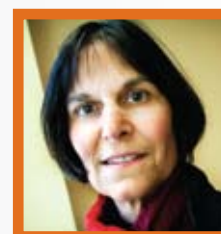


Foto: Marit Fonn

– Bør tone ned omsorgen

– Vis hva dere kan, er kommunikasjonsrådgiver Tor Mikkel Waras råd til mannlige sykepleiere.



IMAGE: Kommunikasjonsrådgiver Tor Mikkel Wara ville ikke bli sykepleier, men har gitt råd til Norsk Sykepleierforbund.

Wara har i flere år gitt råd til Norsk Sykepleierforbund.

– *Hva tenker du når jeg sier sykepleier?*

– Jeg har et veldig presist bilde av hva sykepleierne gjør. Men før jeg ble kjent med dem, hadde jeg, i likhet med alle andre, vanskelig for å skille mellom ulike pleiere. Alle vet hva en lege er, men ser ikke forskjell på de andre gruppene i helsevesenet. For folk flest er de alle sykepleiere. Særlig er det vanskelig å skille mellom sykepleiere og hjelpepleiere.

Ikke bare pleie

Den store forskjellen mellom hva han trodde før og hva han nå vet, er at sykepleiere gjør mye mer enn å pleie.

– At folk flest ikke ser kompetansen de har, er sykepleiernes absolutt største problem, mener Wara.

– *Hva tenker du når jeg sier mannlige sykepleiere?*

– Før tenkte jeg nok ikke på en sykepleier som en han. Og hvis jeg gjorde det, tenkte jeg psykiatri, og pleiere som måtte holde fast vanskelige pasienter. Ikke noe hyggelig, men et forferdelig bilde.

– *Influert av hvordan mannlige sykepleiere fremstilles på film?*

– Ja, Gjøkeredet har nok ødelagt mye for sykepleierne. Der er det to typer pleiere: Oversøsteren og mannfolkene som la pasientene i reimer.

Fantastisk image

Wara tror at når pleieaspektet ved sykepleie blir så fremtredende, påvirker det også kjønnsaspektet. Han mener sykepleie må selges som en universitets- og høyskole-

– Gjøkeredet har nok ødelagt mye for sykepleierne.

utdanning innenfor helsefag, og fjernes fra ren pleie.

– *Har sykepleierne et imageproblem?*

– Vil ikke si det. Hos folk flest har de et fantastisk bra image, som en hvilken som helst bedrift i næringslivet misunner dem: Sykepleierne er troverdige, de lyver ikke og gjør jobben sin. De har uendelig mye sympati.

– *Gjelder det også mannlige sykepleiere?*

– Tror ikke det. De er for usynlige. Men jeg tror heller ikke de har et negativt omdømme.

– *Tips til mannlige sykepleiere?*

– Få frem at sykepleie er en avansert høyskoleutdanning. Re-

duser omsorgsaspektet og fremhev kunnskapen dere har.

Wara peker på at omsorgsaspektet både er positivt og vanskelig for sykepleierne.

– Positivt fordi det gir dem godt omdømme, vanskelig fordi offerviljen som ligger i det ikke tiltrekker menn. Kanskje tiltrekker det menn som pasienter, men ikke som yrkesutøvere. Så det sterke, positive imaget til sykepleierne

er også en hemsko i forhold til å rekruttere menn.

Søker status

– *Forstår du at menn ikke velger sykepleie?*

– Jeg tror det handler like mye om status som image. Hvis ikke et yrke oppfattes som høystatus, er menn vanskelige å rekruttere. Lønn er selvfølgelig viktig. Mannfolk er opptatt av lønn. Nettopp derfor er det også viktig å få flere menn som sykepleiere; det trengs flere som er opptatt av lønn for å heve statusen til hele yrkesgruppen.

– *Så sykepleien trenger flere menn?*

– Ja, det er kjempeviktig. Både for å nyansere bildet av hva en sykepleier er og for å heve status og lønnsnivå.

Nyanser bildet

– *Et råd til NSF?*

– Jeg tror ikke det trengs noe mer mystisk grep enn å nyansere bildet av sykepleiere. De kan godt være litt mindre «snill pike». De siste årene har forbundet blitt mer offensivt, og det bør de fortsette med. Det er viktig å tegne et annet bilde av sykepleierne enn en «hvit masse» som følger etter legene.

– *Har bildet også plass til omsorg?*

– Ja, ja! Omsorg er positivt, og noe som må tas vare på. Men i forhold til kjønnsperspektivet kan denne muren av omsorg skremme mennene bort. Å tone ned omsorgen kan også bidra til at yrket dras mer i retning av profesjonalitet enn kall. Si heller at man valgte sykepleie fordi det er et spennende yrke, enn fordi man selv har så mye å gi pasientene.

– *Vurderte du å bli sykepleier?*

– Nei, jeg gjorde aldri det. Vet ikke hvorfor.

tekst **Nina Hernæs**
foto **Trygve Indrelied/Aftenposten**

Epilepsi på tråd og nett

Alle med spørsmål om epilepsi er velkomne til EpiFon1.

I den andre enden av linjen sitter skolerte mennesker med erfaring. De har enten epilepsi selv eller er pårørende til noen som har det.

Noen å snakke med

Anne Kvaal er en av de tolv som bytter på å svare på spørsmål. Hun har hatt epilepsi siden hun var åtte og i mange år vært leder for Norsk Epilepsiforbund i Bærum. Mens hun har besvart EpiFon1 har hun blant annet fått spørsmål fra mennesker med nyoppdaget epilepsi, og som er engstelige for hva diagnosen innebærer.

– Det kan være relevant med tips om hvordan takle følelser etter et

anfall. Mange blir veldig engstelige, og redde for å dø, forteller hun.

Innringere har også ønsket kontakt med fylkeslag, bedt om fakta om epilepsi, rettigheter og rehabilitering og hatt ønske om å snakke med noen.

Taushetsplikt

De som besvarer spørsmål er «likemenn» og er skolert av Norsk Epilepsiforbund. Alle har eller har hatt tillitsverv i forbundet.

– De som ringer kan drøfte hva de har på hjertet. Vi kan gi råd og tips, men ikke om medisiner. Da henviser vi til deres nevrolog, sier Kvaal.

Alle som besvarer EpiFon1 har taushetsplikt.

Absolutt alle

Ifølge Norsk Epilepsiforbund har 45 000 epilepsi i Norge. Årlig får 2 500 diagnosen. Kvaal håper alle med spørsmål om epilepsi vil ringe, både pasienter, pårørende, helsepersonell, men også andre, som for eksempel arbeidsgivere.

– Mange som får diagnosen har ubesvarte spørsmål. Da kan de ringe oss, sier hun.

Målet med EpiFon1 er at de med epilepsi bedre skal leve med diagnosen og kunne snakke med andre i samme situasjon.



EpiFon1:

Hjelpetelefon for alle som har spørsmål om epilepsi.
Telefon: 22 00 88 00

Mandag og tirsdag 10 – 14
Torsdag 17 – 21

E-post: epifon1@epilepsi.no
(E-post besvares en gang i uken). Drives av Norsk Epilepsiforbund.



A Norspan «Mundipharma»

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

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

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

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

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

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

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

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

Bivirkninger: **Hyppige (>1/100):** Gastrointestinale: Forstoppelse, munntørrhet, kvalme, oppkast, buksmerter, diaré, dyspepsi. Hud: Kløe, erytem, utslett, svette, eksantem. Luftveier: Dyspné. Metabolske: Anoreksi. Neurologiske: Hodepine, svimmelhet, søvnighet, parestesi. Psykiske: Forvirring, depresjon, søvnløshet, nervøsitet, angst. Sirkulatoriske: Vasodilasjon. Øvrige: Kløe på administreringsstedet, tretthet, asteni, smerter, perifert ødem, reaksjon, erytem og utslett på administreringsstedet, ødem, brystmerter. **Mindre hyppige:** Neurologiske: Sedasjon, smaksforvrengning. Psykiske: Søvnforstyrrelser, rastløshet. Sirkulatoriske: Sirkulasjonsforstyrrelser (som hypotensjon og i sjeldne tilfeller sirkulasjonssvikt). Urogenitale: Urinretensjon, vannlatingsforstyrrelser. Øvrige: Uttømmelse. **Sjeldne (<1/1000):** Gastrointestinale:

Pyrosis (halsbrann), brekninger. Hud: Lokale allergiske reaksjoner med klare tegn på inflammasjon (ved forsinkede allergiske reaksjoner bør behandlingen seponeres), pustler, vesikler. Hørsel: Øresmerter. Luftveier: Respirasjonshemming, hyperventilering, hikke. Neurologiske: Svekket konsentrasjonsevne, nummenhet, balanseproblemer, taleforstyrrelser, muskelfascikulasjon. Psykiske: Psykoselignende effekter (f.eks. hallusinasjoner, angst, mareritt), nedsatt libido, avhengighet, humorsvingninger. Sirkulatoriske: Hetetokter. Syn: Synsforstyrrelser, tåkesyn, øyeblikkødem, miøse. Urogenitale: Redusert ereksjon. Øvrige: Alvorlige allergiske reaksjoner, abstinenssymptomer.

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

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

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

Pakninger og priser:

5 µg/time: 4 stk. kr 279,00
10 µg/time: 4 stk. kr 470,50
20 µg/time: 4 stk. kr 817,50

Januar 2008



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

– Man må hjelpe hverandre!

BISLETT, OSLO:
12. januar fyller søster Ruth Opsal 100 år. Hennes sykepleierliv har handlet om Røde Kors klinikk i Oslo og en hjelpepleierskole.

Hun er slett ikke forberedt. Klærne sitter ikke som de skal, og hun ville gjerne ha tatt imot oss på et mer presentabelt sted enn denne ”hybelen”.

Søster Ruth Opsal har på ingen måte firet på kravene. Like nøye på at alt skal være i orden som da hun var oversøster på Røde Kors klinikk i Oslo.

Hennes grandniese, Guri Rummelhoff, er med når Sykepleien besøker Ruth på sykehjemmet. Snart fyller hun 100 år, men det vil hun ikke høre noe om.

– En sykepleierpersonlighet, kaller Rummelhoff henne, som selv er sykepleier og høyskolelektor ved Høgskolen i Østfold. For noen år siden brukte hun grandtanten som kilde i en mellomfagsoppgave i sykepleievitenskap.

Overlege Sem

Når Ruth har fått summet seg litt, kommer historiene fra et langt sykepleierliv. Særlig fra årene hun lå i konflikt, og til og med ble boikottet av NSF.

Under krigen var hun feltsykepleier i Nord-Norge og Sverige, men det er Røde Kors klinikken i Fredrik Stangs gate i Oslo hun vil snakke om. Hun forteller at hun kom godt overens med kirurgene som kom fra Ullevål for å bistå da det var behov. Overlege Sem var for eksempel veldig streng, men hun beroliget søstrene.

– Han er ikke så sint som det



100 ÅR: Ruth Opsal har satt spor etter seg i sykepleiehistorien.

virker som, sa jeg til dem når de helst ville slippe å bistå ham under operasjonene.

– Ja, det var mange rare leger. Og rare sykepleiere også, minnes Ruth.

– Men man må ta folk som de er, det viktigste er å samarbeide og være venner, konstaterer hun.

Nytt sykehus

Hun husker ikke så godt som før. Men striden rundt hjelpepleierutdanningen sitter som klistret til hukommelsen.

Det var i 1960 oversøster Ruth måtte sette hardt mot hardt. Byggingen av det nye Sentralsykehuset i Lørenskog var i gang, og det ble bestemt at Røde Kors sykeplei-

erskole skulle flytte dit. Dermed forsvant også sykepleierelevene fra Fredrik Stangs gate, der de gjennom sin praksis i klinikken utgjorde en betydelig hjelp. Sykepleiermangelen ble prekær.

– Jeg sa: Vi må ha hjelp! forteller Ruth. Engasjementet fra den gangen får ennå den gamle damen til å heve stemmen og rette seg opp i stolen.

Hun husker detaljene fra Oslo Røde Kors sitt styremøte som fant sted i Hydrobygget på Solli plass. Der foreslo hun for formannen å sette i gang opplæring av hjelpepleiere.

Høsten 1960 startet det første kullet. Dette var trolig den første hjelpepleierskolen i Norge, skriver

Rummelhoff i sin oppgave.

– De måtte læres opp med streng kustus, forteller Ruth og banker den tynne armen i armlenet.

Men sykepleierne trengte også å lære å benytte seg av hjelpepleierne. Dette var slett ingen selvfølge. Sykepleierne var skeptiske til de nye ”halvstuderte” kollegene.

Boikott

Røde Kors hadde annonser for den nye skolen i avisen og kalte den ”Ettårig utdanning i praktisk sykepleie”, en formulering som nærmest fikk NSF til å steile. Forbundet reagerte med å be sykepleiere avstå fra å undervise ved skolen. En ren boikott, noe lederen Aagot Lindstrøm bekreftet i et intervju i Aftenposten.

Fra starten i 1912 hadde NSF jobbet for en treårig sykepleierutdanning. Men frafallet fra yrket på grunn av giftemål var et problem. Og når nye sykehus ble bygget økte behovet for sykepleiere. Forbundet erkjente behovet for hjelpere og hadde selv utarbeidet retningslinjer for en tre måneders opplæring av hjelpepersonell.

– Det var som å skyte en pil inn i sykepleierutdanningen. Hjelpepleierskolen ble oppfattet som en uønsket sidegren, forklarer Ruth.

Hun følte seg motarbeidet og utstøtt av det gode NSF-selskapet. Det ble masse bråk, møter og skrivelser i avisene. Det endte med at NSF selv begynte å utvikle hjelpepleierutdanning.

– Ja, det var en merkelig historie. Det var en kamp. Men nå har det falt til ro, konstaterer Ruth.

– Du vet, alle må hjelpe hverandre. Det er det som er hovedsaken i pleiesektoren, sier hun med et bestemt blikk i det gamle ansiktet.

Navn: Bente Mikkelsen.

Alder: 49 år.

Hvorfor: Fordi hun er administrerende direktør i Helse Sør-Øst.

Nummer én

Helse Sør-Østs førstedame håper de som jobber i helsevesenet vil forstå at nedskjæringer ett sted betyr mer penger et annet. Men hun forstår at omstillinger gjør vondt.

Vi haster fra togstasjonen mot Bente Mikkelsens kontor i administrasjonen i Helse Sør-Øst på Hamar. Frostrøyken står ut av munnen, og juletreet midt på torget er hvitt av rimfrost. Det er tre dager til jul. Men Helse-Norges kanskje mektigste person er definitivt på jobb. Med seg har hun Jesper på ni.

– *Har du vært her før?, spør jeg ham.*

– Mange ganger, er svaret.

– Jesper pleier å være med meg på jobb hver sommer og så bader vi i Mjøsa. Når man reiser så mye som det jeg gjør, er det viktig at barna har et bilde på netthinnen av hvor jeg er og hva jeg gjør. Det er ikke alltid så enkelt. Datteren min på 15 klager over at det er vanskelig å forklare vennene sine hva jeg driver med. Hun mener at så mye som jeg jobber bør det i det minste gå an å forklare *hva* jeg gjør. Men det er jo faktisk ikke så enkelt, smiler Mikkelsen.

Rød kjole, rød munn, røde stoler, rødt bilde av Eli Hovdenakk på veggen. Kontoret til Helse Sør-Østs førstedame utstråler

makt på en kvinnelig og behagelig måte. Her virker ingenting tilfeldig.

– Jeg elsker det bildet. Mange reagerer og lurer litt på hva det egentlig sier om menn. Hovdenakks bilde viser to menn som svever horisontalt i luften, den ene henger i sitt røde skjerf mens den andre synes å holdes oppe av det. Litt grotesk, synes sønnen Jesper, som mener den ene mannen rett og slett blir hengt. Det handler om balanse, mener Mikkelsen.

Etter en halv times samtale på toget har jeg allerede fått erfare det engasjementet jeg hittil bare har lest og hørt snakk om. Mikkelsen gestikulerer og forklarer på en måte som er så overbevisende at hvis jeg ikke hadde visst bedre, ville jeg trodd jeg satt ovenfor en politiker. Hun virker ett hundre prosent overbevist om at det hun gjør er både riktig og viktig.

– *Hvordan føles det å være sjef for 69 000 ansatte?*

Mikkelsen tenker seg om i to sekunder før hun ender opp med ett dekkende ord: formidabelt. – Det er stort på alle måter. Når jeg tar inn over meg alle disse

enkeltmenneskene, blir jeg først og fremst fylt med ydmykhet.

– *Men greier du å ta inn over deg alle enkeltmenneskene?*

– Ja, det føler jeg faktisk at jeg klarer. Som lege har jeg selv jobbet på sykehus, på alle nivåer, fra pleieassistent til leder, slik at jeg har den viktige erfaringen fra feltet. Og så drar jeg rundt på besøk. Jeg har allerede vært på flere av sykehusene og har planer om å reise rundt til alle sykehusene våre. Jeg er opptatt av å snakke med folk, høre hva de har på hjertet. Og jeg føler virkelig at jeg blir kjent med folk. Et eksempel er da jeg var i budsjettmøte på Sunnaas sykehus nå nettopp og en i ledelsen der kunne fortelle meg at han skulle hilse masse fra to navngitte ansatte. Slikt varmer.

– *Jeg har forstått det som at du er en verdsatt leder, hvorfor det, tror du?*

– Mye av grunnen tror jeg ligger i at engasjementet mitt er ekte. Jeg brenner for det jeg driver med, og jeg tror det går an å gjøre ting bedre. Jeg tviler på at du finner en yrkesgruppe med mer hederlige og moralske

utøvere enn i helsesektoren. Det er utrolig mange flotte mennesker der ute som er opptatt av faget sitt og av etiske og moralske spørsmål. Dessuten er jeg omgitt av gode medarbeidere, jeg er definitivt ikke alene om dette, slår hun fast.

– **Er det mulig** å nå ut til så mange ansatte?

– Jeg tror det, men det er klart at det er vanskelig. Våre beslutninger må vurderes helt ute på postnivå. Og det tar tid. Minst fem år, legger hun til og trekker frem et eksempel: Da hun jobbet i Helse Øst i 2002 var foretaket opptatt av å etablere de nasjonale verdiene «kvalitet, trygghet og respekt». Fem år etter møtte hun en leder i et av sykehusene som la akkurat disse verdiene frem for henne. Da tenkte hun at ja, nå har vi nådd frem, og akkurat så lang tid tar det.

– Vi er nødt til å omstille, og det er smertefullt. Det krever et ordentlig samarbeid og lojalitet i prosessen. Jeg tror det bare er mulig hvis alle i sektoren har samme mål. Endringsaspektet sitter hos den enkelte ansatte.





HEKTISK: Det Bente Mikkelsen kan være engstelig for, er at omstillingene skal gå ut over pasientene, men det er en sunn og nødvendig redsel, mener hun.

– Du har uttalt at du vil bort fra økonomisk fokus og over på faglig. Hvordan skal du få til det?

– Man har jo ofte en tendens til å se fag og økonomi atskilt. I virkeligheten er det to sider av samme sak. Hvis vi har god økonomistyring så blir det samtidig mulig å tenke kvalitet. Da jeg begynte å jobbe i Helse Øst var det like store underskudd der som det nå er i Helse Sør-Øst. Det vi da gjorde, var at samtidig som vi frigjorde ressurser ved å stramme inn, satset vi parallelt på forskning, rus og psykisk helse. Vi tok altså ett sted og la til et annet. Og det er det jeg håper de ansatte skal se: I dag må en femti år gammel mann vente i to uker på en miniskopereasjon, mens et barn med angst må vente i ett år for å få hjelp. Da vil jeg at kirurgen på posten hvor det skjæres ned skal se dette i en større sammenheng; at det faktisk er viktigere at barnet med angst får øyeblikkelig hjelp og

at mannen med menisken heller får lengre ventetid. Det er jo ikke helt enkelt. Jeg forstår at det gjør vondt. Omstilling er smertefullt. Det de fleste ikke tenker på er at helsebudsjettet faktisk er i vekst.

– Men det er vel fordi behovet øker?
– Jo, men når man leser aviser

kan man jo få inntrykk av det stikk motsatte. At det blir mindre og mindre penger. Helsebudsjettet har økt fra 8 til 10 prosent av bruttonasjonalproduktet i løpet av seks år. Ta Ullevål sykehus for eksempel, budsjettet har økt siden i fjor, men akkurat nå skulle man tro det var omvendt.

Mikkelsen er heller ikke redd for at nedskjæringene skal gå ut over kvaliteten.

– Målet er at flere skal få hjelp, og at det skal skje på en riktigere måte. Jeg har et eksempel fra jeg selv jobbet som gynekolog. Lenge utførte vi utskrapninger på kvinner med store blødninger selv om vi visste at det ikke hadde noen varig effekt. Vi utsatte altså disse kvinnene for innleggelse, narkose og inngrep – egentlig til ingen nytte. Jeg tror det skjer slike ting på sykehus hele tiden. Derfor er det viktig at vi satser på forskning som får konsekvenser i praksis.

Mikkelsen innrømmer at hun av og til kan føle seg skvist, men hevder at det stort sett bunner i for høye forventninger og for mange mål.

– Min jobb dreier seg i hovedsak om to ting: Kvalitet og prioriteringer. Derfor gjelder det å prioritere blant alle målene, bestemme seg for hva som er viktigst og insistere på disse.

– Hvor henter du inspirasjon og krefter?

– Jeg er flink til å slappe av når jeg ikke jobber, og så har jeg barn. Det gjør det enkelt å prioritere det som er viktig. Jeg henter også inspirasjon fra kultur; bøker, kunst og teater. Hele familien er teatergal. Alle ungene er med i teatergruppe. Hun kaster

– Jo det blir jeg.

– Ikke når du er sammen med meg, supplerer Jesper.

– Det viktigste når det skal kuttes, er at de ansatte forstår hvorfor. Se på pasientklager for eksempel. De fleste klager på at de ikke blir møtt på en skikkelig måte. Jeg er selvsagt redd for at omstillingene skal gå ut over pasientenes sikkerhet, men dette mener jeg er en sunn og nødvendig redsel. Når vi gjør forandringer er det viktig at disse følges opp, og hvis det viser seg at det vi gjorde får negative konsekvenser, må vi tørre å snu. Det er ingen skam å snu. Men hvis vi ikke tør å iverksette forandringer fordi vi er så redde for at det vi gjør skal være feil, da blir vi handlingslammede. Jeg har sett mye av sånt. At man utreder og utreder i det uendelige for å være hundre prosent på den sikre siden. Men det kan man aldri bli. Nei, da er det bedre å prøve og feile og heller snu hvis det ikke lykkes.

– Alle de ansatte skal ha medvirkning, har du sagt. Er dette mulig?

– Ja det tror jeg. Alle de ansatte sitter på kunnskap og kompetanse om sin egen arbeidsplass, og det er veldig viktig at de deler denne med oss. De ansatte må tørre å si fra når de mener at noe er galt, og dette må få konsekvenser.

Bente Mikkelsen troner høyt oppe på de fleste «landets mektigste»-kåringer.

– Er du klar over at Kvinner og Klær har nominert deg til årets mektigste kvinne?

– Ja.

– Føler du deg mektig?

– Ikke som enkeltperson. Men jeg vet jo at posisjonen jeg har gir meg stor innflytelse.

– Du virker så rolig, blir du aldri stresset?

8 av 10 sykepleiere
svarer at de alltid leser
stillingsannonse
i bladet.*

Alle stillingsannonser
finnes også på
www.sykepleien.no





Navn: Ola Marstein

Stilling: Avdelingsoverlege i Søndre Oslo distriktpsikiatriske senter (DPS)

Ellers: Er også leder av helseøkonomiutvalget i Norsk psykiatrisk forening.

Stykkpris- psykiatri, ja t

Er det lurt at psykiatrien finansieres på samme måten som somatikken – som stykkpris? Sosial- og helsedirektoratet (SHdir) arbeider med saken. Mette Kalve er skeptisk. Ola Marstein ser fordeler.

– Det store problemet er å bruke diagnoser som grunnlag for å beregne hva behandlingen koster innenfor rehabilitering og psykiatri. To psykiatriske pasienter med samme diagnose krever forskjellig behandling. Deres utgangspunkt kan være helt forskjellig. Psykisk sykdom utvikler seg helt individuelt, sier **Mette Kalve**.

Hun synes det er et tankekors at norske politikere vil innføre innsatsstyrt finansiering (ISF) i psykiatrien. I dag er den rammefinansiert. Hun mener det er vanskelig å relatere kostnad til diagnose.

– *Er du helt anti?*

– Jeg forstår ikke at det kan gi mening. ISF er utviklet i USA der forsikringsselskapene betaler for helsetjenestene. De har også en kultur der det er greit å tjene penger på helsetjenester. Det har vi ikke i Norge. Her er helsetjenestene i hovedsak et offentlig ansvar. Derfor blir det en selvmotsigelse å innføre et system basert på at man skal få så godt betalt for behandling av pasienter at man skal drive et fullt bemannet sykehus for inntektene.

– *Anbefaler du SHdir å avslutte hele prosjektet?*

– Ja, det er unødvendig ressursbruk. Man burde heller se om

det er bedre måter å finansiere disse tjenestene på. Dette vil ikke fungere.

– *Hva vil fungere?*

– Jeg er ivrig talskvinne for at pengene i mye større grad bør følge pasientene. Pasientenes behov for tjenester må selvfølgelig prises, men på en realistisk måte. Hvis pasientene utløser penger ved at de får den behandlingen de har behov for, vil det gjøre noe radikalt med prioriteringen i helsetjenesten. Vi ville bli mer interessert i å hjelpe de kronisk syke pasientene.

Kalve frykter at ISF vil føre til at økonomi i enda større grad enn nå vil styre tilbudet:

– Man vil prøve å få flest mulig inntekter. Det gjøres også i poliklinikkene i dag. For eksempel skriver man inn pasienter på nytt ved årsskiftet, for å utløse førstegangstakst. Hvis denne type kreativitet heller ble brukt i behandlingen av pasientene, ville det vært bra. ISF fører ikke til at pasientene får bedre behandling, bare til økt kreativitet i registreringen, sier Kalve.

Ola Marstein har en annen innfallsvinkel:

– *Hva er det du liker ved å stykkprise i psykiatrien?*

– Når rammene blir utfordret, får vi anledning til å se på

akk?

innholdet. Denne debatten får oss til å se nærmere på hva vi gjør i psykiatrien.

Marstein påpeker at et nytt finansieringssystem ikke er det samme som at finansieringen blir større eller bedre. Men mer telling i psykiatrien er han for.

– *Hvorfor liker du så godt å telle?*

– Oppgavefordelingen mellom kommunehelsetjenesten, fastlegene og spesialisthelsetjenesten er viktig. Vi i spesialisttjenesten har kompetanse kommunehelsetjenesten ikke har. Vi må kunne kategorisere såpass tydelig hva de enkelte instansene gjør at det kan telles.

– *For eksempel hva er fint å telle?*

– Antallet og andelen nyhenvisninger til spesialisthelsetjenesten. Hvor mange av disse pasientene blir faktisk tatt imot, fortrinnsvis av en spesialist? Tar vi alle? Halvparten? 80-90 prosent tror jeg er et riktig tall. De som henviser vil akseptere at ikke alle blir utredet. Av og til er det nok å få noen råd.

Marstein har flere eksempler på hva som er fint å telle: Hvor mange som har fått individuell plan. Antall tilbakemeldinger etter utredning. Hvor mange fastleger som har avtale om regelmessig veiledning i psykiatrien.

– Men å telle antall konsultasjoner gir lite mening. Ingen spør politiet hvor mange avhør de har.

Hele poenget er å behandle på riktig nivå. Spesialisthelsetjenesten bør ha færre oppgaver, mener Marstein.

– Vi bør møte mange av dem som henvises, slik at de kan bli utredet på spesialistnivå. Men behandlingen av angst og depresjon kan ofte gjøres av fastleger og kommunehelsetjenesten. Så kan vi ta oss av tung schizofreni. Vi kan ikke gjøre alt for alle, slik det var en tendens til tidligere. Nå handler det om partnerskap og tydelig fordeling av ansvar, gjerne over lengre tid.

Marstein mener at tellingen må gjøres lokalt, der behandlerne på ulike nivå kjenner hverandre.

– ISF er ikke løsningen.

– *Å nei, så du er mot, du også?*

– Jeg er ikke så opptatt av det. Men jeg frykter byråkrati og omfattende rapportering. Jeg lurer på om vinningen går opp i spinningen.

– *Trengs det mer penger i psykiatrien?*

– Det er alltid bra med mer penger. Men utfordringen er å bruke dem lurt, sier Marstein.

Kalve er ikke uenig i at det er et poeng å telle om psykiatrien gjør jobben sin.

– Men en større utfordring er at vi ikke ser nok på kvaliteten: Får pasientene den behandlingen de trenger og etterspør, eller bare den vi har å tilby?

– Kvantifisering har mer til hensikt å si om vi gjør jobben vår. Det er en form for uverdighet i den type tenkning. Jeg blir mer og mer opptatt av at vi må jobbe godt. En akutt innleggelse er ineffektiv hvis pasienten sendes videre til et sted som kan hjelpe, men ikke hjelpe godt nok.



Navn: Mette Kalve

Stilling: Direktør i N.K.S. Kløverinstitusjonene, eid og drevet av Norske Kvinners Sanitetsforening.

Ellers: Ti av institusjonene hører inn under psykiatrien. Kalve har vært leder av faggruppen for psykiatriske sykepleiere og styreleder i Rådet for psykisk helse.

Av **Hans Knut Otterstad**,
Norsk institutt for omsorgstjenester

og **Kåre Sorteberg**,
Distriktshøgskolen i Østfold

Alvorlig syk – og

Alvorlig syke pasienter skrives ut fra sykehus til sykehjem.

Registreringen viser at mange dør like etter overflytningen eller blir reinnlagt i sykehus.

Dette er en analyse av 752 utskrivinger av «utskrivingsklare pasienter» fra et større sykehus til sykehjemmene i en større kommune i løpet av en 15 måneders periode.

Det ble funnet at litt over fem prosent ble utskrevet i terminalfasen eller måtte returnere til sykehuset i løpet av de fem første dagene etter overføringen. I alt 15 prosent ble reinnlagt/tilbakeført til sykehuset, de fleste etter relativt kort tid.

Problemstillinger

Et av de viktigste grenseskiller i norsk helsetjeneste går mellom primærhelsetjenesten og sykehusene. Flere viktige funksjoner støter bokstavelig talt sammen her:

- Forvaltningsgrensen mellom stat og kommune
- Funksjonsinndelingen mellom primær- og spesialisthelsetjeneste
- Ansvarsfordelingen i eldreomsorgen
- Hvilket faglig innhold sykehus legger i begrepet «utskrivningsklar pasient»

En analyse av legetjenesten på sykehjem viser at den er lite utbygd i mange kommuner (1). Hvilket samsvar er det mellom behovet for kompetent medisinsk behandling i sykehus og sykehjem for disse pasientene? Og hva med kontinuiteten i behandling og pleie?

I denne framstillingen vil vi avgrense temaet til en framstilling av «karrieren» til pasientene som sykehusene klassifiserer som «utskrivningsklare», og som dermed per definisjon blir kommunehelsetjenestens ansvar og derfor utskrevet. Hva skjedde med dem etter overføringen til sykehjem?

Metode og materiale

Dette materialet består av 752 utskrivinger fra Sentralsykehuset i Akershus til sykehjemmene i Skedsmo kommune i perioden 1.1 2002 til 1.3 2003. Sykehuset er lokalsykehus for denne kommunen. Det omfatter kun pasienter med en inn- og utskrivingsdato i korttidsavdeling. En del av dem ble overført til langtidsavdeling i samme

sykehjem. Hva som ble deres skjebne blir ikke beskrevet i denne oversikten, men vi vet fra andre undersøkelser at de fleste pasienter i langtidsavdelinger blir der til de dør.

Funn

Aldersforskjeller

Pasientene i dette materialet ble alle overflyttet fra sykehus til sykehjem, de fleste til en korttidsplass, dersom de ikke allerede hadde plass i langtidsavdeling. Tabell 1 viser at gjennomsnittsalderen ved overflytting fra sykehus var 80,2 år, og de var derved cirka tre år yngre enn gjennomsnittsbeboeren i sykehjem i Skedsmo.

Gjennomsnittlig liggetid

Den gjennomsnittlige og avsluttede liggetiden i korttidsavdeling i sykehjem for de 752 pasientene var 34,6 dager, men som det framgår av Tabell 1 var det store forskjeller blant undergruppene av disse pasientene både når det gjelder alder og gjennomsnittlig liggetid. De som skiller seg merkbart ut i denne

www.sykepleien.no

Les mer og finn
litteraturhenvisninger på
www.sykepleien.no

Søkeord:

Eldreomsorg
Utskrivningsklare
Ferdigbehandlet



«utskrivningsklar»

pasientstrømmen, er de som til slutt ender opp som langtidspasienter i sykehjem. De har en meget lang liggetid – 71 dager, mot rundt 26 dager for de øvrige undergruppene. (Tabell 1)

Gjennomsnittsalderen for de som døde (79,5 år) og de som ble reinnlagt i sykehus (77,4 år), var lavere enn for de som ble overført fra korttidsplass til egen bolig (81,2 år), eller ble overført til langtidsavdeling (82,5 år). Dette viser at «utskrivningsklare pasienter» vanligvis er gamle, og mange er terminale pasienter når de ligger i korttidsavdeling (21 prosent).

Terminale pasienter

I alt 100 av de 159 «utskrivningsklare pasientene» som døde i korttidsavdelingen, gjorde dette innen 25 dager etter overflytting fra sykehus. Figur 1 viser tidsforløpet. Hele 40 pasienter, døde etter kun en–sju dagers opphold i sykehjem. I alt ti pasienter døde på overføringsdagen. Dette er høye tall, som tyder på at sykehuset i mange tilfeller setter likhetstegn mellom «utskrivningsklare» og terminale sykehuspasienter. (Figur1)

Returpasientene

Tabell 1 viste at en gruppe på 114 pasienter eller 15 prosent av

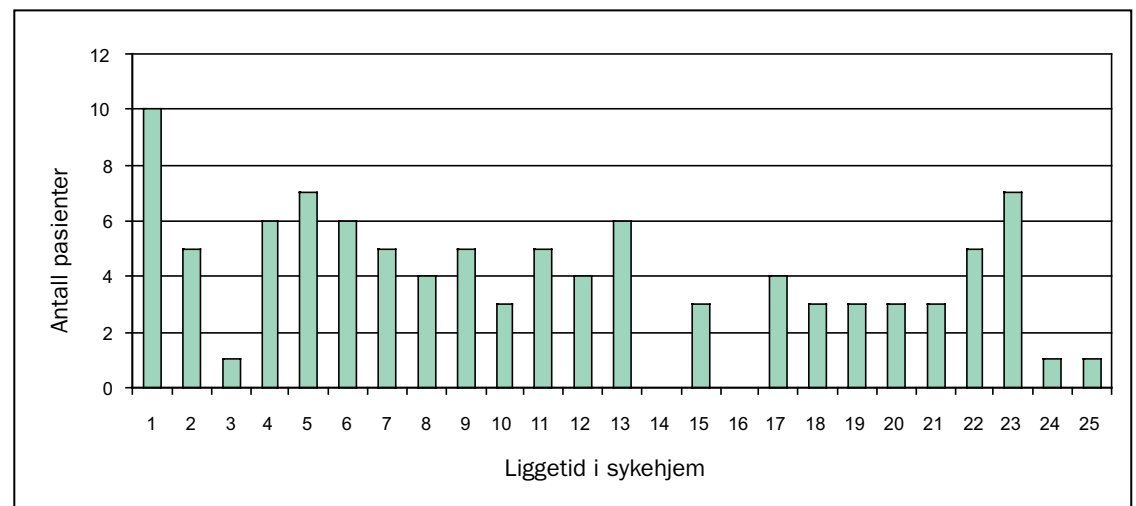
TABELL 1

Karakteristiske trekk for pasientstrømmen fra sykehus til korttidsplass i sykehjem. Alder, gjennomsnittlig liggetid og dødlighet

| Utskrivningsnivå ved avsluttet sykehjemsbehandling | n | Prosent | Gjennomsnittsalder | Gjennomsnittlig liggetid i korttidsavdeling ved avsluttet opphold |
|--|-----|---------|--------------------|---|
| Vanlig bolig/omsorgsbolig | 330 | 43,9 % | 81,2 år | 25,9 dager |
| Død | 159 | 21,1 % | 79,5 år | 26,9 dager |
| Langtidsplass i sykehjem | 116 | 15,4 % | 82,6 år | 71,3 dager |
| Reinnlagt i sykehus | 114 | 15,2 % | 77,4 år | 27,9 dager |
| Annet/ubestemt | 33 | 4,4 % | 74,6 år | 54,5 dager |
| Sum | 752 | 100,0 % | 80,2 år | 34,6 dager |

FIGUR 1

Overlevelsestid for «utskrivningsklare pasienter» som døde i korttidsavdeling i sykehjem i løpet av de 25 første dagene etter overflyttingen.





de «utskrivningsklare pasientene» ble reinnlagt i sykehus relativt kort tid etter utskrivningen til sykehjem. De hadde en gjennomsnittsalder på 77 år og var derved rundt tre år yngre enn gjennomsnittet for dette materialet.

Figur 2 viser tidsforløpet for returen, og avslører at det er en relativt stor andel som må tilbakeføres til sykehus i løpet av de to første ukene, til sammen 53 pasienter eller 16 prosent av alle som ble utskrevet til sykehjemsnivået. Dette er et høyt tall som tyder på en sterk grad av «fram- og tilbake»-dynamikk mellom sykehus og sykehjem. Dette er trolig lite hensiktsmessig for pasientene, og lite kostnadseffektivt for helsevesenet. (Figur2)

Konklusjon

Denne undersøkelsen viser at det forgår en betydelig overfø-

ring av meget syke «utskrivningsklare pasienter» fra sykehus til sykehjem. Disse pasientene er både syke og gamle, de har følgelig høy dødelighet. Denne registreringen viser at mange dør like etter overflyttingen eller blir reinnlagt i sykehus.

Denne undersøkelsen kan tyde på at deler av denne pasientstrømmen skyldes feil kriterier i sykehusets pasientutvelgelse for overføring til sykehjem. Dette gjelder først og fremst de som var terminale med kort gjenværende levetid og de som måtte reinnlegges i sykehus etter kort tid. Dersom en setter denne grensen til fem dager etter utskrivningen besto denne gruppen av 20 returpasienter og 29 terminale, til sammen 49 av de 752 «utskrivningsklare pasienter», det vil si 6,5 prosent. Er dette et akseptabelt nivå?

Når det gjelder terminale pasi-

enter bør målet være at de ikke utskrives til sykehjem i slutfasen av livsløpet dersom de vil dø i løpet av kort tid og selv ikke ønsker en overflytting. Spørsmålet er også i hvilken grad sykehjemmene har spesialisert seg på omsorgen for terminalt døende og om det medisinske apparatet er i stand til å klare denne oppgaven. Dersom sykehjemmene har utviklet hospicefunksjonen vil dette imidlertid kunne være en god løsning.

Når det gjelder returpasienter til sykehus var det til sammen 114 eller 15 prosent av materialet. Dette er et tall som tyder på at sykehusets definisjon av «utskrivningsklar pasient» ikke alltid er riktig, eller at den medisinske standard i sykehjemmene er altfor lav.

Det kan også være et uttrykk for at sykehuset er i en konstant presset situasjon og bruker de-

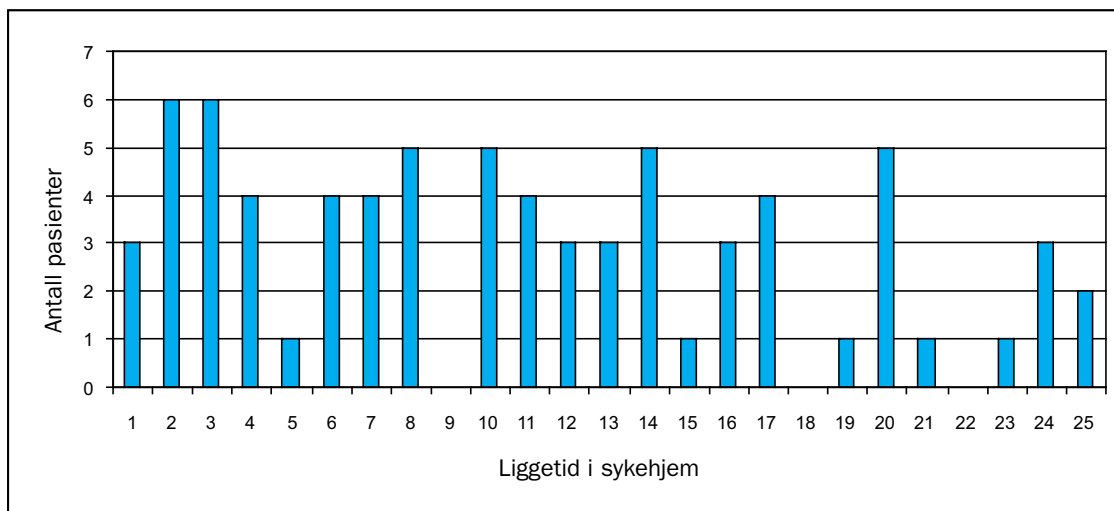
finisjonen av «utskrivningsklar pasient» rent taktisk for å unngå en innleggelsesko.

Denne undersøkelsen viser at begrepet «utskrivningsklar pasient» var lite tilfredsstillende, både for sykehjemmet, som ikke hadde de medisinske ressursene til å takle situasjonen, og ikke minst for pasientene som ble en slags kasteball i et helsevesen som tilsynelatende mangler et helhetssyn på hva som er god behandling for eldre og terminale pasientgrupper.

LITTERATURLISTE

1. «Når du blir gammel og ingen vil ha deg.» En statusrapport om situasjonen i helsetjenesten fra Den norske legeforening ISBN 82-90921-98-5

FIGUR 2
Antall «utskrivningsklare pasienter» som ble tilbakeført fra sykehjem til sykehus fordelt etter oppholdets varighet. n= 53.





Skrevet ut til sykehjem

10 døde etter et døgn, 40 døde etter en uke

752 eldre pasienter får status som «utskrivningsklare», og blir fraktet til sykehjem. Undersøkelsen omtalt i fagartikkelen (side 34) presenterer høye dødstill for pasientene. Det kom ikke som et sjokk for lederne i Skedsmo kommune.



MANGE TILTAK: Skedsmo kommune og Akershus universitetssykehus har satt i gang tiltak på bakgrunn av tallene i undersøkelsen. – Vårt klare inntrykk er at det ikke er så mange som dør kort tid etter at de er skrevet inn på korttidsavdelinger hos oss, sier Per Gjertsen og Berit Onstad Furuset i Skedsmo kommune.

– Vi har endret på rutine nå, sier både sykehuset og kommunen som er ansvarlig for tallene. Undersøkelsen er utført ved Sentralsykehuset i Akershus og ved flere sykehjem i Skedsmo kommune i 2002 og 2003.

Berit Onstad Furuset er sjef for avdeling for bistand, rehabilitering og omsorg i Skedsmo kommune. Hun mener mye har skjedd siden da og at tallene nå er gamle.

– Vi satte i gang denne undersøkelsen fordi vi ønsket å dokumentere hva som skjedde med pasientene. På den tiden følte vi at utskrivningspolitikken hadde endret seg. Det kom dårligere pasienter enn tidligere, og vi måtte møte dem på en eller annen måte.

– *Har resultatene fra undersøkelsen gitt dere en vekker?*

– Jeg vil egentlig ikke si det, for indirekte var vi klar over problemene. Men tallene fra 2002

før Sykepleien gikk i trykken.

– Vårt klare inntrykk er at det ikke er så mange som dør kort tid etter at de er skrevet inn på korttidsavdelinger hos oss, sier Gjertsen, og får støtte av Onstad Furuset.

– Fått spilleregler

Blant tiltakene som skal gjøre samarbeidet mellom sykehuset og kommunen smidigere, er en «åpen linje» inn til sykehuset, hvor sykepleiere i sykehjemmene kan ringe et direktenummer. Kommunen jobber også med å få på plass en lindrende enhet som er beregnet for terminale pasienter. Dette gjøres i samarbeid med sykehuset og tre andre kommuner.

Kommunen og sykehuset har også utarbeidet en samarbeidsavtale hvor sykehuset forplikter seg til å gi beskjed om at det kommer til å komme en pasient, og senere at pasienten er på

Mitt inntrykk er at dette ikke er en spesiell situasjon for akkurat denne kommunen.

Hans Knut Otterstad, lege

og 2003 var høye, og dette var et problem. I tiden etterpå har vi kommet til en erkjennelse av at vi ikke kan sitte på hver vår gren, pasienten må være i fokus, og da må vi samarbeide.

– Blitt bedre

Per Gjertsen er avdelingssjef for tjenestekontoret i Skedsmo kommune. Han mener at kommunen via bestillerkontoret i dag har en så tett dialog med sykehuset at den unngår det han karakteriserer som uverdige forhold for terminale pasienter.

Skedsmo kommune ble bedt om å dokumentere at antallet som dør kort tid etter ankomst på korttidsavdeling på sykehjem har gått ned, men klarte ikke det

vei. Da skal kommunen ha en dato og en liste med konkrete behov. Kommunen på sin side er forpliktet til å respondere ganske umiddelbart til den enkelte sykehusavdeling for å avklare situasjonen.

– Vi diskuterer daglig hvordan vi skal løse situasjoner. Det er ikke alltid vi er enige, men vi kommer alltid frem til en løsning, sier Gjertsen.

Dersom kommunen ikke får det den skal, sender de ansatte avviksmeldinger.

– Jeg vil anslå at det er under ti avviksmeldinger på dette systemet i året, sier Onstad Furuset.

– *Er dere fornøyd med denne avtalen?*

– Ja. Den har i alle fall nedfelt



Dette er saken:

Undersøkelsen i Skedsmo av 752 eldre pasienter som ble skrevet ut til en korttidsavdeling på sykehjem, viste at:

- 40 av pasientene døde i løpet av en uke.
- 70 var døde etter 15 dager.
- 100 var døde etter ytterligere ti dager.

I tillegg må mange av pasientene legges inn på sykehuset igjen kort tid etter at de er skrevet ut til sykehjemmet.

noen spilleregler for hvordan vi skal forholde oss til hverandre, sier Onstad Furuset.

Sykehuset svarer

Sonja Brugman er konstituert leder i Enhet for samhandling ved Akershus Universitetssykehus.

– Uavhengig av denne undersøkelsen, har vi et veldig fokus på problemstillingen når en pasient skal skrives ut, og også når det er riktig at en pasient skrives inn.

– Det er også en side av saken om enkelte pasienter i det hele tatt burde blitt skrevet inn når de er terminale. Det å få lov til å dø der man ønsker det er et viktig aspekt, og det er ikke alle som ønsker å dø på sykehuset. Fra vår side har det vært viktig å være med på et samarbeid for å styrke personalet ute i kommunene der det er nødvendig.

– Det er ansvarlig lege som

kan definere at en pasient er utskrivningsklar. I samarbeidsavtalen vi har med kommunen har vi med kriterier som sier når pasienten er klar til å skrives ut, sier hun. Avtalen viser også til forskriften «Når en pasient er utskrivningsklar».

I avtalen står det at problemstillingene fra innleggelsen skal være avklart, at øvrige problemstillinger som hovedregel skal være avklart, og dersom man avstår fra endelig å avklare enkelte spørsmål, skal det redigjøres for. I tillegg skal det være et klart standpunkt til diagnose, en plan for oppfølging og pasientens funksjonsnivå, endring fra før innleggelse og forventet fremtidig utvikling skal være vurdert.

Sykehuset skal også etablere kontakt ved behov for spesialist-tjenester, og det skal lages en plan for dette.

Livsfarlige feil

En ny studie av innleggelses- og utskrivningspapirer viser at det er mange feil i papirene som følger eldre pasienter inn og ut av sykehus. Studien fra NTNU viser at av 100 pasienter over 75 år hadde bare halvparten tilstrekkelig informasjon om pasienten, ifølge forskning.no. – Vi er ikke fornøyd og har sett utfordringene med mangelfull tilrettelegging for samhandling i lang tid, sier president Torunn Janbu i Legeforeningen til nettstedet.



Tror det har blitt verre

– Hvordan vi takler dødssituasjonen er et faglig spørsmål, mener lege og artikkelforfatter Hans Knut Otterstad. Han etterlyser debatt.

Hans Knut Otterstad ved Norsk institutt for omsorgstjenester og Kåre Sorteberg, statistiker og amanuensis ved Høgskolen i Østfold, står bak undersøkelsen fra Skedsmo.

De ønsket å dokumentere hva som skjer med eldre pasienter som skrives ut fra sykehus til en korttids plass på et sykehjem. Hans Knut Otterstad lot seg ikke overraske av tallene, men mener de gir grunnlag for å diskutere dødspleien ved norske sykehus. – Tallene i undersøkelsen er fra 2002-2003. Tror du situasjonen er den samme nå? – Jeg tror faktisk det er verre nå, fordi det har blitt flere eldre og syke pasienter. Denne undersøkelsen sier ikke noe om det, men det er min antakelse.

– Ikke spesielt for Skedsmo – Skedsmo kommune, hvor undersøkelsen er utført, sier samhandlingsrutinene rundt dødssyke eldre pasienter er forbedret etter at tallene fra denne undersøkelsen ble kjent.

– Hvis de har gjort det, så er det bra. Jeg ønsker ikke å gå inn i en polemikk med Skedsmo kommune.

– Tror du dette gjelder flere kommuner?

– Mitt inntrykk er at de fleste norske kommuner opplever dilemmaet med å få terminale pasienter uten at det er tilrettelagt for det, sier han, og viser til tidligere studier hvor han har sett på pasientstrømmer som går til sykehjem.

– Taktisk

Otterstad og Sorteberg skriver en fagartikkel om dette temaet på de foregående sidene. Der hevder de at tallene kan være et uttrykk for at sykehuset har brukt betegnelsen «utskrivningsklar pasient» taktisk, for å unngå kødannelse.

– Dere konkluderer altså med at sykehuset har skrevet ut pasienter for tidlig?

– Undersøkelsen viser at det er en gruppe pasienter som skrives ut fra

sykehuset rett før de skal dø. Jeg mener at vi må diskutere om det er riktig å skrive ut pasienter som er i dødsfasen til en korttidsavdeling i et sykehjem, sier Otterstad.

Han opplyser om at i undersøkelsen fra Skedsmo hadde ikke kommunen hospice-tilbud, og pasientene hadde i hovedsak ikke vært innlagt på sykehjem tidligere.

– Var pasientene som døde kort tid etter innleggelse på korttidsavdeling på sykehjemmet terminale ved utskrivelse fra sykehuset?

– Denne gruppen kan deles i to. Det er pasienter som dør plutselig uten at man kunne forutsi det. Det er de færreste. I tillegg er det de terminale, som er døende når de skrives ut. Det er de fleste.

– Mener du det er en forsvarlig behandling av døende pasienter?

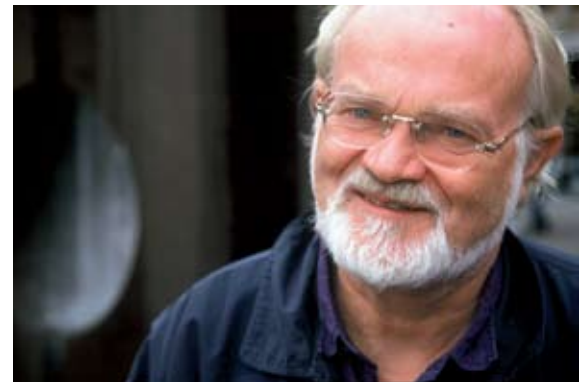
– Jeg kan ikke si at det er uforsvarlig. Men det er et faglig spørsmål hvordan vi

takler dødssituasjonen. Jeg mener at denne dokumentasjonen viser at det er behov for en gjennomgang av dødspleien i norsk medisin.

– Lav legedekning på sykehjem

– Men kan ikke korttids plasser på sykehjem være like godt egnet som et sykehus for en som er døende?

– Korttidsavdelinger er ikke først og fremst beregnet på at pasienten skal dø, men at pasientene skal skrives ut igjen. Vi vet at legedekningen på sykehjem er veldig lav – hvem er da ansvarlig for behandlingen, og hvem forsikrer seg om at det faktisk er kompetanse til å ta seg av terminale pasienter? Dette er spørsmål som må besvares.



HAR DOKUMENTERT: Hans Knut Otterstad, lege.

Foto: Lars-Erik Voldenbak

– Kjent og alvorlig problemstilling

Hovedproblemet her er at alle skal spare penger.

Anni Særnmo, leder faggruppe for geriatri og demens

– Dette er dessverre en veldig kjent og alvorlig problemstilling, sier Anni Særnmo, leder i Norsk Sykepleierforbunds faggruppe for sykepleiere i geriatri og demens.

– Vi er bekymret over at det er mange kommuner som ikke har ordnet samhandlingsavtaler med sykehusene. Mange steder har fått det til, men mange har dette problemet fremdeles. Jeg tror

hovedproblemet her er at alle skal spare penger og alle har kniven på strupen.

– Jeg mener også det er grunn til å stille spørsmål ved om pasientene i alle tilfeller er ferdigbehandlet på spesialistnivå før de blir skrevet ut til kommunehelsetjenesten. Dette er en vanskelig problemstilling, som også har en sterk etisk side, sier Særnmo.



BEKYMRET: Anni Særnmo, faggruppeleder.

Foto: Silje Weston



**Jeg kan ikke vente med å bli gravid igjen.
Det er så gøy, så tidkrevende og så romantisk.**

Gwen Stefani

Barnas lav- mælte talerør

Jeg hadde allerede bestemt meg for å fremheve Merethe Lindstrøm, da jeg til min store glede så at hun endelig er nominert til Nordisk Råds litteraturpris.

Lindstrøm debuterte allerede som tyve-åring, og har utgitt en rekke novellesamlinger og romaner. I år er hun aktuell med novellesamlingen «Gjestene». Jeg ramlet tilfeldig over hennes debut, og forstod intuitivt at dette var et forfatterskap jeg måtte følge. Dette er ikke en forfatter vi møter i gullrutene på fredags-tv, til tross for at hun er prisbelønnet for flere bøker. Få er i stand til å gå under huden på barn, og beskrive deres sårbarhet, slik Lindstrøm gjør. Hun formidler deres opplevelser der det som voksen er altfor lett å være unnfalende, eller velge å ikke se. Hun tvinger stillfarent deres varhet på leseren. Dette talentet benytter hun overfor alle som ikke finner frem til hverandre, det være seg barn eller voksne. Språket er særegent, kresent og presis. Og hun redder seg ikke unna med humor. Hennes forfatterskap er et glimrende eksempel på at vi trenger skjønnlitteratur i tillegg til fagbøker.

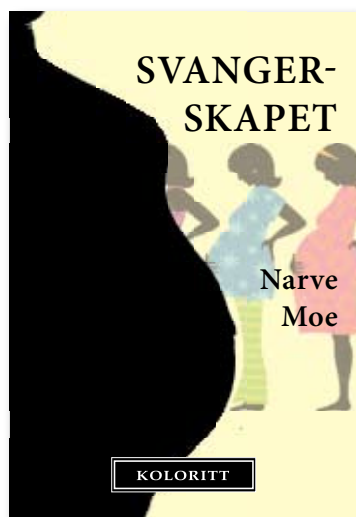


Gwen Stefani

Forfatterintervjuet:

Ut av svangerskapet

Professor Narve Moe syntes litteraturen om graviditet og fødsel var så humørløs at han selv skrev bok.



Forfatterintervjuet: Ti år etter at han gikk av med pensjon som seksjonsoverlege på Kvinneklinikken på Rikshospitalet, har Narve Moe begått boken «Svangerskapet». En liten lettlest sak ifølge ham selv. På 134 sider.

– Det finnes jo drøsevis av bøker om svangerskap, sier Moe, og tusler bort til bokhyllen og kommer tilbake med noe han selv mener er karakteristisk for sjangeren: En koloss av en bok på fem–seks hundre sider med detaljerte illustrasjoner og nydelige fotografier.

– Vi har omtrent seksti tusen gravide i året her i landet og de

færreste av dem verken makter eller ønsker å sette seg inn i svangerskapet på en så omfattende måte, tror han.

– Jeg ville skrive en kort og lettfattelig bok om emnet, som tok for seg de viktigste problemstillingene og spørsmålene som reiser seg for den gravide og de rundt henne. En annen ting med disse store verkene er at de er så alvorlig og skråsikre, legger han til.

– Medisin er et fag som stadig er i endring. Jeg pleide å si til studentene mine at det jeg har lært dere nå, det er bare riktig i et par år, om tjue år vil det høyst sannsynlig bli betraktet som noe tøys. Jeg har forsøkt å skrive en litt munter bok om svangerskap, samtidig som den skal besvare de mest sentrale spørsmålene, spørsmål jeg har blitt stilt av gravide kvinner opp gjennom årene.

Boken er full av små historiske anekdoter ispedd morsomme hendelser fra Moes lange praksis som fødselslege. Som at en «skikkelig dram» kan stoppe riene i tidlig fase av fødselen, noe som ifølge Moe fremdeles kan være praktisk hvis man treffer en fødende kvinne langt utenfor allfarvei. Eller at Katarina av Aragon, som var gift med Henrik den 8. av England, sannsynligvis var Rhesus negativ.

– På denne måten håper jeg å gjøre boken litt mer tidløs, slik at også bestemødre kan ha glede av den og kjenne seg igjen. Stoffet blir kanskje også mer levende.

Den uhøytidelige formen er understreket av naivistiske og morsomme illustrasjoner.

– De fleste bøker om svangerskapet er fulle av vakre illustrasjoner og vakre fotografier av vakre kvinner. Jeg ønsket at boken min skulle representere et alternativ også på dette punktet.

Moe gjorde mye forskjellig frem til han endte opp som fødselslege på Rikshospitalet fra 1971 til han sluttet i 1997. Rett før flyttingen fra sentrum til Gaustad, og kanskje nettopp derfor?

– Jeg satt i brukerutvalget og var med på å ta en del avgjørelser vedrørende flyttingen, forteller han.

– For det første var det godt å slippe selve flyttingen, som jo er en vanvittig tidkrevende og slit-som affære. Vi skulle blant annet flytte fra store, luftige kontorer og inn i små båser. Også tenkte jeg at hvis jeg sluttet rett før flyttingen kunne de andre bruke meg som synebukk når folk ble misfornøyde med avgjørelsene som var tatt, legger han humrende til: «Å ja, men det er det

om kvinnehelse

Anbefalt av Johanne Sundby, dr.med. i samfunnsmedisin og klinisk spesialist i gynekologi og obstetikk



Kvinner lider, menn dør
Berit Schei og Leiv Bakketeig (red)

Ny bok om kvinnehelse og kjønnsforskjeller i Norge, godt vitenskapelig dokumentert.



Kvinnerens helse på spill
Berit Austveg

Gir en oversikt over sentrale kvinnehelsepolitiske trekk i Norge og globalt, spesielt med fokus på mødre helse.



Kvinnemedisin
Berit Schei, Grete Boten og Johanne Sundby
Denne er skrevet i 1993, blant annet av meg selv, og er ganske ok.

Narve Moe som har bestemt».

– Hva er det som har endret seg mest i løpet av de årene du har jobbet med gravide?

– Det viktigste er nok en mer systematisk svangerskapskontroll, svarer han etter en liten tenkepause.

– Før var det mer tilfeldig om kvinnene gikk til kontroll, og hvor. I den forbindelse fikk vi innført helsekort for gravide. Ja, det var jeg faktisk med på å lage.

Moe forteller at det pågikk en langvarig maktkamp mellom

leger og jordmødre om hvem som skulle utføre svangerskapskontrollen.

– Som lege opplever du jo mye trist med hensyn til pasienter, det er sykdommer og depresjoner dag ut og dag inn. Så det er klart at det å utføre kontroll på en frisk og forventningsfull kvinne representerte et gode de nødvendig ville gi slipp på. Ultralyd er den andre vesentlige endringen i min tid som lege. Og her dreier det seg i all hovedsak om fastsettelsen av termin. Før visste man

terminen på kun 20 prosent av alle gravide. Andre årsaker til å benytte ultralyd er helt marginale.

At førstegangs fødende i Norge stadig blir eldre, tror Moe gjør at de blir mer nervøse.

– Jeg husker jeg spurte en nittenåring som nettopp hadde født om hun hadde bekymret seg for fødselen under svangerskapet, men hun svarte at hun ikke hadde skjenket den en tanke. Hvorpå kvinnen i sengen ved siden av, en førstegangsfø-

– Vi har alltid hatt tilgang på skrekkehistorier.

dende på trettifem, sukket høyt av misunnelse. Hun hadde på sin side uroet seg gjennom hele svangerskapet.

Moe tror ikke det har med tilgangen på informasjon å gjøre.

– Vi har alltid hatt tilgang på skrekkehistorier, mener han, som kan se tilbake på et langt selskapsliv der uttallige borddamer har fortalt ham hårreisende fødselshistorier.

tekst **Susanne Dietrichson**
foto **Erik Sundt**

Narve Moe

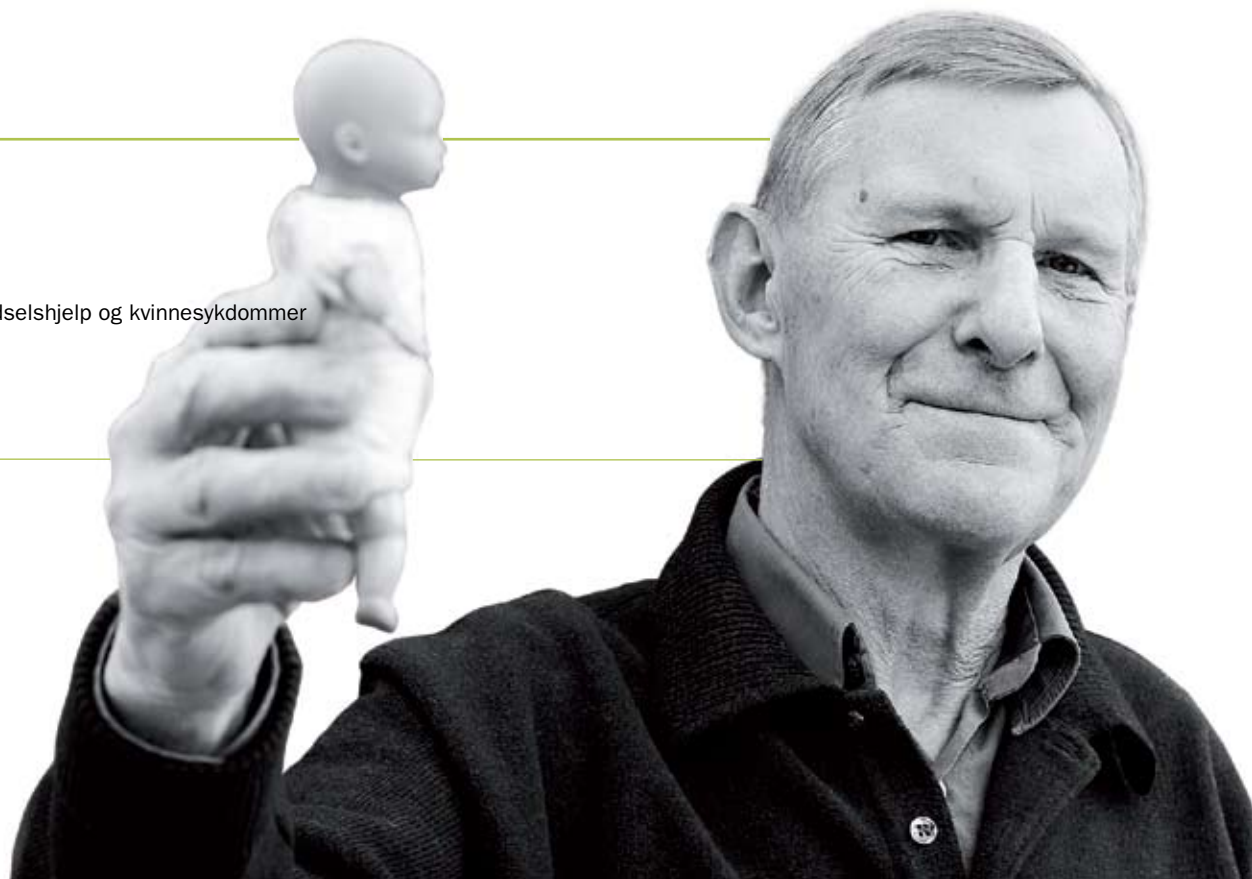
Aktuell med: Svangerskapet

Utdanning: Dr. med., spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer

Yrke: Pensjonist

Bosted: Oslo

Alder: 75 år





Romantikk i roman og kanskje i virkelighet

Legeromaner lever opp til sitt rykte, ifølge en gjennomgang av 20 av dem. Vakre og dedikerte leger (og noen sykepleiere) finner kjærligheten over skrale pasienter (som ikke overraskende ofte kvikner mirakuløst til). Psykiater Brendan D. Kelly mener bøkene gjør en oppmerksom på uante romantiske muligheter i sykehusmiljø, og foreslår å legge romantikk inn i studieplanene for leger og sykepleiere. Dette skriver forskning.no

Studentene må ha alt riktig, men læreboka er ikke 100% korrekt!

Anmeldelse: Forfatteren Lars André Olsen er høgskolelærer i Ålesund og har i flere år arbeidet med medikamentregning. Denne boka er en revidert utgave av boka fra 2003.

I prinsippet skal kravene til matematiske ferdigheter for å kunne mestre medikamentregning tilsvare kunnskap ervervet på ungdomskolenivå. Dagens studenter har stort sett vært gjennom reform 1997, og ligninger med en ukjent X blir mindre brukt i grunnskolen. Olsens pedagogiske mantra er «DOSE, MENGDE, STYRKE». I enhver oppgave er det spørsmål om ett av disse elementene og det oppgis en formel for å finne hver av dem. Senere gir forfatteren eksempler på aktuelle utregninger knyttet til ulike

legemiddelformer. Dette kan virke forvirrende, men kan være en hjelp for de som trenger å få utregningene inn med teskjeer. Studenter som er flinke i matematikk, trenger bare å lese første del av boken.

Bokens styrke er kapitlet med eksemplene om fortykning, hvor forfatteren viser en oversiktlig fremgangsmåte som knyttes opp mot «dose, mengde, styrke», uten å gå veien om X. Erfaringsmessig er det her studentene ligger for tynt an. Forfatteren påpeker også situasjoner hvor det er lett å gjøre feil.

For studentene er riktig bruk av benevnelser en viktig kontroll på at oppgaven er forstått korrekt. Det er derfor uheldig at det selv i en revidert utgave er så mange unøyaktigheter når det gjelder

bruk av benevninger i utregninger. Mange studenter sliter med regler for riktig avrunding. Er det flere regneoperasjoner skal avrunding først skje i siste utregning. Svaret på hvor mange desimaltimer det er mellom kl. 13.40 og kl. 14.20 er 0,67 timer (ikke 0,66).

Boka er godt strukturert og er skrevet i et lettfattelig språk. Det er varierte regneeksempler med detaljerte forklaringer på hvordan en skal komme fram til riktig svar. I Norge har vi ingen krav til at autoriserte sykepleiere regelmessig skal testes i medikamentregning. Vi anbefaler at selvtesting bør ligge inne på enhver datamaskin på de enkeltes arbeidssted; og da er det lurt å ha lest denne eller lignende bøker på forhånd.



Praktisk medikamentregning Dose mengde styrke

Av Lars André Olsen
184 sider
Cappelen, 2006
ISBN 978-82-02-26986-9

Anmelder: Liv Wergeland Sørbye, førsteamanuensis og Hanne Maria Bingen, høgskolelektor Diakonhjemmet høgskole

Reality-tv ... nå også i bokform

Anmeldelse: Forfatteren er sykepleier og kone til en mann i 50-årene, som ble smittet av legionella i Stavanger i 2001. Boken beskriver i dagbokform detaljer i livet til dem begge frem til 2007. Mannen kjempet en langsom kamp for å overleve og svevde mellom liv og død flere ganger. Gjennom dialoger med leger, opplevelser som pårørende, beskrivelser av mannens bakgrunn, samt utdrag fra sykepleiejournal fra intensivavdeling, skaper forfatteren et forvirret bilde.

Forvirret fordi mange kraftige ord og påstander slenges ut i korte kapitler, skrevet i presensform. Dette skaper en dramatisk, som nok reflekterer det følelsesmessig presset familien ble utsatt for. Men skrivestilen gir meg inntrykk av at personene i dramaet ikke nådde inn til hverandre. Forfatteren omtaler gjennomgående mannen for *deg*, noe

som skaper en distanse, ensomhet og kulde til den nærheten som tross alt var der. Samtidig forsvinner fellesskapsfølelsen i familielivet i denne fremstillingsstilen.

Det sies ingenting om de som er implisert har gitt tillatelse til å gjengi bokens innhold. Har mannen gitt samtykke til å utgi boken, har legene og sykepleierne som behandlet mannen gitt samtykke? Det er heller ingen innledning som forklarer hvordan boken er lagt opp eller hvordan forfatteren tenker. Den røde tråden mangler helt, og dette gir meg en fornemmelse av å ha kikket inn i et privat og levd liv, uten å forstå hvorfor jeg skulle kikke inn i dette livet.

Boken bærer mest preg av å være en bearbeidelsesprosess fra en sjokkhendelse i forfatterens liv. Det at hun er sykepleier kan være både til fordel og ulempe i en slik

situasjon, uansett burde det kunne forventes en faglig, så vel som menneskelige refleksjon. Det ville gjøre det samfunnsaktuelle innholdet mer tilgjengelig for andre. Forlaget har et ansvar her. Spesielt fordi dette er en erfaringsbasert bok. Har boken en samfunnsverdi og hva er budskapet i boken? Tja, ikke i nåværende form, fordi det er mye ubearbeidet bitterhet i boken. Det er leit, for det er mye god omsorg konen har gitt mannen sin.

Den viktigste kilden til at pasienter føler trygghet på en intensivavdeling er at pårørende er til stede. Denne pasientens kone var der, og jeg tror det til slutt ble for mye å bære for hennes følelsesliv. Boken er derfor en vekker til helsepersonell om at nære pårørende gjennomgår en krise og har behov for følelsesmessig støtte og hjelp til å komme videre i livet.



Med ryggen mot veggen Legionellautbruddet i Stavanger

Av Inger Johanne Kristensen
Hertervig forlag, 2007
ISBN 978-82-92023-81-5

Anmelder: Hege E. Øren, høgskolelektor

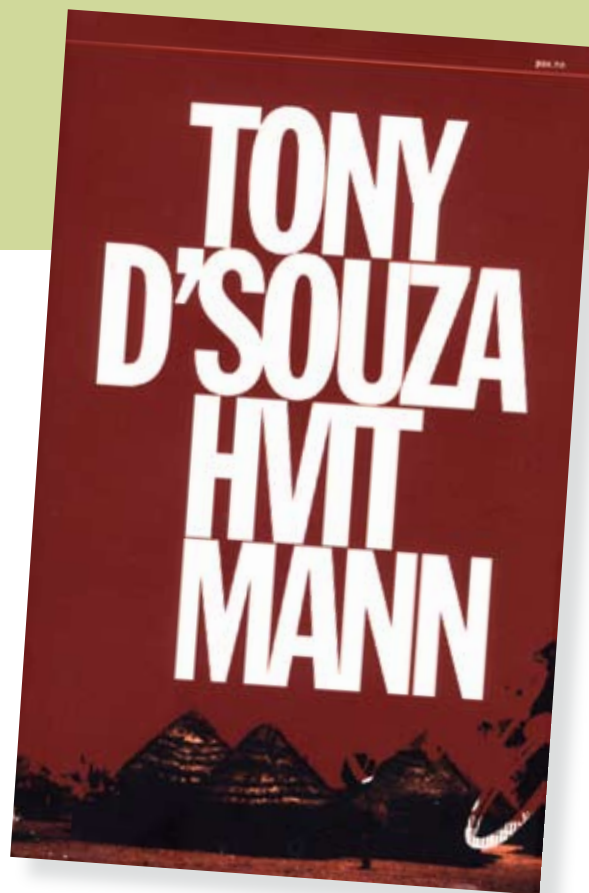
Månedens bok

Av Tony D'Souza, oversatt av Agnete Øye, 234 sider, Pax 2007, ISBN 978-82-530-2993-1

Anmelder: Inger Frogg Jørgensen, psykiatrisk sykepleier

Hvit hjelper i Afrika

Les for å lære, men ikke minst: For en stor litterær opplevelse!



Anmeldelse: Jeg har aldri vært på det afrikanske kontinent. Nå har likevel debutanten Tony D'Souza tatt meg med til en flik av det, nemlig til Elfenbenskysten i den nordlige, muslimskdominerte delen. Forfatteren har selv tilbrakt tre år som hjelpearbeider i landet. Det merkes. Skildringene kunne ikke blitt så troverdige uten selvopplevd erfaring. Jeg-fortelleren Jack Diaz, en idealistisk amerikansk hjelpearbeider, reiser til Elfenbenskysten med en humanitær organisasjon. Her skal de arbeide for rent drikkevann. Men dette er kort tid etter 11. september 2001, og bistandspengene stopper opp. Vår mann får dermed ikke utført oppdraget sitt, men blir likevel i landsbyen da kollegene vender hjem. Herfra tar han oss med inn i denne delen av Afrikas hjerte, dets utarming og moral. Og iblant, fra et vestlig synspunkt, mangel på det siste.

D'Souza har ikke tilstrebet å skrive en politisk korrekt roman. Hans intensjon er å formidle en kultur og et stykke virkelighet, på godt og vondt. Og han har lykket. Leseren lukter og

sanser seg gjennom boken. Her er varme, nød, kupp og blodutgytelse. Utrolig nok kombinert med en god porsjon humor.

Kanskje virker det absurd i denne sammenheng å legge vekt på en scene om en apekatt. Men jeg velger likevel å gjøre det. Dyret var satt i lenke på gårdsplassen til en varm og god kvinne. Hun var bestemor til

mange, og brakte vann til dem som trengte det. Barnebarnas lek bestod i å drive apekatten til vanvidd, de slo med kjepper og sparket etter samme prinsippet som vi leker «boksen går» her hjemme, og la bananer akkurat utenfor dens rekkevidde. Men vår hjelpearbeider fatter sympati for apen. Han gir den frukt og godbiter, og tror den forstår at han er «den snille av dem». Men en dag sliter apekatten seg fri fra lenken. Den løper med blottede

huggtenner mot sin hjelper, som smeller døren igjen i redsel. Da opplever fortellerstemmen apen som et bilde på det Afrika han så gjerne ville forstå, men ikke forstår: Det frigjorte Afrika.

Her er ikke mangel på dilemmaer. Pengelens og uten annet enn sporadisk kontakt med opprinnelsesorganisasjonen, setter Jack ved hjelp av sin tolk

**Her er varme, nød, kupp og blodutgytelse.
Utrolig nok kombinert med en god porsjon humor.**

Inger Frogg Jørgensen, anmelder

i gang med hiv/aids-opplysning, uten at dette medfører nevneverdig kyskhed i hans egen livsførsel. Og hva gjør han da en ung tvangsgiftet kvinne dømmes til døden for angivelig å ha tatt livet av sitt nyfødte barn? Jo, han protesterer og diskuterer. Men har han som utenforstående rett til å kreve en annen justis enn den rådende? Uansett hvor adoptert han er i det lille samfunnet, er han fortsatt ufravikelig en «hvitling».

Bedre går det ikke da han blir vikarlærer i skolen. I berettiget harme påpeker han at lærerne tar for seg av maten fra hjelpeorganisasjonene, mens elevene fortsatt sulter. Resultatet? Lærerne stikker og skolen stenges. Å ta i bruk rettferdighetssans er ikke alltid den farbare vei i et samfunn som dette. Det er en vanskelig ferd mellom håp og håpløshet, idealisme og beinhard realisme. Da den blodige (i denne boken udaterte) borgerkrigen setter inn, innser Jack at han etter tre år må flykte hjem. For meg som vet for lite om Afrika var dette lærerik lesning. Litterært var det en stor opplevelse. Fine nyanser går under huden. I tillegg er her mye historisk informasjon, som ikke var pensum da jeg studerte. Av den enkle grunn at historien har forandret seg. Kapitlene kan også leses isolert, de er små historier i seg selv. En imponerende debut!



Hvilken arvelig lidelse spiller en rolle i Jo Nesbøs «Snømannen»?

Svar: Fårns sykdom



Etikk og helse

Omtale: En problembasert innføring i ulike retninger innen medisinsk og helsefaglig etikk tilbys i denne boken. Samhandlingen mellom helsetjenesten og resten av samfunnet drøftes, og sentrale historiske og moderne tekster i medisinsk og helsefaglig etikk er med. Dette er annen utgave av boken. ISBN 978-82-05-36260-4

Medisinsk og helsefaglig etikk
av Knut W. Ruyter, Reidun Førde og Jan Helge Solbakk



Sukkerfri inspirasjon

Omtale: Da Lars Erik Litsfeldt fikk diabetes 2, fikk han beskjed om å kutte ut fett. Det hjalp lite. I stedet tok Litsfeldt grep selv, og fant heller en diett på nett. Det fungerte så bra at han vil dele tips om å dempe sukker-sug, redusere overvekt og håndtere diabetes og andre helseplager. ISBN 978-82-92605-50-9

Spis deg sukkerfri
Nøkkelen for å knekke diabeteskoden
av Lars Erik Litsfeldt



Lær IKT

Omtale: Den nye fagplanen for Helse IKT er grunnlaget for boken, som skal gi en forståelse for bruk av IKT i helsesektoren. Den er et ledd i et opplæringsprogram for å gi helsepersonell mulighet til å dokumentere sine IKT-kunnskaper. ISBN 978-82-79501-26-8

IKT for helsepersonell
Introduksjon til bruk av IKT i helsesektoren
av Irene Henriksen Aune



Bredt om å kommunisere

Omtale: Björn Fossum er sykepleier og forsker. Sammen med 15 medforfattere presenterer han blant annet teorier og modeller om kommunikasjon og aspekter ved den psykoterapeutiske og eksistensielle samtalen. Samtaler over kulturelle grenser omhandles også. ISBN 978-91-44-04709-6

Kommunikasjon
Samtal och bemötande i vården
av Björn Fossum (red.)



Å forstå selvskading

Omtale: Kristin Ribe skriver om å skade seg selv og psykolog Anita Moe utdyper med bakgrunn fra forskning og klinisk erfaring. Ribe ønsker å bidra til økt forståelse av selvskading, Moe bidrar med ny kunnskap, blant annet om hva det å skade seg betyr for barn og voksne. ISBN 978-82-15011-33-2

Selvskadingens dynamikk
av Anita Moe og Kristin Ribe



Et annet syn på helse

Omtale: En personlig beretning om å starte med noe som utfordrer gamle sannheter, er hva vaskeseddelen sier om denne boken. Tankefeltterapi er basert på en kombinasjon av meridianlære, kinesologi og kognitiv psykologi. ISBN 978-82-92773-10-9

De sa det ikke var mulig
Sinnsro med tankefeltterapi.
Av Mats J. Uldal
Illustrasjoner av Inge Grødum



Hva leser du nå?

- Jeg har akkurat lagt fra meg «The End of Mr. Y» av Scarlett Thomas, sier forsker og sykepleier **Øyvind Kirkevold** ved Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse.
- Den er litt surrealistisk, altså. Og handler om en engelsk dame med en litt broket bakgrunn som er veldig opptatt av en bok som heter «The End of Mr. Y», skrevet av en viktoriansk vitenskapsmann. Problemet er at boken

- ikke er å oppdrive. Når hun på mystisk vis får fatt i den, finner hun en oppskrift på å gå inn i andre personer. Ikke noen bra egenskap, for å si det sånn.
- Boken fant Kirkevold på Narvesen, og han valgte den først og fremst på grunn av omslaget med teksten: *If You knew a book was cursed, would you read it?*
- Og da måtte jeg jo bare ha den.

Fylte begrepet med innhold

Kristin Bie ville få rede på hva refleksjon egentlig er. Derfor skrev hun Refleksjonshåndboken.

1 Hvorfor skrev du denne boken?

– Fordi jeg var frustrert over at begrepet refleksjon brukes så ukritisk. Det benyttes på alle mulige måter uten at det egentlig har noe innhold. Mange bruker det ut fra hva de tror refleksjon er, men jeg mener det er lite fruktbart å snakke om refleksjon og dele ut refleksjonsskjemaer uten å vite hva det egentlig dreier seg om. Og så ville jeg selv finne ut hva refleksjon er.

2 Hvorfor er boken viktig?

– Jeg tror den er et hjelpemiddel i refleksjonsprosessen for mennesker som jobber med mennesker.

3 Hva liker du best ved boken?

– At formatet er lite og håndterlig. Det gjør boken lett tilgjengelig, tror jeg.

4 Hvem bør lese boken?

– Ikke bare sykepleiere, men veiledere, alle som jobber med mennesker. Alle som bruker refleksjon som del av faglig og personlig utvikling.



Foto: Arne Langøen



8 Hvilken bok drømmer du om å skrive?

– Hm. Hva svarer man da?
– Den største romanen i verden. He, he.

9 Blir du rik av boken?

– Nei, rik på penger blir jeg nok ikke. Men for min egen del har skrivingen vært berikende på andre måter.

tekst Nina Hernæs

5 Hva er den siste fagboken du har lest?

– Åh, jeg har tårn av bøker rundt meg. Men akkurat nå leser jeg «Kunnskapsdannelse i praksis» av Jan Kåre Hummelvoll. Den handler om aksjonsforskning, og lesingen er del av et prosjekt jeg holder på med. Det er lett å få tak i hva Hummelvoll mener, han skriver bra. Boken er interessant.

6 Og siste skjønnlitterære?

– «The Secret Life of Bees» av Sue Monk Kidd. En fantastisk fortelling om rasemotsetninger, brutalitet, viljestyrke og kvinnefellesskap.

7 Hva inspirerer deg til å skrive?

– Nysgjerrighet. Det er motiverende.

På veggen

Sykepleier Hans Marius Solevåg blir inspirert av Daniel Eish sine malerier.

To av dem henger nå i inngangspartiet på Bjørgvin distriktpsykiatriske senter i Bergen, der Solevåg jobber.

– Maleriene får meg til å tenke på Kulturuken vi arrangerer hvert år, der tidligere og nåværende brukere av psykisk helsevern gis en arena til opplevelse og uttrykk gjennom kunst og kultur, sier Solevåg.

Når han ser Eish sin kunst på arbeidsplassen, blir han hver dag minnet på hvor mange kreative brukere det er innen psykisk helsevern. Mennesker som strever med livet sitt i perioder er ofte tettere på kunsten enn andre. Noen ganger fordi de føler at ordene ikke virker lenger.

Selv får Daniel Eish fred i sinnet av å male. Håpet er at andre får den samme roen av å se arbeidene hans.

Solevåg sitter i komiteen for Kulturuken og er en av pådriverne bak prosjektet. Han mener det aller beste med Kulturuken er at grensene mellom sykepleier og pasient viskes ut. Maktfordelingen i denne relasjonen er relativt skjev i arbeidshverdagen, men under arbeidet med Kulturuken er det ikke personalet som bestemmer og legger premissene.

– Da er vi likeverdige og møtes gjennom kunsten. Dette er to vakre malerier vi er stolte av å ha hengende her, stråler Solevåg.

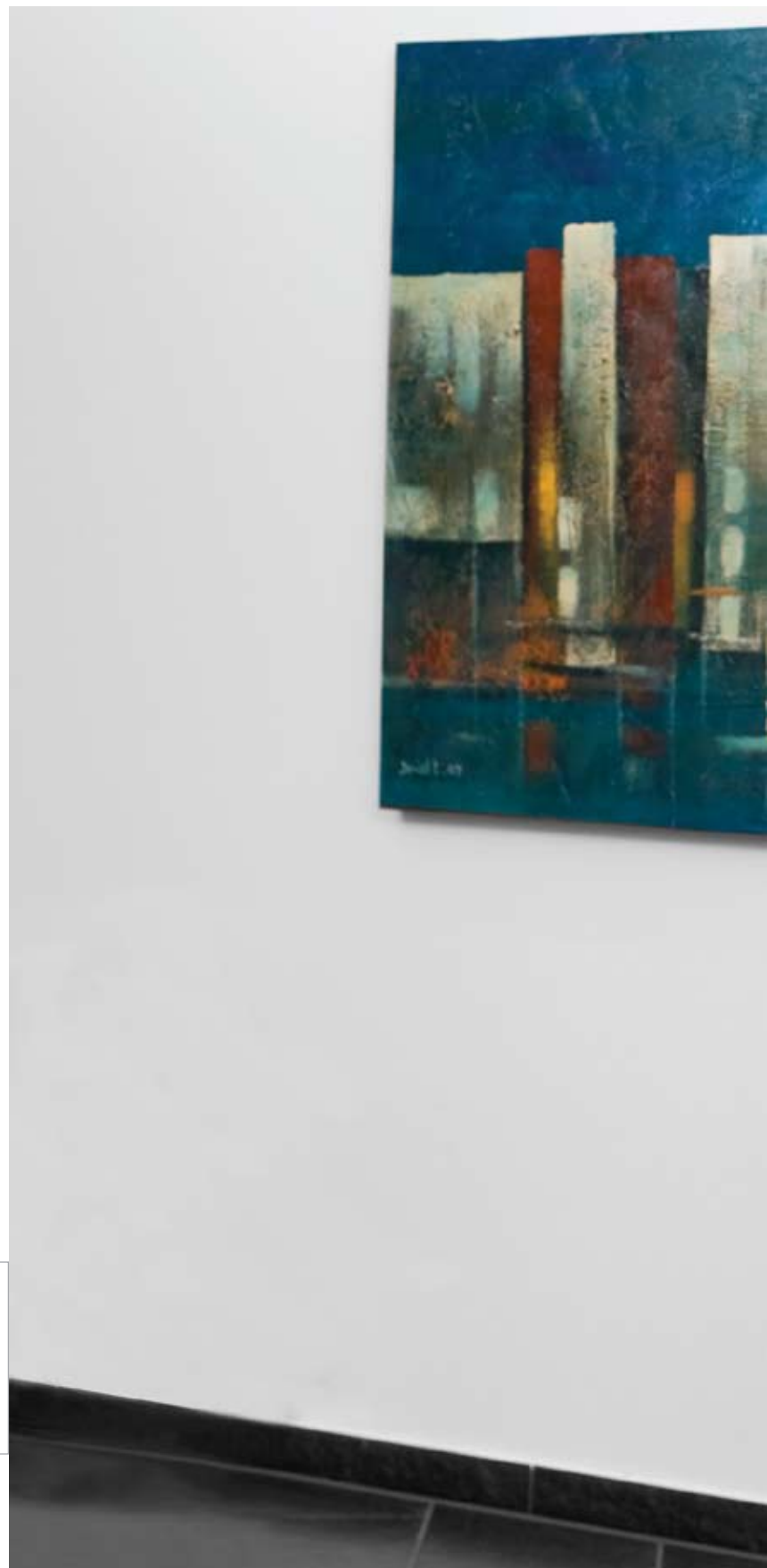
KUNSTNER: DANIEL EISH

ÅR: 2007

MALERI

2 MALERIER I FOAJEEN PÅ BJØRGVIN DPS, BERGEN

Er du spesielt glad i kunst på jobben din? Er det noe som gjør deg forarget? Tips oss om et kunstverk på din arbeidsplass. barth.tholens@sykepleien.no



FOAJEEN PÅ BJØRGVIN DPS, BERGEN



tekst **Camilla Crone Leinebø** foto **Thor Brødreskift**

Hvordan lykkes med klinisk stige?

Anne Berit Solvang ved kardiologisk laboratorium på Feiringklinikken blir klinisk spesialist i 2009. Feiring er en av fire institusjoner som har fått forhåndsgodkjent sine kliniske stiger hos NSF. Sykepleien bringer her en oversikt over hvordan sykehusene løser utfordringen.

Blefjell sykehus, Universitetssykehuset i Nord-Norge og Bergen legevakt har også fått godkjent sine kliniske stiger. Etter godkjent løp kan studenten sende et forenklet søknadsskjema til NSF for å få tittelen «klinisk spesialist».

Ulike erfaringer

Sykepleiere i klinisk stige kan støte på tre ulike utfordringer:

1. **Oppfølging fra lederne side.**
2. **Lønnsøkning**
3. **Hvordan bruke kompetansen videre.**

De fire institusjonene byr på ulike erfaringer. Her får du en oversikt.

Feiringklinikken:

Har høgskolevri

En av nøklene til å lykkes med klinisk kompetanseutviklingsprogram er nettopp å søke om forhåndsgodkjenning av programmet hos NSF. Da blir du tvunget til å tenke gjennom alle de tre problemstillingene på forhånd, mener fagutviklingssykepleier Heidi Lunde Elstad.

1. Ledelsen på Feiringklinikken vedtok å jobbe mot kliniske stiger. Deretter var avdelingslederne med på alle møter. De utformet en strukturert arbeidsplan med ulike arbeids- og ansvarsområder. Lederne ble også tatt med i arbeidsgrupper. Noen var med i møter med NSF, noen avklarte økonomi og budsjett mens andre var med i samarbeid med Høgskolen i Akershus. Feiringklinikken er nemlig den eneste av de fire institusjonene som har inngått formelt samarbeid med en høgskole om klinisk stige og ressurser til undervisning, veiledning og studiepoeng. En representant fra avdelingslederne er med i referansegruppe for studiet og følger opp praksisbehov og -ønsker. Det er totalt ti studenter fra Feiringklinikken med i studiet som har hovedfokus på kardiologisk sykepleie. Det gir 60 studiepoeng og avsluttes i april 2009.

2. Klinisk spesialist får minimum 20 000 kroner på toppen av

vanlig lønnsstige hvert år i 100 prosent stilling.

3. Studentenes valg av faglige fordypningstema/prosjekter styres i samarbeid med avdelingsleder i praksis. Slik bidrar klinisk stige til å nå avdelingens mål for fag- og kompetanseutvikling. Avdelingssykepleierne har individuell oppfølgingssamtale med studentene hvert semester. Det er også utarbeidet funksjonsbeskrivelse for kliniske spesialister i sykepleie/spesialsykepleie. Denne beskriver ansvarsområder og forventninger til hvordan kompetansen skal utvikles og benyttes videre. Studentene bidrar også med internundervisning og fagutviklingstiltak i egen praksis under studieforløpet.

Blefjell sykehus:

Skal evalueres

1. Blefjell sykehus har slitt litt med å involvere lederne. Det var en omorganisering ved sykehuset da programmet startet opp. Selv om lederne på ulike nivåer hadde

vært med på planleggingen og utformingen av programmet, gikk noen over i andre stillinger og det ble ansatt flere nye. Det førte til at mer tid enn forventet måtte brukes på å motivere og informere de nye lederne. Noen sykepleiere kunne ønsket mer oppfølging fra lederne sine, men de som har hatt samme leder, har vært fornøyd. Rådet fra Blefjell er derfor å unngå å innføre klinisk stige-programmet samtidig med en omorganisering.

2. Kliniske spesialister får et tillegg på 10 000 kroner i året i 100 prosent stilling.

3. De første fire-fem kandidatene ble ferdige på ettersommeren i år. De har vært aktive innenfor sine fordypningsområder og har bidratt på kurs og seminarer. Hele programmet skal nå evalueres. Da skal de diskutere hvordan de kliniske spesialistene kan brukes enda mer aktivt. De vil også diskutere om klinisk stige-programmet skal kunne tas bolkevis, med mulig-



VEILEDES ETTER BOKA: Anne Berit Solvang skal bli klinisk spesialist i kardiologisk sykepleie. Her er hun med en pasient under angiografi, i samarbeid med kollega og klinisk veileder, intensivsykepleier Stig Enevoldsen.

heter for pauser innimellom. Slik det fungerer nå, faller sykepleierne gjerne fra dersom de går ut i svangerskapspermisjon, begynner i nye stillinger, blir sykmeldt eller slutter ved sykehuset en periode.

Universitetssykehuset i Nord-Norge: Usikker lønnsøkning

Tidligere har ni blitt godkjent klinisk spesialist ved UNN. Nå deltar 14 i det forhåndsgodkjente programmet.

1. Lederteamet i avdelingene tar utgangspunkt i hvilke områder det trengs spesialistkompetanse. Aktuelle ansatte ved sykehuset kan søke om å bli tatt opp i klinisk stige. Ansatte kan også selv foreslå aktuelle fagområder/prosjekt for ledelsen. I løpet av de tre årene klinisk stige varer, er det satt av fem timer per år med samtaler mellom deltaker og leder. På minst en av disse samtalene deltar også koordinator for klinisk stige. Koordinator har da også en «kontroll» hvor det sikres at den fagspesifikke delen blir fulgt opp på en god måte.

2. Høsten 06 ble avlønning forhandlet fram på navn, og disse fikk 13 000 kroner i året. Ledere og fagkonsulenter fikk ikke uttelling. Deltakerne i det forhåndsgodkjen-

te programmet har fått lovnader om lønn, men det er usikkert hvor mye det blir. Rådet fra UNN er å avtale lønnsøkningen på forhånd.

3. Deltakernes kompetanse blir brukt og utviklet ved at de jobber med de fagområdene de skal bli spesialister i. Siden lederne er med på å styre studentenes valg av fordypningsemne, sikres også at det er behov for den kompetansen som tilegnes.

Bergen legevakt: Spesialsykepleier-lønn

Bergen legevakt har gjennomført sitt eget klinisk stige-program siden 2000. Av rundt 60 ansatte er totalt ti godkjente kliniske spesialister nå.

1. Oversykepleier tok initiativet gjennom å kontakte fagutviklings-sykepleier Marta Mjeldheim. Hun stod fritt til å bruke den tiden og de ressursene hun ville til å utarbeide et opplegg. Forslagene hennes ble diskutert med avdelingslederne og en oversykepleier. De har en kontinuerlig dialog i alt de gjennomfører. Mjeldheim er godt fornøyd med hvordan lederne, også på legesiden, har engasjert seg. De har vært med på å tilrettelegge og stilt opp med undervisning.

2. Godkjent klinisk spesialist får lønn som spesialsykepleier. Det var viktig å få denne definisjonen fordi man da får kompensert for lønnsøkning i motsetning til om det hadde vært en bestemt sum. På denne måten blir tillegget automatisk regulert.

3. De kliniske spesialistene har spesielle tilleggsoppgaver. De tar seg av nyansatte og veileder

studenter og vikarer. Videre bemanner de operasjonsstuene siden de har mer opplæring i dette enn de andre sykepleierne. Nå er det planer om at de skal lese forskningsartikler og legge det fram for de ansatte en gang i halvåret.

– Vi tar de små steg. Det skal være realistisk å gjennomføre og kvaliteten på det vi gjør er alltid viktigst, sier Mjeldheim.

Flere tips

Gode råd om gjennomføring av klinisk stige fra de fire institusjonene som er forhåndsgodkjente av NSF, kan du få hos:

Feiringklinikken:

Heidi.Lunde.Elstad@feiringklinikken.no

Blefjell sykehus:

Nina.Wangestad@blefjellsykehus.no

Universitetssykehuset i Nord-Norge:

Inger.Gadgil@unn.no

Bergen legevakt:

Marta.Mjeldheim@bergen.kommune.no



Finn din faggruppe:

Akutt

NSFs Landsgruppe av Sykepleiere i Akuttmottak, AMK og Ambulansetjeneste:
Ulrika Eriksson, Klinikk for anesthesi og akuttmedisin, St Olavs Hospital, 7006 TRONDHEIM
Tlf. privat: 91 38 86 01.
E-post: ulrika.eriksson@stolav.no

Anestesi

Anestesisykepleiernes landsgruppe av NSF:
Anne Marie Gran Bruun, Aker gård, 3170 SEM
Tlf. privat: 33 33 23 87 og 905 32 387
Tlf. jobb: 33 03 12 89 E-post: annemarie.bruun@c2i.net

Astma, eksem og allergi

NSF faggruppe for sykepleiere innen allergi, eksem og lungesyktom hos barn:
Ingrid Gaare-Olstad, Voksentoppen, Hjerte, lunge og allergiseksjonen, Barneklubben, Rikshospitalet.
Tlf. privat: 22 13 65 00 / 87
Tlf. jobb: 92 03 21 44
E-post: ingvild.gaare-olstad@rikshospitalet.no

Barn

Barnesykepleierforbundet NSF:
André Grundevig, Åtringen 2, 9017 TROMSØ. Tlf.: 41 23 98 77
E-post: a.grundevig@c2i.net

Bedriftssykepleie

NSFs landsgruppe av bedriftssykepleiere:
Kari Gaarder Osnes, Diakonhjemets Sykehus, Vindern, 0319 OSLO.
Tlf.: 957 33 447
E-post: kari.g.osnes@diakonsyk.no

Diabetes

Faggruppe for Diabetessykepleiere, NSF/FFD:
Åse Rohde Paulsen, Hølleveien, 171, 4640 SØGNE.
Tlf. privat: 38 05 02 60 / 970 38 423
Tlf. jobb: 38 05 33 34.
E-post: aase.rohde.poulsen@sogn.kommune.no

Gastro

NSF Faggruppe av sykepleiere i gastroenterologi:
Wenche Brattebø Fenne, Småvøllen 19, 4017 STAVANGER. Tlf. 51 58 81 89.
E-post: wenche.fenne@hotmail.com

Geriatri og demens

NSFs faggruppe for sykepleiere i geriatri og demens:
Anni Særmmo, Elveveien 17, 4823 NEDENES.
Tlf. privat: 37 09 49 15 og 920 48 264
Tlf. jobb: 37 25 64 19.
E-post: anni@nsfgeriatridemens.no

Helsesøster

Landsgruppen av helsesøstre NSF:
Astrid Grydeland Ersvik, Postboks 272, 6501 KRISTIANSUND. Tlf. privat: 71 67 00 63/
988 53 496 Tlf. jobb: 71 57 41 07
E-post: astrid.grydeland@bluezone.no

Hud

NSFs Faggruppe for Sykepleiere i Dermatologi:
Aina Nygård, Munkvoldv. 57, 7021 TRONDHEIM.
Tlf. privat: 45 20 40 48 Tlf. jobb: 73 86 89 42
E-post: aina.nygard@stolav.no

Hygiene

NSF Faggruppe av Hygienesykepleiere:
Anne Dalheim, Senter for Smittevern Helse Bergen, 5021 BERGEN.
Tlf. privat: 98 60 97 37. Tlf. jobb: 55 97 54 04
E-post: anne.dalheim@helse.bergen.no

IKT og dokumentasjon

Sykepleiernes forum for IKT og dokumentasjon NSF ID:
Mari S. Berge, Fløenbakken 86, 5009 BERGEN.
Tlf. privat: 55 31 83 11 og 907 52 646
E-post: ms.berge@online.no og mber@hib.no

Intensiv

NSFs landsgruppe av intensivsykepleiere NSF LIS:
Hildegunn Synnevang, Ortuflaten 68 5143 FYLLINGSDALEN.
Tlf. privat: 55 16 66 54 og 926 37 123
E-post: hi-syn68@online.no og hildegunn.synnevaag@helse-bergen.no

Jordmor

Jordmorforbundet NSF:
Eva Sommereth, Strandparken 139B, 3187 HORTEN.
Tlf. mobil: 90 89 55 26
E-post: eva.sommereth@sykepleierforbundet.no eller es@hive.no

Kardiologi

NSFs landsgruppe av kardiologiske sykepleiere:
Marit Mørkved Larsen, Nils Bays vei 57C, 0855 OSLO.
Tlf. privat: 22 23 48 26 og 922 68 706
Tlf. jobb: 23 07 07 62 og 23 07 19 40
E-post: marit.morkved.larsen@rikshospitalet.no

Kreft

NSF Forum for kreftsykepleiere: NSF FKS
Ingrid Lotsberg Norås, Heimtjenesta Klepp kommune, Postboks 25, 4358 KLEPPE.
Tlf.: 51 42 99 00 / 991 67 002
E-post: ingrid.lotsberg.noras@klepp.kommune.no

Ledere

NSFs landsgruppe av sykepleieleidere LSL:
Kirsten Harstad, Haugåstubbyen sykehjem, Stavanger kommune, 4016 STAVANGER.
Tlf. privat: 51 57 56 84 og 917 04 793
Tlf. jobb: 51 82 31 70
E-post: kharstad@stavanger.kommune.no

Lunge

NSFs faggruppe av lungesykepleiere:
Kjersti Watthne, Ålgårdveien 13, 4330 ÅLGÅRD.
Tlf.: 994 67 091
E-post: kjerstiwatthne@hotmail.com / wakj@sus.no

Nevrokirurgi

NSFs faggruppe for Nevrokirurgiske sykepleiere:
Hilde Iren Liland, Ishavsveien 12, 9012 TROMSØ.
Tlf.: 917 61 904
E-post: hildeiren.liland@gmail.com

Nyre

NSFs faggruppe for nyresykepleiere:
Karianne Lilleland, Dialyseavdelingen, Ullevål universitetssykehus.
Tlf. privat: 951 55 121. Tlf. jobb: 38 07 37 60.
E-post: karianne@lilleland.net

Operasjon

NSFs landsgruppe av operasjonssykepleiere:
Liv-Marie E. Loraas, Jomfrubrøtveien 72 A, 1179 OSLO.
Tlf. privat: 22 28 29 83 og 988 87 626
E-post: nsflos@sykepleierforbundet.no

Ortopedi

Norsk Forening for Sykepleiere i Ortopedi – faggruppe i NSF:
Edel Bruun Bastøe, Notveien 7, 1655 SELLEBAKK.
Tlf. privat: 69 34 70 78 og 414 49 414
E-post: edebas@online.no

Psykiatri

NSFs landsgruppe av psykiatriske sykepleiere:
Unn Elisabeth Hammervold, Bruvikveien 12d, 4017 STAVANGER. Tlf. privat: 51 58 96 36 og 90 93 67 40. Tlf. jobb: 51 53 04 70
E-post: unnhvold@online.no

Rehabilitering

NSF faggruppe av sykepleiere i Rehabilitering:
Monica Selven, Valhallveien 11, 1454 FAGERSTRAND.
Tlf. privat: 66 96 01 74 og 936 52 329.
Tlf. jobb: 66 96 95 75. E-post: monicas@bluezone.no

Revmatologi

NSFs faggruppe for sykepleiere innen revmatologi:
Bente Hamnes, Margrethe Grundtvigsvei 6, 2609 LILLEHAMMER.
Tlf. privat: 928 32 549, Tlf. jobb: 61 27 95 00
E-post: Bente.Hamnes@revmatismesykehuset.no

Slag

NSFs landsgruppe i slagsykepleie:
Anne Evy Ødegard, Alvyntun 11, 1722 SARPSBORG.
Tlf. privat: 69 15 26 45. E-post: an-ode@online.no

Stomi

NSFs faggruppe av sykepleiere i stomi/sorg SIS:
Ragne Gjestrum Larsen, Lillestien 2, 3267 LARVIK.
Tlf. privat: 957 94 808. Tlf. jobb: 33 13 08 80.
E-post: sis@sykepleierforbundet.no / ragne@smykket.net

Undervisning og fagutvikling

NSFs faggruppe for sykepleiere i undervisning, forskning og fagutvikling:
Sissel Tollefsen, Grendatunvegen 34, 5259 HJELLESTAD.
Tlf. privat: 55 22 68 68 og 909 80 893.
Tlf. jobb: 55 58 55 22
E-post: sissel.tollefsen@hib.no

Urologi

NSFs faggruppe av sykepleiere i urologi FSU:
Inger Johanne Stokkan, Nertrøa 31, 7089 HEIMDAL.
Tlf. privat: 72 84 51 04 og 452 05 090.
Tlf. jobb: 73 86 95 68
E-post: inger.stokkan@stolav.no

Veiledere

NSFs faggruppe for veiledere:
Frank Oterholt, Terneveien 23, 4876 GRIMSTAD.
Tlf. privat: 37 04 26 14 og 916 26 225
E-post: frank.oterholt@gktv.no

Videregående opplæring

NSFs faggruppe i videregående opplæring:
Björg Ranang, Fjellveien 49 E, 1410 KOLBOTN.
Tlf. privat: 66 80 05 08 og 917 06 192
Tlf. jobb: 22 04 31 39
E-post: bjorg.ranang@sykepleierforbundet.no

Øye

Faglig gruppe av øyesykepleiere NSF:
Björg Sivertsen, Kringsjåv. 6, 7032 TRONDHEIM.
Tlf. privat: 73 93 63 90 og 996 90 497
Tlf. jobb: 72 57 54 72
E-post: bjorg.sivertsen@stolav.no

Leder sentralt fagforum:

Maria Tjønnefjord, Suhmsgate 12b, 0362 OSLO
Tlf. privat: 48 06 98 97
E-post: maria.tjonnefjord@sykepleierforbundet.no eller mariatjonnefjord@hotmail.com

22 sprøe spørsmål med svar

Pasienter med osteoporose lurte på ting ikke alt helsepersonell vet.

Osteoporose, eller bensjørhet, er en diagnose som ofte stilles etter et brudd. Pasienten har i lang tid tapt mer benmasse enn det som er normalt, uten å merke noe. Men skjelettet er svekket og dermed mer utsatt for brudd. Derfor kan diagnosen komme som et lite sjokk, og pasienten kan ha mange spørsmål. For eksempel: Finnes det behandling?

Med og uten brudd

Norsk Osteoporoseforening har en egen informasjonstelefon, og mange av spørsmålene som ringes inn der kan være relevante for flere. Derfor kom ideen til å lage et hefte med svar på de vanligst stilte spørsmålene om osteoporose.

Spørsmålene er delt i to kategorier: 15 spørsmål for dem med osteoporose uten brudd og sju spørsmål for dem med osteoporose og brudd. Et eksempel fra siste kategori er «Hvordan kan jeg unngå å få nye brudd?» I tillegg er det en liste med forklaringer på vanlig brukte faguttrykk som benmineraltetthet og lavenergibrudd.

Informasjonen i heftet er blant annet basert på faglige retningslinjer for forebygging og behandling av osteoporose og osteoporotiske brudd fra Sosial- og helsedirektoratet.

Inspirasjon

I tillegg til å gi svar på konkrete spørsmål pasientene brenner inne med, er tanken at spørsmålene kan hjelpe pasienter med nyoppdagete osteoporose til å skaffe seg kunnskap om sykdommen sin, som

de er nødt til å leve med. I tillegg skal heftet være til inspirasjon for helsepersonell, så de kan gi god informasjon til pasientgruppen.

Svaret er ...

Hvis du lurte på om det finnes behandling mot osteoporose, så er svaret ja. Men spørsmålet er hvilken som er best egnet for hver enkelt pasient. Og husk: Det er aldri for sent å begynne behandling! Se også side 66.



I dette heftet har Norsk Osteoporoseforenings Informasjonssenter samlet 22 vanlige spørsmål om osteoporose med svar.



Les mer:

Heftet «Osteoporose – de vanligst stilte spørsmål med svar» er utviklet av Norsk Osteoporoseforenings Informasjonssenter og kan bestilles på e-post osteoporose@aus.no eller tlf. 22 89 40 29. Heftet er gratis. Mer om Norsk Osteoporoseforening finnes på www.nof-norge.org



Gardasil® «Sanofi Pasteur MSD»

Vaksine mot humant papillomavirus. ATC-nr.: J07B M01
INJEKSJONSVÆSKE, SUSPENSJON: Hver dose inneholder: Humant papillomavirus (HPV) type 6 L1-protein ca. 20 µg, type 11 L1-protein ca. 40 µg, type 16 L1-protein ca. 40 µg, type 18 L1-protein ca. 20 µg, natriumklorid, L-histidin, polysorbat 80, natriumborat, aluminium (som amorf aluminiumhydrokysulfatdjuvans) 225 µg, vann til injeksjonsvæsker.

INDIKASJONER: Vaksine som skal forhindre høygradig cervical intraepitelial neoplasia (CIN 2/3), cervixcancer, høygradig vulvudysplastiske lesjoner (VIN 2/3) og kjønnsvorter (condyloma acuminata) som har årsakssammenheng med humant papillomavirus (HPV) av typene 6, 11, 16 og 18. Indikasjonen er basert på effekt hos voksne kvinner fra 16 til 26 år og påvist immunogenisitet hos 9 til 15 år gamle barn og ungdom. Beskyttelseeffekt er ikke undersøkt hos menn. Bruken av Gardasil skal følge offentlige anbefalinger.

DOSERING: Primær vaksinasjon: 3 separate doser på 0,5 ml gis ved måned 0, 2 og 6. Ved en alternativt vaksinasjonsplan gis den 2. dosen minst 1 måned etter den 1. dosen, og 3. dose gis minst 3 måneder etter 2. dose. Alle 3 dosene må gis innenfor en periode på ett år. Behovet for boosterdose er ikke klarlagt. Barn: Ikke anbefalt hos barn <9 år pga. utilstrekkelige data vedrørende immunogenisitet, sikkerhet og effekt. Gis intramuskulært, fortrinnsvis i overarmens deltoidmuskel eller i det øvre anterolaterale området på låret. Må ikke injiseres intravaskulært. Subkutan og intradermal administrering er ikke undersøkt, og anbefales derfor ikke.

KONTRAINDIKASJONER: Overfølsomhet for innholdsstoffene. Ved symptomer som tyder på overfølsomhet, må det ikke gis flere doser. Vaksinerings utsettes hos personer som lider av akutt, alvorlig febersykdom. Mindre infeksjon, som en lett øvre luftveisinfeksjon eller lett feber, er ikke kontraindikasjon for vaksinasjon.

FORSIKTIGHETSREGLER: Hensiktsmessig medisinsk behandling må alltid være tilgjengelig i tilfelle sjeldne anafylaktiske reaksjoner. Det er usikkert om alle som får vaksinen beskyttes. Vaksinen beskytter bare mot sykdommer som forårsakes av HPV-typer 6, 11, 16 og 18. Anbefalte forsiktighetsregler for beskyttelse mot seksuelt overførbare sykdommer må følges. Beskytter ikke mot eksisterende HPV-infeksjoner. Har ikke terapeutisk effekt og er derfor ikke indisert som behandling for cervixcancer, høygradige cervix-, vulva- og vaginaldysplasi eller kjønnsvorter, eller for å hindre utviklingen av andre etablerte HPV-relaterte lesjoner. Vaksinasjon er ikke erstatning for regelmessig cervix-screeningundersøkelse, og regelmessig screening iht. lokale anbefalinger er fortsatt viktig. Det foreligger ikke data om bruk hos personer med svekket immunrespons. Personer med svekket immunrespons, uavhengig av årsak, kan ha redusert respons på vaksinen. Må gis med forsiktighet ved trombocytopeni eller annen koagulasjonssykdom, fordi det etter en i.m. injeksjon kan oppstå blødning. Varighet av beskyttelsen er ikke kjent. Vedvarende beskyttelseeffekt har vært påvist i 4-5 år etter fullført primæraksinasjon på 3 doser.

INTERAKSJONER: Kan gis sammen med hepatitt B-vaksine på et annet injeksjonssted, på samme tidspunkt. Andel personer som oppnådde et beskyttende nivå av anti-HB ≥ 10 mIU/ml ble ikke påvirket, men anti-HBs geometrisk middelverdi var lavere når vaksinerne ble gitt samtidig. Den kliniske betydningen av dette er ukjent. Samtidig bruk med andre vaksiner har ikke vært undersøkt. Bruk av hormonelle prevensjonsmidler synes ikke å påvirke immunresponsen på Gardasil.

GRAVIDITET/AMMING: Overgang i placenta: Begrensede data indikerer ingen sikkerhetsrisiko, men bruk under graviditet anbefales ikke. Overgang i morsmelk: Kan gis til ammende.

BIVIRKNINGER: Hyppige (>1/100): Feber. Reaksjoner på injeksjonsstedet: Erytem, smerte, hevelse, hemoragi, pruritus. Sjeldne (<1/1000): Hud: Urticaria. Luftveier: Bronkospasme. Muskelskjelettsystemet: Uspesifikk artritt.

OVERDOSERING/FORGIFTNING: Symptomer: Ved høy dosering synes bivirkningsprofilen å være sammenlignbar med det som er observert ved enkelt doser.

EGENSKAPER: Klassifisering: Rekombinant, adsorbert, ikke-infeksiøs vaksine laget av høyrensede viruslignende partikler (VLP) fra hoved L1-kapsidprotein hos HVP-type 6, 11, 16 og 18. Produsert i gjærceller vha. rekombinant DNA-teknologi. VLP inneholder ingen virus-DNA og kan ikke infisere celler, reproducere eller forårsake sykdom. Virkningsmekanisme: HPV infiserer bare mennesker, men forsøk på dyr med analoge papillomavirus antyder at L1 VLP-vaksiner beskytter ved utvikling av en humoral immunrespons. Terapeutisk serumkonsentrasjon: Minimum beskyttende antistoffnivå er ikke identifisert. Innen 1 måned etter 3. dose hadde 99,9% antistofftiter mot HPV 6, 99,8% mot HPV 11 og HPV 16, og 99,6% mot HPV 18. Eksakt varighet av immunitet etter primæraksinasjon med 3 doser er ikke fastslått. Bevis på immunologisk hukommelse ble sett hos vaksinerte personer som var antistoffpositive for relevant humant papillomavirus type(r), før vaksinasjonen. I tillegg viste en undergruppe av vaksinerte personer som fikk en tilleggsdose 5 år etter vaksinasjon, en hurtig og sterk antistoffrespons (tegn på immunologisk hukommelse) som var større enn anti-HPV geometrisk middelverdi etter 1 måned etter den 3. dosen i primæraksinasjonen. Basert på klinisk immunogenisitetssammenligning kan en anta at vaksinen også har beskyttelseeffekt hos jenter fra 9-15 år. Immunogenisitet og sikkerhet er vist hos gutter 9-15 år. Beskyttelseeffekt er ikke evaluert hos menn.

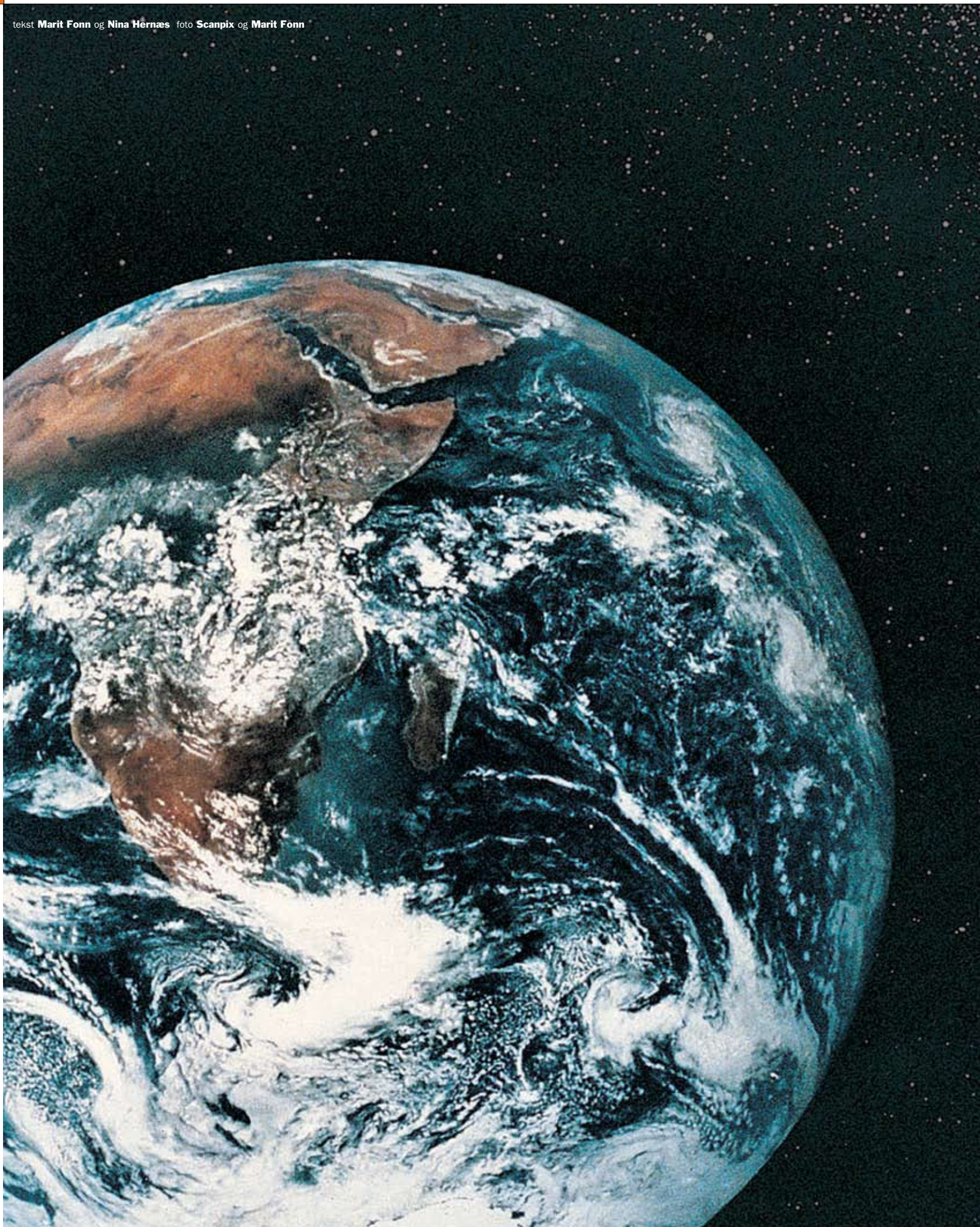
OPPBEVARING OG HOLDBARHET: Oppbevares i kjøleskap (2-8°C). Må ikke fryses. Beskyttes mot lys.

ANDRE OPPLYSNINGER: Hele den anbefalte vaksinedosen må benyttes. Ristes godt før bruk. Etter risting er innholdet en litt uklar, hvit suspensjon. Innholdet i sprøyten inspiseres visuelt for partikler og misfarging før injeksjon. Kast legemidlet dersom det inneholder partikler eller er misfarget. Bruk én av de vedlagte kanylene til vaksinasjonen. Sikkerhetsmekanismen vil ikke aktiveres med mindre hele dosen er gitt! Sikkerhetsmekanismen er ment å dekke kanylen etter at vaksinator har injisert vaksinen og sluppet stempel. Må ikke blandes med andre legemidler. Destruksjon: Ikke anvendt legemiddel eller avfall bør destrueres i overensstemmelse med gjeldende bestemmelser.

PAKNINGER OG PRISER: Endosesprøyte med sikkerhetsmekanisme og to kanyler: 0,5 ml kr 1259,40.

Sist endret: 16.08.2007
 HPV 16 og 18 er ansvarlig for omtrent 70% av tilfellene av høygradig cervical intraepitelial neoplasia (CIN 2/3) og adenocarcinoma in situ (AIS) av høygradig vulvudysplasi (VIN 2/3) hos unge kvinner før menopause.







Dette er saken:

Norsk Sykepleierforbund (NSF) vedtok på landsmøtet i november at klimapolitikk er et innsatsområde. Unio (NSFs hovedorganisasjon) vedtok 10. desember en miljøpolitisk plattform (se www.unio.no under Unio mener).

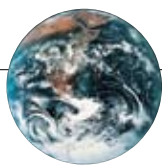
Febereren stiger –

sykepleierne må trå til!

Planeten er blitt for varm. FNs klimapanel har med 90 prosent sikkerhet slått fast at det er menneskenes skyld. Konsekvensene for vår velferd kan bli fatale.

Nå mobiliseres alle for å senke febereren. Også sykepleiere som yrkesutøvere.





– Vi kan ikke holde oss tilbake. Dette er jo sak nummer én i samfunnet i dag, sier Hanne Marit Bergland, Sykepleierforbundets fylkesleder i Troms.

En lørdag formiddag i november kom *klima* seg innenfor dørene i sykepleiernes leir. Det var på landsmøtet nyskapningen tok plass sammen med mer velkjente temaer som likestilling, utdanning og bemanning. Nederst på listen over innsatsområder for de kommende fire år, som nummer ni, står det for første gang: Klimapolitikk.

Færre møter

Mens Al Gore er i Oslo for å få fredspris og legger ut om vår feberhete planet, har Unio årskonferanse på Gardermoen. Der begrunner Bergland hvorfor også fagforbundet hennes skal befatte seg med det store temaet klima.

– Som organisasjon er vi en stor og viktig aktør i samfunnet. Vi skal være i front. Men vi må ikke utmeisle en klimapolitikk som er så komplisert at det blir en bremsekloss for andre oppgaver. Vi må bruke vett og fornuft.

Bergland mener NSF må velge miljøbevisste hotell når det holdes kurs og konferanser. Og for å minke CO2-utslipp, kan man i mindre grad arrangere møter og konferanser og heller bruke mer telekommunikasjon.

– Det er miljøvennlig og dessuten et pluss ved at vi kommer oftere i kontakt med medlemmene.

Mange sykepleiere kjøper inn varer i jobben sin.

– De må ikke bare tenke pris, men også miljø. Det gjelder

innkjøp av biler, materialvalg i boliger, forbruk av engangsartikler. Norske sykepleiere må gå foran. Det er snakk om holdninger. Vi sparer jo hjemme, men gjør vi det nok i det offentlige? undrer Bergland.

Hun håper nå at forbundsstyret raskt vil utforme klimapolitikken – og at Sykepleien kan fungere som en slags klimatipsbank med gode forslag fra medlemmene.

KLIMATIPS FRA

Troms-Bergland:



- ▶ Spar energi på sykehjemmet.
- ▶ Slå av lysene, senk temperaturen om natten.

Ingen trikk i Nordland

Men det er ikke bare bare å redusere på CO2-utslippene. Det kan kollega Anne-Lise Solberg, fylkesleder i Norges mest langstrakte fylke, bekrefte. I høst var Nordland-lederen stadig på farten.

Da hun nylig var på medlemsmøte med sju sykepleiere i Bø i Vesterålen, tok det henne omtrent et døgn fra hun dro til hun var hjemme igjen.

– Det er ikke alle som kan sette seg på trikken. Her er alternativet til fly ofte bil. Toget går jo bare til Bodø, og verken i Lofoten eller Vesterålen. Og det tar dobbel så lang tid å ta buss som bil.

– Det offentlige transporttilbudet burde vært bedre?

– Absolutt!

Selv om Solberg synes det er vanskelig å komme med klimavennlige råd til sykepleierne i fylket, setter hun stor pris på at fagforbundet hennes har satt temaet på dagsordenen.

KLIMATIPS FRA

Nordland-Solberg:



- ▶ Planlegg reisingen!

– Pes klimaverstingene!

To timer etter at Al Gore og Rajendra Puchauri avsluttet

Situasjonen er svært alvorlig, vi må ikke innbille oss noe annet.

Klimaforsker Cecilie Mauritzen

Bare to av ukene var uten reising. Hun bor i Mo i Rana og ukependler til Bodø. Med fly. Fylket har 44 kommuner, og det er 800 mil fra sør til nord.

– Jeg kunne selvfølgelig reise på andre måter, men da får jeg jo ikke gjort annet.

sine fredsprisforedrag i Oslo rådhus vedtok Unio-delegatene på Gardermoen en miljøpolitisk plattform. I et seks-siders dokument står det blant annet at næringsinteressene må vike hvis de er uforenlige med klima og miljøpolitiske interesser. Unio vil

også ha mer forskning og en ny skatte- og avgiftspolitik.

– Klimasaken angår oss både som borgere og arbeidstakere som må ta ansvar for egen praksis. Arbeidslivet utgjør over halvparten av folk i Norge, sier Unio-leder Anders Folkestad.

– Som del av en folkebevegelse kan arbeidstakere stille krav til politikerne som sitter med makten, som igjen kan gripe fatt i klimaverstingene.

Folkestad peker på at fagbevegelsen er stor og velorganisert, og dermed har innflytelse på politikerne. Derfor har Unio tatt initiativ til et trepartssamarbeid om klima. De tre partene er regjeringen og hovedorganisasjonene på arbeidstaker- og arbeidsgiversiden.

Folkestad håper at en klimapolitisk rolle for Unio kan forsterke miljøbevisstheten på arbeidsplassene.

– Å bli sertifisert som miljøfyrtårn vil involvere tillitsvalgte og vernetjeneste.

KLIMATIPS FRA

Unio-Folkestad:



- ▶ Vurder bruken av lys, varme og bil.
- ▶ Sikt mot å få arbeidsplassen sertifisert som miljøfyrtårn.
- ▶ Vær papirbevisst; vurder mengde, type og emballasje.
- ▶ Skaff kunnskap for å kunne handle klokere.

Flott, sier forsker

To pingviner vandrer duknakket over isen. En avmagret isbjørn har mistet motet. Isbreer skrumper og havet stiger. Med bilder og fakta forteller klimaforsker Cecilie Mauritzen fra Meteorologisk institutt Unio-tiltidsvalgte hvorfor man nå slår fast med 90 prosent sikkerhet at den globale oppvarmingen er menneskeskapt. Og hva konsekvensene blir hvis vi ikke reduserer klimagassutslippene våre drastisk.

Mauritzen er medlem av FNs klimapanel og har skrevet om det naturvitenskapelige grunnlaget for klimasituasjonen, særlig om endringer i havet.

– Situasjonen er svært alvorlig, vi må ikke innbille oss noe annet. De har kommet sent, men jeg er glad for at fagforeningene nå engasjerer seg. De har veldig mye makt i Norge. Det er jo i arbeidslivet konflikten står, mellom industri og folks velferd.



KLIMATIPS FRA

klimaforsker- Mauritzen:

- ▶ Bruk fagforeningene for å legge press på politikerne.
- ▶ Sjekk eget klimagassutslipp og kutt der det monner. Bruk klimakalkulator.
- ▶ Orienter dere om klimasaken. Det produseres mye skepsis og myter. Det beste er jo å lese hele klimareporteren.

– Oppdra barna!

Med Europa i blikket slår portugisiske Maria Helena André fast at fagbevegelsen skal være ledende i arbeidet med å finne løsninger på klimaproblemene. Hun er visegeneralsekretær i ETUC (European Trade Union Confederation), som er Unios europeiske hovedorganisasjon.

– Vi må kreve ren produksjon, sier hun og ser for seg mange nye arbeidsplasser i miljøsektoren, ikke minst innen alternativ energi.

André ser både nært og vidt:

– Europa kan ikke drive klimapolitikk alene. Vi må arbeide i en internasjonal ramme. Den

verdensomspennende ITUC, som vi er medlem av, prøver seg nå for første gang på en global tilnærming i klimasaken.

André har arbeidsplassen sin i Brussel.

– Jeg går ofte sist fra jobben. Da slukker jeg alltid lysene etter kollegene mine, forteller hun.

Men aller viktigst er barna.

– De er fundamentale! Ved å oppdra dem, vil de påvirke både foreldre og besteforeldre, sier André noen minutter før verdens største fly lander like ved som et symbol på den vanskelige overgangen fra prat til praksis.

KLIMATIPS FRA

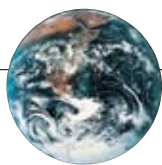
Europa- André:



- ▶ Bruk offentlig transport.
- ▶ Isoler husene godt.
- ▶ Vær pedagogiske overfor barna
- ▶ Kildesortér
- ▶ Bruk naturmaterialer i arbeidsantrekket



KLIMA-FAKTA: Værforsker Cecilie Mauritzen serverte klimakunnskap til sykepleiere, lærere, politi og flere på Unios årskonferanse.



– Interessante regnestykker

Spiller det egentlig noen rolle om sykepleieren husker å slå av lyset når USA og Kina fortsetter med sine gigantiske CO2-utslipp? Svaret er ikke opplagt, og avmakten er utbredt hos den lille mann og kvinne. Men Statens forurensningstilsyn (SFT) vet sikkert råd, det har i hvert fall en egen seksjon for klima og energi.

– *Hvor monner det egentlig mest når sykepleierne skal yte sitt for klimaet?*

– Det monner overalt, både privat og i bedriften, sier seksjonssjef Alice Gaustad.

Hun må innrømme at hun ikke har tenkt spesielt på sykepleiere i klimasammenheng.

– Men det slår meg at mange jobber i store næringsbygg, enten det er sykehus eller omsorgsboliger. Der brukes mye energi, både til oppvarming, nedkjøling og til instrumenter og apparater. Energiforbruken øker, og det gjør også behovet for fornybar energi. Med begrenset vannkraft tilgjengelig,

– Jeg har ikke nok kunnskap om det. Men det er ikke alltid opplagt at gjenbruk er lurt. Reduserer man bruken av engangsartikler, kan det føre til økt bruk av varmt vann. Dette er interessante regnestykker, sier Gaustad.

KLIMATIPS FRA

**SFT-
Gaustad:**



- ▶ Påvirke kollektivt arbeidsgiver eller bygningseier til å bli energigjerrig og satse på energieffektive og fornybare ressurser.

Mannen i gata

I høst sendte sykepleier Trygve Hirsch en e-post til Sykepleien der han etterlyste artikler om

mer sammen med ungene mine og mer ute i naturen. Skal kloden overleve, må vi endre vårt verdisyn fundamentalt. Man kan snakke om sparedusj og sparepærer, men dette handler om mer enn det. Vi må endre vårt levesett.

Hirsch mener vi ikke har noe valg. Men i stedet for å få angst, må vi heller gjøre noe.

Selv jobber han i psykiatrien i Lillehammer.

– *Er miljø tema der?*

– Jeg prøver. For eksempel når ungdommene skal ut på aktiviteter. Normalt kjøres de i bil overalt, men jeg prøver å tenke alternativt: De kan gå eller ta bussen. Enkle, små knep som kan bidra.

KLIMATIPS FRA

**sykepleier-
Hirsch:**



- ▶ Tenk etter: Hva er egentlig verdifullt for deg?

Vil unngå luftige mål

Trygve Hirsch har et ekstra tips til Sykepleierforbundets nye leder, Lisbeth Normann:

– Før dere går i forhandlinger: Spør sykepleierne hva vi er mest opptatt av!

– *Blir klima et tema i vårens tariffoppgjør?* spør vi NSF-lederen.

– Både klima og en lønn å leve av er viktig, sier Normann, som ikke kommer til å redusere på lønnskravene.

Da hun hørte værforsker Cecilie Mauitzens foredrag ble hun styrket i troen på at det

Vi må tenke enkelt.

NSF-leder Lisbeth Normann

enkle er det beste, og at hver og en kan gjøre noe for klimaet, for eksempel i husholdningen.

– Også som organisasjon må vi tenke enkelt. Som å bruke mer telefonmøter.

– *Når blir NSF's klimapolitikk utformet?*

– Så fort vi klarer det.

– *Før sommeren?*

– Nepe. Det er bedre at den er gjennomførbar enn preget av luftige mål det ikke er mulig å nå.

Vi må endre vårt levesett.

Sykepleier Trygve Hirsch

brukes fossilt brennstoff. Målet må være å begrense energiforbruken til daglig drift, og spesielt når man bygger nytt. Ett alternativ er fjernvarme.

Bilbruk til og fra jobben er også noe sykepleierne kan tenke på, mener hun, og hjemmesykepleierne som bruker bil i jobb, kan påvirke hvilken bilpark arbeidsgiveren velger. I hvilken grad det lønner seg å bruke mindre engangsutstyr, er Gaustad usikker på.

miljøvennlig sykepleie.

– Jeg er ikke noe annet enn mannen i gata. Men jeg tenkte: Vi må mobilisere på de arenaer der vi kan.

Hirsch peker på at det finnes andre verdier å jobbe for enn stadig lønnsvekst.

– Mer lønn er lik mer forbruk er lik mer utslipp. Jeg mener vi heller må spørre: Hvilke verdier skal vi kjempe for? Jeg vil for eksempel heller ha mer fritid enn mer penger, så jeg kan være

KLIMATIPS FRA

**NSF-
Normann:**



- ▶ Se på de enkle ting.
- ▶ Skru av lys, tenk på hva du kjøper.

Grønn sykepleie
Har du gode tips om hvordan sykepleiere kan bidra til et bedre klima? Ta kontakt: marit.fonn@sykepleien.no

Test ditt eget utslipp

Beregn dine klimautslipp

- og bli klimanøytral

SUM ?

Gå bort et klimasertifikat!

Forklaring: Kalkulatoren regner ut hele husholdningens utslipp av CO2. Husk derfor å legge sammen forbruket til hele husholdningen i hvert av spørsmålene! Utslipp i forbindelse med jobb eller reiser i jobbsammenheng skal ikke regnes med. Antall medlemmer i husholdningen:

[Trykk her for å bare regne ut enkeltutslipp eller for å gi en presang.](#)

Bil
Før opp hvor mye husholdningen bruker på drivstoff per måned.

| | | |
|------------------|----------------------|--------------|
| Bensin | <input type="text"/> | kr per måned |
| Diesel | <input type="text"/> | kr per måned |
| Bioetanol | <input type="text"/> | kr per måned |
| Biodiesel | <input type="text"/> | kr per måned |
| Strøm til el-bil | <input type="text"/> | kr per måned |

Tips: Utgifter til bensin for en gjennomsnittlig norsk bil er 1050 kr pr måned basert på kjørelengde 14.000 km pr år og forbruk 0,78 liter per mil.

MinKvote.no Org nr:882979962. Adresse: Løkkashogen 20b, 0773 Oslo. [Kontakt oss!](#)

En klimakalkulator regner kjapt ut hvor mye klimagasser hver og en slipper ut. Kalkulatorene finnes det mange av på internett. Det er

vanskelig å anbefale én fremfor andre, men søk etter klimakalkulator for eksempel på google.no. Er det potensial for forbedring?

Ute i verden

«Til og med sykepleierne begynner å få global feber», skriver Washington Post. Og viser til Brenda Afzal, en som går i bresjen for sykepleiernes klimakamp i USA.

– Det er mye å be om, men sykepleiere tar utfordringen. De ser at kampen mot global oppvarming er en del av jobben, sier hun.

Hun mener sykepleiere blir lyttet til fordi de nyter stor tillit i samfunnet.

Forbundet *American Nurses Association* utvikler en egen nettside for sykepleiere som vil lære mer om hvordan de kan redusere klimaproblemene.

Anthony McMichael, direktør for *National Centre of Epidemiology and Population* ved universitetet i Canberra i Australia

har i mange år engasjert seg for å få helsepersonell på banen i klimaspørsmål. Han viser blant annet til hvordan leger brukte sin innflytelse i kampen mot atomvåpen. Når Sykepleieren sender ham en e-post for å be om råd til norske sykepleiere, svarer han at han drukner i lignende henvendelser og ikke har kapasitet til å svare. I stedet viser han til artikler han har skrevet med råd til primærhelsetjenesten. Blant annet anbefaler han å intensivere overvåking og forebygging av smittsomme sykdommer.

KLIMANOTISER

Mer om klima

Vest vil bli best

Helse Vest skal bli mest miljøvennlig i Sykehus-Norge. Et første skritt er felles miljøpolitikk og miljømål for alle foretakene i vest. De skal arbeide aktivt for å forbedre miljøstyringssystemene innenfor avfall, transport, energi og innkjøp. I tillegg er det foreslått tiltak som obligatorisk e-læringskurs om miljø for alle ansatte og miljøseminar for ulike yrkesgrupper.

www.helse-bergen.no



Nytt og miljøvennlig Ahus

Hete sommerdager og varme menneskekropper skal gi gratis og miljøvennlig energi til nye Ahus. Et energilager under et 20 mål stort jorde i nærheten av sykehuset oppbevarer overskuddsvarme fra sommerhalvåret til kaldere tider. Også varmluft fra blant annet datamaskiner, kjøleanlegg og medisinsk utstyr skal gjenbrukes til oppvarming.

Målet er at minst 40 prosent av energibehovet til oppvarming og avkjøling skal være fornybar energi.

www.nyeahus.no

Australia utsatt

Fattige land og land som geografisk ligger i en sårbar posisjon, som Australia, er særlig utsatt for følgene av endret klima. Ekstreme værforhold, infeksjonssykdommer og tørke er klimaendringer som særlig truer folkehelsen. Eksempler er malaria, som sprer seg til nye områder og forekomsten av flåttbårne sykdommer.

Australian Family Physician

Les mer

www.ipcc.ch (FNs klimapanel)
www.ipcc.ch/pdf/assessment-report/ar4/syr/ar4_syr_spm.pdf (sammendrag av rapport)
www.cicero.uio.no/home/ (Senter for klimaforskning)
www.klimaloftet.no
(Miljødepartementet m. fl.)
www.realclimate.org
(Klimaforskning fra klimaforskere)





Av **Kristin Berre Ørjasæter**,
Klinisk sosionom (Familieterapi
og systemisk praksis) og
cand.polit (sosialt arbeid).
Brøsetpoliklinikken, Leistad
DPS Trondheim.

I dag er voksenpsykiatrien ofte preget av medisinsk og psykodynamisk tenkning.

www.sykepleien.no

Les mer og finn
litteraturhenvisninger på
www.sykepleien.no

Søkeord:

Evalueringsamtaler
Psykiatri
Samtalebehandling

Lytt og lær

Gjennom åpne samtaler får pasienter med psykiske lidelser økt innflytelse over egen behandling.

Terapeutene i psykiatrien blir fortsatt oppfattet som eksperter på psykiske lidelser og har stor innflytelse i forhold til å definere hvilken virkelighet som skal være gjeldende i pasientbehandlingen. Er det mulig at terapi ikke ensidig betyr at terapeuten skal «behandle» pasienten, men også være en streben etter å utveksle terapeutiske virkeligheter? Ved hjelp av evalueringssamtaler kan terapeuten innta en ikke-vitende posisjon, hvor vedkommende ikke lenger definerer seg som ekspert på pasientens liv og problemer. Pasienten får økt innflytelse på egen behandling gjennom dialog med terapeuten om hva slags temaer som skal være i fokus og ved å være aktiv i evalueringen av samtalebehandlingen.

I forbindelse med at jeg studerte «familieterapi og systemisk praksis» ved Diakonhjemmet Høgskole ble jeg opptatt av hvordan systemiske tanker/verdier kunne integreres i en voksenpsykiatrisk kontekst. I dag er voksenpsykiatrien ofte preget av medisinsk og psykodynamisk tenkning. Gjennom studiet ble jeg opptatt av hvorvidt åpne samtaler kunne benyttes som evaluering av samtalebehandling i voksenpsykiatrien, i tillegg til dagens uttalte spørreskjemaer og anonyme intervjuer.

Evalueringsamtaler

I klinisk praksis ved voksenpsykiatrisk sengepost, Sykehuset

Namsos, valgte jeg åpne samtaler for å evaluere behandlingen av tre av mine pasienter. Samtalene omhandlet vår relasjon, samt gjennomgang og planlegging av videre behandling. De åpne evalueringssamtalene ble gjennomført ved at en kollega som ikke hadde vært involvert i behandlingen, hadde ansvaret for å skape en dialog mellom pasienten og meg som terapeut. Pasientene som deltok har vært i behandling hos meg i minimum to år. I voksenpsykiatrien har de fått diagnosen angst eller depresjon, i tillegg til grunnlidelsen emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse.

Psykiatriske sengeposter og poliklinikker er pliktige til å drive forbedringsarbeid med henhold til innleggelse og polikliniske samtaler. Ved de fleste psykiatriske institusjoner drives ulike former for evaluering av behandlingen. Det finnes uformelle evalueringer som kontinuerlig foregår mellom pasient, miljøterapeut og terapeut/ behandler. Man kan også benytte jevnlig brukundersøkelser hvor pasientene får tildelt et spørreskjema rettet mot pasientens erfaringer ved sengepostopphold eller polikliniske samtaler. Brukerundersøkelsene kan gi oss ny innsikt om behandlingsopplegget. Ved psykiatrisk klinikk, Sykehuset Namsos, har slike undersøkelser gitt oss mulighet til å endre kurs. Tidligere undersøkelser viser at pasientene generelt synes de fikk dårlig informasjon og at de

DIALOG: Det er viktig at terapeuten ikke definerer seg som ekspert på pasientens problemer. Illustrasjonsfoto: Colourbox



hadde for liten innflytelse på egen behandling og planleggingen av denne.

Pasientens stemme

Ulempen med de uttallige brukerundersøkelsene med spørreskjema, er at den enkelte terapeut ikke får direkte tilbakemelding fra pasientene om hvordan de opplever den aktuelle samtalebehandlingen. Jeg ønsker som terapeut å være i dialog med pasientene om behandlingen, da jeg mener at forutsetningen for en vellykket terapi er at terapeuten finner en arbeidsform som kan bidra til økt sensitivitet overfor pasienten i samtaler. Å lytte til pasientenes stemme kan gi dem en mer aktiv plass i den terapeutiske prosessen, enn det de har i dag.

Noen vil stille spørsmålsteget ved om det er mulig å gjennomføre bruk av åpne samtaler i psykiatrien. Vil pasientens stemme bli hørt hvis de bare har mulighet til å evaluere ved at terapeuten er tilstede? Samtidig kan en undre seg over om evalueringen har noe for seg hvis ikke alle aktive parter deltar. Noen vil nok spørre om det faktisk er mulig å diskutere samtalebehandling med pasientene mens behandlingen fortsatt pågår. Kan pasientene som er syke gi en ærlig og reflektert tilbakemelding samtidig som terapeuten hører på, og omvendt? Kan dette bli en for stor utfordring for begge parter? Kan pasienten forverre sin psykiske tilstand, hvis vedkommende får større innpass i terapeuten tenkning? Jeg tror det må skapes rom for at pasientens stemme blir hørt, før vi avviser åpne samtaler som evalueringsform.

Subjektiv sannhet

Ifølge Bjartveit og Kjærstad (1) vil mennesket hele tiden søke mening i tilværelsen for å unngå kaos. Enhver opplevelse og erfaring settes i en sammenheng, som gir dem mening. Mennesket oppdager sin verden i samhandling med omgivelsene. Ethvert menneske

skaper sin egen verden. Mitt kosmos er basert på min individuelle og unike omgang med omgivelsene. Når enhver virkelighetsoppfatning er privat og enestående, er det svært usikkert om min verden som terapeut vil være lik en annen terapeuts eller pasientens verden. Min verden vil bestå av mine konstruksjoner av virkeligheten (2).

En konstruksjon er en hypotese om virkeligheten. Konstruksjonene kan gi en forståelsesramme til våre erfaringer og opplevelser. De kan ikke automatisk bli sett på som et speilbilde av den ytre virkelighet. Ethvert menneskes konstruksjon er skapt i aktiv omgang med virkeligheten. Dette betyr likevel ikke at konstruksjonen er den faktiske virkelighet. Sannheten er subjektiv. Mine konstruksjoner kan

Noen vil stille spørsmålsteget om det er mulig å gjennomføre bruk av åpne samtaler i psykiatrien.

sies å være mine hypoteser om verden. Hvis hypotesene ikke lett kan avkreftes, kan de overleve over lang tid (1). Min jobb som terapeut er blant annet å fange opp pasientens konstruksjoner for å få en forståelse av hvordan vedkommende gir verden mening. Terapeuten kan lett komme i en situasjon hvor han/hun mener at pasientens konstruksjon av verden er feil. Likevel er det viktig å tenke at mine konstruksjoner er subjektive og ikke automatisk kan forstås som et speilbilde av den ytre virkelighet (2). Terapien har som mål å skape en dialog om våre konstruksjoner, slik at nye tanker kan dukke opp. Hvis ikke, vil både pasienten og terapeuten være like fastlåst i sin egen konstruksjon. Det vil da være vanskelig å skape en bevegelse for endring av pasientenes situasjon.

Mangfoldige beskrivelser

Språket er sosialt, det er ikke

noe som kommer innenfra (3). Under psykiske kriser kan ordene ha en tendens til å forsvinne. Pasienten kan ha vanskeligheter med å gi uttrykk for sine følelser og opplevelser. I slike situasjoner kan terapeuten være behjelpelig med å sette ord på pasientens følelser og opplevelser. Dette kan gi pasienten økt mulighet til å styre eget liv. En viktig drivkraft i det terapeutiske arbeidet er å få fram mangfoldige beskrivelser av en situasjon. Nye beskrivelser av virkeligheten gjør det mulig å finne ord for de vanskelige opplevelsene, slik at ny forståelse oppstår. Ved å ha åpne samtaler kan terapeuten bli bedre til å lytte til det pasientene sier, i stedet for å tolke hva de mener ut fra beskrivelsene de gir.

Virkeligheten er sosialt konstruert. I terapien betyr dette at gam-

i de observerende psykososiale systemene. Ifølge Anderson og Goolishian (4) bør ikke terapeuten framstå som en ekspert, men heller innta en undrende holdning. Terapeuten vil utvikle en demokratisk og non-hierarkisk tankegang. En holdning som kan åpne opp for å undre seg sammen med den andre.

Åpne samtaler

Tom Andersen (6) sier at inngåelse av relasjoner mellom mennesker innbefatter å sanse, vite og handle. I en terapisisituasjon hvor en terapeut og en pasient samhandler kan en si at tre parallelle samtaler foregår; to indre og en ytre dialog. Å snakke til den man er sammen med kan betegnes som en ytre dialog. I de indre dialogene vil personen samtale med seg selv, eller med andre som vedkommende har i tankene der og da, samt bearbeide det den andre sier. Den indre dialogen kan også være en slags forberedende samtale om hva vedkommende skal bringe inn i den ytre dialogen. Ifølge Andersen (6) kan det se ut som om en person til enhver tid snakker med seg selv om hvordan vedkommende skal inngå i den ytre dialogen for å oppnå nye og hensiktsmessige perspektiver, uten at vedkommendes integritet trues. Det å gi tid og rom for å føre indre dialoger er en viktig oppgave terapeuten har i samtalebehandlingen. Vekselvirkninger mellom indre og ytre dialoger gjør det mulig for personene å utvide sine perspektiver, slik at de sammen kan skape nye ideer/forståelse av temaene som diskuteres. Når en terapeutisk samtale tilrettelegges ved å vekle mellom lytte- og taleposisjoner, har deltakerne i samtalen mulighet til å bevege seg fram og tilbake mellom indre og ytre dialoger. På denne måten får den enkelte mulighet til å se samme begivenhet fra ulike synsvinkler. Dette kan være hensiktsmessig for å få flere ulike utgangspunkter når man søker etter beskrivelser

Under psykiske kriser kan ordene ha en tendens til å forsvinne.

og forståelser (6).

Deltakerne i evalueringssamtalen blir delt inn i to grupper; tale- og lyttegrupper. Personen som er i talegruppen forteller sin historie/diskuterer et tema ut fra sin livsverden, mens personen i lyttegruppen lytter. Senere i samtalen blir den som lyttet til taleren utfordret til å si hva vedkommende tenkte, mens han/hun hørte den andre snakke. Etterpå får den andre mulighet til å uttale seg igjen. Personen som befinner seg i en lytteposisjon, deltar kun i den indre dialogen. Dette gir vedkommende mulighet til å stanse opp, betrakte og reflektere over temaet på avstand (6).

Ny kunnskap

Åpne samtaler om behandlingen ga meg overraskende mye informasjon om hva pasienten hadde tenkt på. Den kanskje største overraskelsen var å høre pasientene verbalisere noen av de indre samtalene de hadde hatt med seg selv under behandlingen.

Pasient: «Det var en stund at jeg nesten trodde at terapeuten skulle gjøre jobben. Det var jo ikke slik. Vi skulle jo gjøre jobben sammen. Vet ikke om hun følte det slik?(...)Ja jeg hadde et stort behov. Jeg hadde tryggheten min her (viser til terapeutens kontor). Det var hun som var stolpen i livet mitt. Det var da hun begynte å sette litt grenser. Hun ga meg blant annet en hjemmelektse. Ja, hjemmelekse – det var nok det 'puffet' som måtte til, uansett hvor grusomt jeg synes det var!»
Terapeut: «Ja(...)fikk følelsen av at hun ble sittende å vente på at jeg skulle gjøre jobben for henne. Jeg var redd for at det skulle gå i gal retning. Hadde en følelse av at hun tenkte at bare hun kom til samtale-timene så løste alt seg.

Det var da jeg sa til henne at hun var eier av sine vanskeligheter.»

Pasient: «I dag, skjønner jeg det.»

Jeg har tenkt mye på ansvarliggjøring av pasientene til å være eiere av sine egne problemer og opplevde det derfor som spennende at pasienten dro fram akkurat denne episoden. Å høre hverandres historier tror jeg er hensiktsmessig for å få fram begges opplevelse av behandlingen. Dette gir mulighet for å skape en dialog.

Felles språk

Det blir viktig å skape et felles språk i terapien. Siden vi lever i språket, er det også i språket endringene oppstår (6). Endringene ligger i at vår evne til å føre indre dialog øker, fordi forståelsen utvikles gjennom dialog med andre mennesker. Hovedmålet for meg som terapeut blir derfor å skape dialog (3). En forutsetning for endring synes å være at terapeuten klarer å føre en dialogisk samtale med pasienten. Det kreves en dialog for å skape forståelse, slik at både taleren og lytteren til enhver tid kan utvide sine perspektiver ved å tilpasse sine utsagn til den andre (3).

Ved at man prøvde å føre en dialog om behandlingen ble terapeuten og pasienten mer likeverdige i evalueringssamtalen. Ettersom ens utsagn er åpne for andres kommentarer innebærer dialogen en risiko for å bli såret (3). Den som går i dialog kan oppleve det nærmest som å kle seg naken og forventningene om at den andre skal gjøre det samme er tilstede. Deltakerne trenger hverandre i behandlingen ved at de skaper et fellesskap gjennom dialogen. Det er derfor i mine øyne naturlig at de involverte parter skal evaluere sammen. Ved å tilstrebe en dialog tror jeg vi, både pasienten og jeg som terapeut, kan føle oss litt avkledd. Dette kan være ubehagelig, særlig hvis den andre ikke engasjerer

seg i å skape et felles språk. Hvis pasienten skulle evaluere behandlingen i et spørreskjema ved å besvare ja- og nei-spørsmål, ville det ikke oppstått en dialog om behandlingen. Pasienten ville kanskje føle seg totalt avkledd, ettersom terapeuten i en slik setting ikke gir noe av seg selv.

I dialog

I voksenpsykiatrien blir det ofte til at terapeuten forholder seg til sine pasienter monologisk. Det vil si at terapeuten befinner seg i en posisjon hvor hans egne tanker blir formet til ferdige utsagn, uten at det forventes mer utfyllende kommentarer fra pasienten. Som terapeut ønsker jeg ikke at mine utsagn alene skal gi en utfyllende beskrivelse av pasienten og behandlingen, da en slik situasjon sannsynligvis ikke øker pasientens forståelse. Prosjektet blir vanskelig hvis terapeuten tar avgjørelser eller bestemmelser ut fra pasientens forklaring. Utsagnene kan få en indre betydning for terapeuten, men pasienten får ikke mulighet til å medvirke til økt forståelse av egen situasjon. Ved å skape rom for åpne samtaler kan man oppnå en dialog, hvor man sammen skaper en felles forståelse. Hovedpoenget blir ikke lenger å finne et endelig svar, men at pasienten og terapeuten får mulighet til å utvide sine perspektiver ved å tilpasse sitt eget utsagn i forhold til den andre. Ordene kan utvide seg, noe som igjen åpner opp for nye synsvinkler. En felles emosjonell erfaring kan oppstå. Hvis terapeuten stiller spørsmål bare for å få bekreftet eller utelukket sine egne antakelser, vil ikke vedkommende legge merke til hva pasienten sier. Samtalen blir monologisk ved at den bare får en indre betydning for terapeuten. Klientens forståelse øker ikke. Ved å skape åpne samtaler med pasientene får man en dialog hvor pasienten er like delaktig i behandlingen som terapeuten. Sammen med terapeuten

har pasienten opparbeidet seg en ny forståelse av problemet, som gjør at det kan betraktes med nye «briller». Pasienten føler seg delaktig i behandlingsprosessen, noe som kan gi større trygghet og selvtillit i forhold til problemløsning.

Økt åpenhet

Felles evalueringssamtaler med pasientene kan gi økt åpenhet om hvordan vi opplever hverandre og behandlingen. Det er spennende å få del i pasientens vurdering av den terapeutiske alliansen, og om behandlingen som blir tilbudt er i samsvar med hans/hennes forventninger, slik at behandlingen både blir mer effektiv og treffsikker. På sikt tror jeg at terapeutene innenfor psykiatrien blir utfordret i enda større grad på å få pasientene mer aktivt med i evalueringen av det terapeutiske arbeidet. Jeg tror absolutt bruken av åpne samtaler kan være mulig som evalueringsform av samtalebehandling i voksenpsykiatrien, selv om dette ikke er en metode som kan benyttes i forhold til alle pasienter.

LITTERATUR

1. Bjartveit S, Kjærstad T. Kaos og kosmos. Byggesteiner for individer og organisasjoner. Oslo: Kolle Forlag, 1996.
2. Lundby G. Historier og terapi. Om narrativer, konstruksjonisme og nyskriving av historier. Otta: Tano Aschehaug, 1998.
3. Seikkula J. Åpne samtaler. Helsingfors: Universitetsforlaget, 2002.
4. Anderson H, Goolishian H. Från påverknan til medverkan. Terapi med språkssystemisk synsett. Stocholm: Mareid, 1992.
5. Mosgaard J. Psykoterapeutiske dagsordner. Om respektfull manipulation og etisk engagement. Fokus på familien 2003; 4: 313-326.
6. Andersen T. Reflekterende prosesser. Samtaler og samtaler om samtalene. Roskilde: Dansk psykologisk forlag, 2003.



Av **Elin Dysvik**, førsteamanuensis,
Gyro Mauland, universitetslærer/
cand.mag, begge ansatt ved Institutt
for helsefag, Universitetet i Stavanger.

Alternativ fagdag

Bachelorstudentene i sykepleie ved Universitetet i Stavanger har fått en egen fagdag med fokus på alternativ og komplementær medisin.



Alle foto: Colourbox

Smertemestringskurs:

Elin Dysvik har utviklet et smertemestringskurs som bygger på en kognitiv atferdsterapeutisk tilnærming, der blant annet kroppsjel teknikker og avspenning inngår som en vesentlig del. Mauland har utdanning innen gestalt terapi, massasje og terapeutisk berøring og har tatt i bruk disse metodene i privat praksis i mange år. I tillegg er hun sertifisert som Health Creation Mentor hos dr. Rosey Daniel i England.

Våren 2003 vedtok Stortinget forslaget til ny lov om alternativ behandling som trådte i kraft 1. januar i 2004 (1). Loven sier at befolkningen skal få bedre informasjon om alternativ behandling ved at helsepersonell opparbeider seg kunnskap innen feltet. Utfordring ved utformingen har vært balansen mellom pasientens valgfrihet og behov for beskyttelse. En økende andel av befolkningen benytter seg av alternativ behandling. Som følge av denne utviklingen ba Stortinget Regjeringen i 1995 om å nedsette et utvalg for å utrede hvilken plass alternativ medisin skulle ha innenfor helsevesenet og for å vurdere godkjenningsordninger for alternativ medisin.

Temadag

På bakgrunn av dette har bachelorutdanningen i sykepleie ved Universitetet i Stavanger (UIS) siden 2005 hatt en temadag med fokus på komplementær og alternativ medisin (KAM). Dette er i tråd med Rammeplan og fagplan for utdanningen.

Nasjonalt forskningssenter innen komplementær og alternativ medisin (NAFKAM) ble opprettet i 2000 etter initiativ fra Norges Forskningsråd. Målet er å gi forståelse av hva alternativ medisin kan bidra med for å redusere sykdomsopplevelse og derigjennom bidra til bedre

livskvalitet og mestring. Ved siden av forskning skal også NAFKAM være en rådgiver for utdanninger på universitets- og høyskolenivå.

Sykepleierens rolle

I Rammeplan for sykepleieutdanning 2004, 3.3. står det: Studentene skal etter endt utdanning ha handlingsberedskap til å forholde seg til alternative behandlings- og lindringsmodeller. Vi opprettet en komité i 2004 bestående av fire representanter for å planlegge temaets plassering, innhold og aktuell litteratur. To ansatte representerte bachelorutdanningen i sykepleie og underviser i tilstøtende fagområder, mens den tredje representanten var fagansvarlig for videreutdanning i kreftsykepleie. Den fjerde representanten har blant annet sett på sykepleierens rolle i spenningsfeltet mellom en biomedisinsk og en biopsykososial tradisjon (2). To av disse representantene var på Nasjonalt forskningssenter innen komplementær og alternativ medisins (NAFKAM) konferanse for helsefagutdanningen i 2006 for å få ideer til planlegging av undervisningsopplegg. Videre ble det foretatt datasøk etter aktuell litteratur. Vi ønsket å lage et dagsseminar.

Kunnskap og forståelse

I forbindelse med smerteundervis-

ningen ved bachelorutdanningen ved UIS har vi en lang tradisjon med å trekke inn enkelte metoder innen KAM. Studentene får en hel dag med teori og øvelser i avspenning, visualisering, musikkterapi, terapeutisk berøring og massasje. Denne innsikten vil kunne ha direkte overføringsverdi til andre pasientgrupper i det kliniske feltet. Det vektlegges at metodenes effekter i hovedsak er et resultat av ytre stimuli som fører til at pasientens kognitive, emosjonelle og fysiologiske ressurser mobiliseres (3). Med dette som naturlig bakgrunn ble ulike forslag til program utarbeidet. I 2005 leide vi inn en lege med tilleggsutdanning i homøopati, urtemedisin og ernæring som dekket de mest sentrale tilbud i inn- og utland samt lovgivning.

Holistisk veiledningsprogram

I 2006 ble en heilpraktiker trukket inn. Heilpraktiker er tittelen på en naturterapeut i Tyskland som er godkjent av det offentlige helsevesen til ervervsmessig praktisering av naturmedisin. I tillegg dekket egne lærere innledningsvis en vitenskapsteoretisk forankring og lovverk knyttet til KAM. En lærer tilknyttet UIS hadde en presentasjon av et holistisk veiledningsprogram

www.sykepleien.no

Les mer og finn
litteraturhenvisninger på
www.sykepleien.no

Søkeord:

alternativ medisin
komplementær medisin
alternativ behandling

Vi vet at mange pasienter benytter ulike komplementære og alternative behandlingsformer ved siden av konvensjonelle behandlingstilbud.



«Health Creation Mentor», til pasienter utenfor sykehus. Læringsmålene for studieåret 2007–2008 er at studentene skal ha forståelse for behandlingsmetodene og det filosofiske grunnlaget, samt tilegne seg kunnskap om de mest brukte metodene. I tillegg finnes litteraturliste og studiespørsmål knyttet til temaet i undervisningsplanen.

I 2007 ble opplegget gjennomført ved at det ble innleid en sykepleier med lang erfaring innen feltet, også som utøver. I tillegg ble den vitenskapsteoretiske overbygningen beholdt og informasjon om holistisk veiledning.

Gode tilbakemeldinger

Tilbakemeldingene fra studentene og andre interesserte har overveidende vært bra. Med bakgrunn i våre erfaringer vil vi til neste år beholde den vitenskapsteoretiske overbygningen som en introduksjon til feltet. I tillegg planlegger vi å trekke inn tre personer som til daglig praktiserer innenfor feltet, men som representerer ulike retninger. Vi vil også beholde



orienteringen vedrørende lovverk og veiledningsprogrammet «Health Creation Mentor». Vi finner det også naturlig å invitere interesserte studenter fra alle helsefagutdanningene ved UIS og praksisfeltet som et viktig ledd i kunnskapsformidling og brobygging. Videre ser vi at litteraturlisten kontinuerlig må revideres da det stadig kommer ny aktuell litteratur på området.

Pasientmedvirkning

Ifølge Thorne mfl. (4) kan metodene innen KAM generelt forstås som en kritisk komponent i egen mestring, og ikke nødvendigvis som avslag av tradisjonell medisinsk behandling eller urealistisk søken etter helbredelse. Dette støttes også av Furnham (5) som trekker frem at mange brukere av KAM opplever at behandlingen er mer naturlig og effektiv samtidig som de har en aktiv rolle selv. Andre grunner som fremheves er at metodene i større grad fremskaffer lindring spesielt ved kroniske plager. Til sist pekes det på mindre fare for bivirkninger og et mer positivt pasient-behandlerforhold enn tilfellet er ved enkelte medisinske behandlingsformer. Egeland (6) viser i sin studie av pasienter, som opplevde bedring mot alle odds, at håp, egenkontroll og selvhjelp i form av visualisering, meditasjon og avspenning hadde sentral plass. I forlengelsen av dette påpeker Buchwald mfl. (7) at den alternative behandlingsverden ikke bare tilbyr håp om helbredelse, men at behandlingen også påvirker pasientenes livskvalitet. Daniel (8) legger i tillegg stor vekt på pasientens medvirkning og kontroll for å forbedre helsen.

Forankring i praksis

Det er en utstrakt kursvirksomhet med vekt på ulike tilnærminger innen KAM, og vi vet at sykepleiere ofte melder seg på slike kurs. Med den kunnskap vi allerede har i bagasjen blir det viktig å være med på å skape en pleiekultur som synliggjør metodenes anvendelsesmuligheter i større grad og bidrar til en trygg forankring i praksis. Nasjonalt informasjonssenter for alternativ behandling (NIFAB) vil være en viktig informasjonskilde for både pasienter og helsearbeidere når det gjelder å spre nyheter innen feltet både nasjonalt og internasjonalt.

Buchwald og kollegaer (7) fremhever i sin studie at sykepleieren må være klar i rollen sin, noe som innebærer å være en respektfull dialogpartner. Videre gis det konkrete råd til sykepleiere som møter pasienter som benytter alternativ behandling:

- lytt interessert til pasientens beskrivelse av behandlingen
- fokuser på opplevelsen av behandlingens betydning
- ikke gå inn i rådgiving om konkrete metoder
- støtt pasienten i å være en kritisk bruker

Respektfull dialog

KAM introduseres i bachelorutdanningen i sykepleie slik at studentene får mer kunnskap om pasientens valg. Vi må ta på alvor at befolkningen ønsker stor grad av valgfrihet når det gjelder ulike behandlingsformer innen feltet. Vi vet at mange pasienter benytter ulike komplementære og alternative behandlingsformer ved siden av konvensjonelle

behandlingstilbud. Dermed må det tilstrebes en balanse mellom valgfrihet og beskyttelse. Da er det ekstra viktig at helsepersonell kan gi saklig informasjon og eventuelt henvise til aktuelle nettsted. Sykepleieren tilhører den gruppen som har mest kontakt med pasientene og har både forpliktelser og ansvar. Det innebærer ikke at vi skal gi råd eller veilede i valg av behandling, men være en respektfull dialogpartner. Det er viktig at sykepleierne med sitt sentrale ståsted er med på å bygge opp nettverk mellom institusjoner og fagfolk for implementering av tilbud i trygge former så vel som deltakelse i forskningsprosjekter.

LITTERATUR

1. Ot.prp. nr. 27 (2002-2003). Om lov om alternativ behandling av sykdom mv.
2. Dysvik E. Smertens nature slik den tematiseres innenfor ulike teoretiske rammer. *Omsorg* 2005; 3: 39-46.
3. Nortvedt F, Nesse JO. Smertelindring, utfordring og muligheter. Oslo: Universitetsforlaget, 1989.
4. Thorne S, Paterson B, Russell C, Schultz A. Complementary/alternative medicine in chronic illness as informed self-care decision making. *International Journal of Nursing Studies* 2002; 39: 671-683.
5. Furnham A. Complementary and alternative medicine: shopping for health in post-modern times, s. 151-165. I: White R. Biopsychosocial medicine, an integrated approach to understanding illness. Oxford: Oxford University Press 2005.
6. Egeland E. Eksepsjonelle kreftpasienter. *Klinisk sykepleie* 2006; 4: 14-22.
7. Buchwald D, Svenningsen LM, Svendsen LN. En alternativ vej. *Sykeplejersken* 2005; 15: 26-29.
8. Daniel R. The cancer directory. London: Harper Thorsons 2005.

Ingrid Hanssen

Yrke: Førsteamanuensis, rådgiver FoU, Lovisenberg diakonale høgskole.

Antônio Barbosa da Silva

Yrke: Professor i psykisk helsearbeid, etikk og vitenskapsteori, Ansgar Teologiske Høgskole.



Hvilke krav bør stilles til førstelektor-opprykk?

Artikkelforfatterne mener kriteriene er for vage.

Kunnskapsdepartementet kom i juni i år med nye retningslinjer for hva som kreves for opprykk til førstelektor. I tillegg har Universitets- og høgskolerådet (UHR) kommet med *Veiledende retningslinjer for søknad og vurdering av søknad om opprykk til førstelektor etter kompetanse*. Her påpekes det at det er «særdeles viktig at både sakkyndig utvalg og potensielle søkere har felles forståelse av kriteriene».

Vi mener at retningslinjene er vage og kan være gjenstand for ulike tolkninger. Derfor vil vi peke på hvordan ulike tolkninger av de nevnte retningslinjer fører til at nivået på arbeidene som tilkjennes opprykk, kan variere sterkt. Dette kan virke urettferdig overfor søkerne, men kan også føre til at begrepet «førstekompetansenivå» blir uthult.

«Ved søknad om opprykk til førstelektor skal søkeren legge ved nødvendig dokumentasjon for den sakkyndige vurderingen.» Allerede her står vi overfor et problem: Hva er «nødvendig dokumentasjon»? I Departementets retningslinjer er den eneste presiseringen at «søknaden må inneholde curriculum vitae» (CV).

Profileringsdokument

I UHR's retningslinjer påpekes det at det vil styrke en søknad om den har overbyggende tekst (profileringsdokument), som viser sammenhenger i det utviklingsarbeid og den praksis som framlegges til bedømmelse. En tekst som viser læringshistorie og pedagogisk refleksjon/ståsted. På bakgrunn av dette er det stadig flere som hevder at et profileringsdokument (PD) er en nødvendig del av opprykkssøknaden. Ved flere høgskoler er man opptatt av at PD er et forholdsvis omfangsrikt dokument som veier tungt i søknaden, og man veileder sine førstelektorkandidater ut fra dette. Sakkyndige som deler dette synet anser søknaden som mangelfull dersom det

ikke ligger ved et PD som «syr sammen» og utdyper tekstene som søknaden bygger på på en grundig og gjerne også kritisk-analytisk måte. Andre sakkyndige utvalg krever ikke et PD, og om det følger med vektlegger de det lite og forholder seg ugerne til profileringsdokumenter som er på mer enn noen få sider.

Blant søknadene om førstelektor-opprykk finner man alt fra kun en cv med kommentarer til lange PD'er som inneholder det som kan betegnes som et eller flere essay. Det utdyper søknadens dokumenter og/eller søkerens pedagogiske syn og virke.

Søkere som ikke har utarbeidet et PD, kan få problemer om utvalgets sakkyndige anser et slikt dokument som vesentlig eller helt nødvendig. På mange høgskoler veiledes søkerne i skriving av PD. PD'ene bærer preg av at det har utviklet seg ulike «skoleretninger»

angående form og innhold. For søkere som presenterer et grundig PD, er det et lotteri om han/hun får et sakkyndig utvalg som deler hans/hennes forståelse av hvordan et slikt skal utformes, eller om utvalget tilhører en annen «skoleretning» og har en annen «nøkkel» som de forventer at søkeren skal følge. Man kan dessuten tenke seg at diskusjonene kan gå høyt i utvalg der de sakkyndige tilhører ulike «skoleretninger».

Det er derfor svært relevant å spørre: Hvor stor vekt skal man legge på UHRs anmodning om at profileringsdokument «bør» vedlegges når det ikke nevnes i Departementets retningslinjer? Vi anser at profileringsdokument er nyttig i den utstrekning det kan hjelpe de sakkyndige til å få en oversikt over den dokumentasjon som utgjør grunnlaget for vurdering av søkerens kompetanse. Men profileringsdokument bør ikke påvirke de

sakkyndiges selvstendige og kritiske vurdering av selve dokumentasjonen.

Hva må dokumenteres?

Dette er noe som verken Departementets eller UHRs retningslinjer hjelper oss å finne svar på. Derfor er det da også store forskjeller mellom søkerne når det gjelder hva de dokumenterer. Mens en del søkere for eksempel beskriver samarbeid med flere forfattere og vedlegger bekreftelser fra medforfattere/samarbeidspartnere, gir andre ingen slike opplysninger. I siste tilfelle er det vanskelig for de sakkyndige å bedømme hvor meritterende slike arbeider er.

«Dokumentert omfattende forsknings- og utviklingsarbeid som i kvalitet og omfang tilsvarer arbeidsmengde og nivå med en doktorgrad.» Departementet påpeker at retningslinjene for førstelektoropprykk ikke innebærer «en akademisering av stillingen, men angir arbeidsmengde og nivå på arbeidet som skal ligge til grunn for tilsetting i slik stilling». UHR kommenterer dette på følgende måte: «Doktorgrad er stipulert til tre års fulltidsarbeid. Et omfattende forsknings- og utviklingsarbeid institusjonelt forankret i universitets- og høgskolesektoren eller innenfor et yrkes-/profesjonsfelt og av samme omfang, må antas å kunne dokumentere minst tilsvarende tidsramme.»

Hva skal «telle med»?

På dette punktet vil vi peke på to problemområder. For det første er det i mange tilfeller ikke enkelt for de sakkyndige å lese ut av søknadsdokumentene hva som er arbeid utført som del av den høgskole-/universitetslektorstillingen søkeren er ansatt i og hva som i mengde, type og/eller dybde går ut over dette arbeidet.

For det andre påpeker UHR at selv om «det kan være naturlig å trekke yrkespraksis inn der denne er dokumentert og gjort relevant for utviklingsarbeidet som legges fram», er «dokumentert yrkespraksis ... i seg selv ikke meritterende». Det er dermed et skjønns-

I enhver sakkyndig bedømmelse, det være seg på master-, førstekompetanse- eller professornivå, vil det alltid være rom for skjønn.

spørsmål hvor grensen går mellom på den ene siden dokumentert og relevant yrkespraksis som kan sies å være meritterende og på den andre siden yrkespraksis som ikke er det.

Erfaringsmessig varierer forventningene til det dokumenterte arbeidets omfang sterkt blant sakkyndige. Er én referebedømt artikkel nok, eller forventer man fem? Må søkeren i det hele tatt ha skrevet noe som tilsvarer en artikkel, dersom omfanget på annet FoU-arbeid er tilstrekkelig? Hvem avgjør at det er tilstrekkelig – at det reelt tilsvarer tre års fulltidsarbeid på lik linje med et doktorgradsarbeid – og hvordan måler man dette når søknadene består av svært ulike former for FoU-arbeid av ulikt omfang? Slike uklarheter gir de sakkyndige et stort problem med tolkning av retningslinjene og gjør at de står uten faste kriterier for en konsensus. Det betyr at hver og en må bruke sitt egen skjønn. Dette kan medvirke til at ulike søkere vurderes ulikt. Hvis så skjer, avspeiler det et urettferdig system som ingen er tjent med.

«På nivå med doktorgrad»

Hvor vitenskapelig må det dokumenterte FoU-arbeidet være for å være på nivå med en doktorgrad? I UHRs veiledende retningslinjer heter det at «det må stilles krav til analytisk nivå og dokumentasjon av metode knyttet til de utviklingsarbeider som legges fram til vurdering. Arbeid som legges fram for vurdering må også kunne vise til at ny kunnskap og/eller ny praksis er utviklet. De utviklingsarbeider som framlegges for dokumentasjon må kunne vise til tyngde og betydning innenfor sitt fag-, yrkes- eller profesjonsområde. Dette vil innebære god kobling mot praksisfelt, faglig nettverk og tilrettelegging for erfaringsdelen. Utvikling, begrunnelse og erfaring med nye former for dokumentasjon bør kunne være meritterende i denne sammenhengen.» Samtidig påpeker Departementet at retningslinjene for førstelektoropptrykk ikke innebærer «en akademisering av stillingen, men angir ... nivå på arbeidet som skal ligge til grunn for tilsetting i slik stilling.»

To viktige og relevante spørsmål som aktualiseres her er: Hvordan avgjør man at innholdet i søkerens portefølje til sammen tilsvarer et doktorgradsnivå uten å forlange vitenskapelige arbeider av en type som ellers forlanges i doktorgradsarbeider? Og hvor analytisk og

forskningsmetodisk «tung» må en søknad være for at den skal være «på nivå med» en doktorgrad, samtidig som dette kravet ikke fører til «en akademisering av stillingen»? Det kan synes som om UHRs kommentarer tolkes av en del sakkyndige på en måte som nettopp skaper økte krav til vitenskapelighet (det vil si akademisering) hos søkerne. Det er kanskje ikke så rart, ettersom kriteriene kan synes selvmotsigende. For også her står man overfor kriterier som synes motstridende og som åpner for individuell tolkning og skjønn – en subjektivitet som kan gi svært ulik uttelling for ulike søkere.

Et annet interessant spørsmål relatert til uttrykket «på nivå med doktorgrad» er hvorvidt sakkyndig utvalg uavhengig skal vurdere referebedømte artikler eller om de automatisk skal tilkjenne dem meritt fordi de allerede er fagfellevurdert? Selv blant tidsskrifter som publiserer på bakgrunn av referevurdering, kan som kjent både det faglige og vitenskapelige nivået på det som publiseres variere sterkt fra et fagtidsskrift til et annet og i forhold til hvem som vurderer artiklene fra gang til gang. Uansett hvilken oppfatning den enkelte sakkyndige har angående dette, hvis søkeren har publisert artikler på den sakkyndige, uavhengig av den enkelte artikkels vitenskapelighet, vurderer hvordan de logisk, vitenskapelig og innholdsmessig er relaterte til hverandre med hensyn til relevans for søkerens kompetanse. Denne vurdering må også gjøres uten faste kriterier.

Pedagogiske kvalifikasjoner

«Spesielle kvalifikasjoner innenfor undervisning eller annen pedagogisk virksomhet skal tillegges stor vekt». Også på dette punktet må skjønnet spille en stor rolle. Hva betyr «spesielle kvalifikasjoner»? Er det nok at søkeren har pedagogisk utdanning fra universitet eller høyskole på nivå med det som tidligere ble kalt «pedagogisk seminar»? Må søkeren ha pedagogisk utdanning ut over dette, og hva er i så fall kravet? Gir det «spesielle kvalifikasjoner» om deler av FoU-arbeidet som inngår i søknaden gjelder «undervisning eller annen pedagogisk virksomhet»? Det bør poengteres her at hva den uformelle delen av søkerens virksomhet gjelder, kan de sakkyndige bare vurdere søkerens formidlingsferdigheter slik disse lar seg uttrykke skriftlig. Men den munt-

lige formidling som søkeren bedriver som foreleser, veileder, og så videre på ulike steder og tidspunkt, og som er svært relevant for en førstelektors arbeid, kan ikke bli vurdert av de sakkyndige.

Avslutning

I enhver sakkyndig bedømmelse, det være seg på master-, førstekompetanse- eller professornivå, vil det alltid være rom for skjønn. Og slik bør det også være. Likevel etterlyser vi retningslinjer og kriterier som gir mindre rom for tilfeldigheter i bedømmelsene enn det vi ser i dag, og som sikrer større objektivitet. Slik systemet fungerer i dag, skaper de store ulikhetene i tolkningene av kriteriene urettferdighet i relasjon til de som søker førstelektoropptrykk, noe som gjør at førstelektor-tittelen står i fare for å bli ulthult.

Med tanke på fremtiden vil vi avslutningsvis nevne enda et problematisk poeng relatert til førstelektor-tittelen. Samtidig som Kunnskapsdepartementet er opptatt av å tilpasse norsk utdanning til internasjonale konvensjoner som Bologna-avtalen, har man opprettet en opprykksform som bare eksisterer i Norge og som andre land verken forstår eller godkjenner. Spørsmålet er hvilke implikasjoner dette har – eller får – for vurderingen av førstekompetanse. Når vi i Norge ikke vet hvilken reell kompetanse en førstelektor har uten å ha sett vedkommendes portefølje, er det i hvert fall sikkert at dette opprykket ikke gir uttelling om man ønsker å bruke den i utlandet. Det kompliserer tilpassingen av norske akademiske grader til internasjonal standard ytterligere at den offisielle engelske oversettelsen fra Utdannings- og forskningsdepartementet for både førstelektor og førsteamanuensis er «associate professor». Når man ikke ut fra tittelen kan lese om norske «associate professors» har doktorgrad eller ikke, kan denne utsikkerheten føre all norsk førstekompetanse i vanry internasjonalt.

Samtaler om benmasse

To timer tre ganger i uken svarer Synøve Sørli på spørsmål om skjøre ben.

Det er ingen trist samtale, selv om temaet er alvorlig. Det er torsdag 20. desember og klokken er mellom tolv og to. I to timer svarer **sykepleier** Synøve Sørli på telefoner til Norsk Osteoporosefor- enings Informasjonssenter i Oslo. Slik hun gjør hver mandag, onsdag og torsdag.

Fire samtaler har hun denne formiddagen. Og det er særlig én som ender med at hun trekker på smilebåndet.

Sørli blir alltid preget av samtalen hun har. Noen tar hun med seg hjem i tankene. Særlig de hun har med smertepasienter. Osteoporose svekker skjelettet, gjør det «sprøtt» og dermed mer utsatt for å knekke. Mange sliter med kroniske smerter som følge av brudd. Og mange har spørsmål. Hjelp til å mestre smerter er én viktig del av sykepleien. Å forebygge nye brudd en annen.

Hun prøver alltid å snu samtale- ne til noe positivt. Å ha osteo- porose er noe mennesker takler forskjellig, men som de må lære

seg å leve med. På telefonen er utfordringen å møte dem der de er og sette seg inn i deres situasjon. Hjelp dem videre. Selv om det selvfølgelig er lov å være trist.

Samtalen som ender i et smil handler om måling av benmasse. Hun som ringer har lenge brukt medikamenter mot osteoporose, men har en stund latt være. Nå har hun på ny målt benmassen og lurer på hva resultatet forteller. Hvor mye verre er hun blitt og hva bør hun gjøre? Hvilke medikamenter bør hun bruke? Sørli informerer om hva som fins, og henviser til fastlegen. «Hvor mye kalsium får du i deg gjennom kosten», spør hun. Og veileder om flere kalsiumkilder, vitamin D og gevinst av trening og røykestopp.

Kanskje ikke så mye å le av. Men sammen oppsummerer de på en måte som ender i optimisme. Og hun i den andre enden av tråden sier: «Så bra at jeg fikk vite dette».

**Har du spørsmål om osteoporose?
Ring telefon 22 89 40 29.**





Runa Francisca Faye og Marie Aakre om grunnleggende verdier

Runa Francisca Faye er medlem i Rådet for sykepleieetikk.

Marie Aakre er leder i Rådet for sykepleieetikk og skriver hver måned i Sykepleien



Foto: Line Orlund

Er barmhjertighet gått ut på dato?

Hva forstår vi med barmhjertighet i 2008, og hvordan viser vi barmhjertighet i praksis?

I starten av et nytt år setter vi igjen søkelys på sykepleieres møte med etiske dilemma. Det er fordi vi ser et stort behov for beslutningskompetanse og tydelige etiske føringer.

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere er vårt viktigste etiske verktøy i praksis. De er nylig revidert, men vi i Rådet for sykepleie-

Verdier skapes ved å brukes.

etikk er enige om at noe ikke bør forandre seg: Det etiske grunnlaget for sykepleiepraksis skal fortsatt være å skjerme noen grunnleggende etiske verdier. Her er barmhjertighet helt sentralt.

Moralsk prinsipp

Begrepet barmhjertighet har sitt opphav i en jødisk-kristen tradisjon. I dagligtalen knyttes barmhjertighet ofte til noe religiøst, og som regel er det fortellingen om den barmhjertige samaritan vi tenker på. Denne liknelsen er klassisk innenfor omsorgsteori og nærhetsetikken fordi den på en enkel og forståelig måte viser hva barmhjertighet er i praksis. Den oppfattes som den viktigste grunnfortelling for vestens hospitalstradisjon for fremmede syke. Fortellingen spiller en viktig rolle i all omsorgsetikk, uavhengig av om den har et religiøst eller et humanistisk ståsted. Historien forteller om barmhjertighetsdydene: Å mette de sultne, å kle de nakne, å gi husrom til fremmede, å frigi fanger, å pleie de syke, å begrave de døde. Og også de åndelige barmhjertighetsdyder: Å undervise de vannkunnige, å gi råd, å advare syndere, å trøste, å vise barmhjertighet og tilgivelse.



Den barmhjertige samaritan, tolket av en fransk kunstner midt på 1300-tallet. Foto: Scanpix

Medlidenhet og handling

Fortellingen om den barmhjertige samaritan svarer på flere aktuelle spørsmål i sykepleieetikken. Det viktigste er nok likevel historiens kjerne, det liknelsen handler om. Vi leser om en forslått mann som blir sett og forbigått av flere som har mulighet til å hjelpe. Barmhjertigheten kommer først til syne i den som stopper opp, ser mannen, får medlidenhet med ham og pleier ham.

I fortellingen beskrives barmhjertighet som *medlidenhet etterfulgt av spontan umiddelbar handling*. Barmhjertighetsbegrepet understreker nettopp den konkrete handlingen, viljen til å gjøre noe for en annen uten å forvente noe tilbake.

Gjør en forskjell

Barmhjertig praksis er moralsk praksis, og barmhjertighetstanken gjør en forskjell i møte med menneskers sårbarhet og avmakt. Gjennom arbeidet i Rådet møter vi mange sykepleiere, og vi stopper alltid ved disse spørsmålene til refleksjon og samtale:

– Hva betyr verdien barmhjertighet for deg personlig?

– Hvordan gjør du og dere barmhjertighet i praksis der du arbeider?

Det gjør inntrykk å møte reaksjonene og høre svarene. Noen sykepleiere er svært bevisste og arbeider i en reflekterende sykepleiekultur, men et hovedinntrykk er at det er stor mangel på bevissthet, tydelige

Barmhjertighet handler ikke bare om den rammede, men hvem den rammede er.

motkrefter, mangel på språk og refleksjonsmulighet og derfor stor variasjon i holdning og forståelse for dette sentrale verdibegrepet. Mange sykepleiere sier at de aldri har drøftet begrepet knyttet til praktiske situasjoner. Noen sier at det ville være flaut å si det høyt der de arbeider.

Å se den andre

Barmhjertighetsprinsippet uttrykker i sin opprinnelse det beste innenfor helsetjenestens tradisjon, en forpliktelse til omsorg for de syke og svakeste i samfunnet. Det er det enkelte menneskes hjelpeløshet, sårbarhet og lidelse som definerer vårt moralske ansvar, og det er appellen som setter oss i stand til å hjelpe. Begrepet undrestreker altså viktigheten av både å la seg berøre og av aktiv handling. Barmhjertighetsbegrepet sier også noe om «å se den andre». Det er mulig å se den andre uten virkelig å se ham/henne, bare registrere at hun har behov for hjelp. Barmhjertigheten krever at den og de vi hjelper er subjekter og ikke blir objekter når vi pleier dem.

Hvem den rammede er

Vi er ikke automatisk barmhjertige i kraft av å være sykepleiere. Verdier skapes ved å brukes. Mange opplever at sykepleieverdiene har det trangt i vår tid. Verdier er ikke mer verdt enn det vi bruker dem til. God sykepleiepraksis forutsetter hverdagskulturer der barmhjertighetstanken står sterkt. Hvis sykepleieverdiene gjøres tause i hverdagen, blir innflytelsen og påvirkningen deretter. Språk er makt, og det gjør mye med sykepleiens handlingsrom hvis vi gjør sykepleiens grunnlag taust der faget utøves.

Barmhjertighet handler ikke bare om den rammede, men hvem den rammede er. Det



Til refleksjon og samtale:

Hva betyr barmhjertighet for deg personlig?

Hvordan gjør dere barmhjertighet i praksis der du arbeider?

Bruker dere ordet barmhjertighet i det daglige språket hos dere?

Hvordan ville det oppfattes hvis du bruker begrepet når dere drøfter etiske dilemma?

Send din mening til interaktivt@sykepleien.no, eller 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.

handler også om hjelperen. Hvem er han/hun som ser? Hva er det som avgjør at hun velger å involvere seg eller gå forbi? Hva koster det for den som involverer seg? Hva koster det for den som velger å gå forbi?

Jeg trener på å ståsette meg, sier en sykepleier. Jeg orker ikke mer skyldfølelse. Jeg holder avstand. Hos oss handler det meste om tempo. Selv om jeg vet at jeg daglig er til hjelp og støtte for noen, vet jeg godt hvem jeg har gått forbi. I garderoben på vei hjem har jeg alltid skyldfølelse for det ugjorte. Men det gode med tempo er at det hemmer meg i å se.

Det er mennesker med minst makt som får dårligst helsehjelp. De som strever med rus og psykisk helse, de psykisk syke, de syke gamle og barn i utsatte og sårbare livssituasjoner.

Er det primært barmhjertighet de ikke får?

Ikke umoderne

I vår tid er det kunnskapsbasert praksis som teller. Sykepleiere opplever ofte at de befinner seg mellom barken og veden. Spenningsfeltet mellom det naturvitenskapelige kunnskapsideal og det humanvitenskapelige kunnskapsideal er verken nytt eller ukjent, men den rådende kunnskapsmakt er forsterket. Det er et betenkelig verdivalg i seg selv å vektlegge det ene kunnskapsynet så ensidig som helsetjenesten nå gjør.

Hvordan utdanner og etterutdanner høg-

skolene og praksisfeltet til barmhjertighet? Er det plass til barmhjertighet i evidensbegrepet og i forståelsen av kunnskapsbasert praksis? Det er grunn til å drøfte sykepleiens egne statusområder og hvilke holdninger vi selv har til humanvitenskap og erfaringsbasert kompetanse.

Barmhjertighet er ikke utgått på dato. Den er noe som aldri forandrer seg, og barmhjertighetstanken kommer ikke til å bli umoderne så lenge vi erkjenner menneskers sårbarhet og avhengighet.

KILDER

- Slotnes, Marit Karine. Når boken stenger. Morgenbladet, 20. desember 2007.
- Hernæs, Nina. Etikken er revidert. Sykepleien 2007; 17:82-83
- Clancy, Anne. Sett etikken foran evidensen. Sykepleien 2008; 1:76
- NSF Oslo. Mellom barken og veden. Medlemsbrev, desember, 2007.
- Hansen, Karstein M. Livssyn og etikk. Oslo: Ad Notam Gyldendal, 1999
- Foss, Øyvind. Norsk Teologisk Tidsskrift. Nr. 3, årgang 105.
- Nortvedt, Per. Sykepleiens grunnlag – historie, fag og etikk. Oslo: Tano forlag, 1998.

Sett etikken før evidensen

Sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer skal gjenspeile endringen i samfunnet og være praksisnære. Samtidig må grunnlaget de står på være fast og trygt. Med dette i sikte gjorde Rådet for sykepleietikk en grundig revidering av sykepleiens yrkesetiske retningslinjer i god tid før landsmøtet 2007.

For å markere og tydeliggjøre at grunnlaget for all sykepleie er respekt for andre mennesker, ble grunnlaget skilt ut som eget hovedpunkt [1]. Det endelige forslaget ble sendt til høring til forbundsstyret i Norsk Sykepleierforbund, som vedtok at ordet «kunnskapsbasert» skulle inn i grunnlaget.

Jeg savner gode argumenter for at det skal være der og mener at faglig forvarlig praksis (som er viktig), er ivarettatt i andre relevante dokumenter og i retningslinjenes underpunkt «sykepleieren og profesjonen». Etter min mening hører ikke ordet «kunnskapsbasert» med i grunnlaget for sykepleiernes profesjonsetikk.

Et grunnlag som bygger på respekt, verdighet, omsorg og barmhjertighet taler et tydelig språk. Ordene forsterker og belyser hverandre. De anerkjenner og på et vis forhøyer menneskene sykepleierne møter i praksis. Sykepleie som bygger på et slikt fundament er tydelig på hvem som er i høysetet og på hvem vi er til for. Ordene innbyr til en forståelse for at vi som profesjonsutøvere inngår i relasjoner med andre mennesker. De minner oss om at vi til tross for vår profesjonskompetanse må være ydmyke for alt vi ikke vet og kanskje ikke straks forstår om de menneskene vi møter i vår praksis. Kunnskapsordet er etter min mening en avledning som trekker oppmerksomhet vekk fra dette solide, stødige og varige fundament for god sykepleiepraksis.

Kan tilføyelsen «kunnskaps-

basert» få konsekvenser i praksis? Den 6. desember i år deltok jeg på et seminar om profesjonsutøvelse ved Høgskolen i Oslo. Professor og filosof Harald Grimen problematiserte bruken av ordet «kunnskapsbasert» i profesjonsutøvelse og kom med følgende undring (gjengitt med mine ord):

Er det moralsk riktig å følge dømmekraft og skjønn i møte med et menneske dersom profesjonsutøveren mener det er den beste moralske handlingen i situasjonen, selv om den avviker fra det rådende kunnskapsbaserte? Vil et slikt valg få konsekvenser for profesjonsutøveren dersom handlingen i ettertid viser seg å være en feilslutning?

Hva skjer dersom profesjonsutøveren velger slavisk å følge rådende kunnskapskilder og ignorerer egen dømmekraft og det viser seg etterpå at vedkommende skulle ha stolt på sitt faglige skjønn og dømmekraft? Hvem av disse sykepleiere vil få problemer i etterkant?

Hvordan vil dømmekraft dømmes? Harald Grimens problematisering gir grunn til ettertanke og undring og burde oppmuntre til diskusjon om hva som skal være et rådende fundament for sykepleie.

Å ha ordet «kunnskapsbasert» med i sykepleiens grunnlag kan gi et skinn av at grunnlaget nå er utvidet og ivarettatt og sikrer god sykepleie. Blir den enkelte sykepleieren sikrere og stødigere når hun står overfor dilemma i praksis hvis hun samtidig må lure på om hennes handlinger er evidensbaserte, kurante og gyldige? Hvor blir hennes fokus da? Kunnskapsbasert praksis blir ofte likestilt med evidensbasert praksis og sett på som en praksis som bygger på aktuelle, relevante og anerkjente forskningsresultater. Noen mener at kunnskapsbasert praksis dekker noe mer enn vitenskapelig kunn-



Faksimile fra Sykepleien nr. 17/2007

skap [2]. Er det likestilt med «evidensbasert»? Er «evidensbasert» innlemmet i begrepet? Det råder tydelig uenighet om tolkningen.

Kunnskapsbaser/biblioteker består av kunnskap som er artikulert. Sykepleiere vet at det er vanskelig å sette ord på den praktiske kunnskapen de besitter og anvender i krevende situasjoner. Det som lar seg begrepsfeste kan sammenlignes med toppen av et isfjell, den tiendedelen som er synlig og beskrivbar. Mesteparten av massen, det bærende, ligger utilgjengelig under vann dit lyset ikke når. Hvor sikkert kan et grunnlag som er basert på det synlige være, når det usynlige, det bærende fundamentet ikke tas med og heller ikke får en høy rangering i et evidensbasert kunnskapshierarki?

Evidensbasert kunnskap er basert på en standardverden av statistiske gjennomsnitt, ikke på enkeltmennesker som sykepleieren møter i sin praksis. Hva kan vi egentlig vite noe om? Kunnskapskilder og kunnskapsbaser må hele tiden oppdateres. Respekt for andre kan derimot alltid stå for seg selv som et sikkert utgangspunkt for alle sykepleiehandlinger. Legeforeningens etiske retningslinjer og sykepleiernes internasjonale etiske regler har ikke hatt behov for å supplere grunnlaget for etikk med ordet «kunnskapsbasert». Freidson [3] minner oss om at hvis vi bruker medisin som prototype for profesjonell kunnskap, kan vi lett konkludere med at profesjonell kunnskap er likestilt med vitenskapelig kunnskap, noe som ikke stemmer. Sykepleie består

av mer enn vitenskap. Kunnskap er viktig, men utgangspunkt for våre handlinger må alltid være etikken.

Sykepleiere, vær ikke i tvil: Sett etikken før evidensen.

Anne Clancy, medlem av Rådet for sykepleietikk, Norsk Sykepleierforbund, stipendiat/høgskolelektor ved Høgskolen i Harstad.

«Vi gjør så godt vi kan»

Jeg er en kvinne som har noen års arbeidserfaring, ikke som sykepleier, men som ufaglært i helsevesenet. For et par år siden tok jeg mot til meg og begynte endelig på sykepleie. Full av pågangsmot og higen etter ny lærdom satte jeg meg på skolebenken og slukte pensum om sykdomslære, sykepleiefag – og etikk. Vi lærer tidlig i utdanningen at det er viktig med refleksjon, og at man skal være kritisk til egen tjeneste. Slik sosialiseres vi inn i rollen som sykepleiere. Vi skal være omsorgfulle, reflekterte, ha et godt håndlag, ha respekt for pasient og pårørende, kolleger – og systemet.

På en forelesning om tverrfaglighet ble vi gitt en problemstilling. «Vi liker å si at vi er pasientens advokat», sa foreleseren. «Er vi det?», spurte hun etterpå. Den dagen gikk jeg hjem med hodet fullt av tanker, og ting jeg har tenkt på lenge begynte å falle på plass. «Nei, vi er ikke det i alle sammenhenger», tenkte jeg. Mange ganger er det vår egen

tidsnød og mangel på penger vi forsvarer, og ikke pasienten. «Vi gjør da så godt vi kan», sier vi, når det gang på gang blir satt søkelys på alvorlige feil eller mangler i helsevesenet.

For en stund siden fikk jeg enda en ny rolle. Jeg ble en pårørende. Et nært familied medlem ble pasient, først på sykehus, så på sykehjem, siden på en rehabiliteringsinstitusjon, tilbake til sykehjemmet igjen, og så, på grunn av plassmangel, ble hun utskrevet til egen bolig. Jeg, familien og pasienten selv kjente sterkt på at dette ville vi ikke. Vi gjorde alt vi kunne for å signalisere til sykehjemmets inntaksteam at vi ikke trodde at dette kom til å fungere. Kveldene ble brukt til å bekymre seg. Hva om hun ikke klarer seg hjemme? Alene i et lite funksjonelt hus, ute av stand til å forflytte seg selv, ute av stand til å si fra når hun trenger hjelp?

«Jo da, hjemmesykepleien skulle stille opp», ble det sagt fra sykehjemmet. Og siden jeg selv har jobbet der, så jeg for meg situasjonen ganske klart: En times kjøring unna får nattevakta en alarm. Såkalt taus alarm. De finner henne på gulvet, hun har hatt et stygt fall, og kanskje er det bruddskader. Hun har ligget der en stund, og er ganske nedkjølt. Nattevakta gjør det hun skal, tilkaller lege og får henne av gårde i ambulansen. Så er det ny runde. Er hun syk nok til å få en sykehjemsplass nå?

På mange måter svartmaler jeg antagelig situasjonen. Den første natta hun var alene hjemme i sitt eget hus, falt hun. På vei fra soverommet til badet for å hente alarmen. Heldigvis var det på tilbaketuren hun falt, og kunne ringe på. Den andre natten hun var hjemme, falt hun også. Et slag har gjort at hun ikke er så stø lenger, og på soverommet tok hun med seg dostolen i fallet. Hun slo seg, ikke alvorlig, men det ble litt sølete der inne. Det var jo bare å tørke opp

igjen, og en travel, men hyggelig nattevakt fra hjemmesykepleien hjalp henne med det.

Noen dager tidligere har vi en samtale med en annen sykepleier på sykehjemmet. Hun sitter ikke i inntaksteam eller i ledelsen, og har ingen makt til å gjøre noe. Men hun synes ikke det er noen trygg situasjon de sender farmor hjem til. Hun sier i klare ordelag at dette synes hun ikke er forsvarlig. Det er godt at noen støtter oss. Følelsen av å være de hysteriske pårørende som blir snakket om på vaktrommet er ikke god. Endelig er det noen som forstår oss. Som er på vår side. Men som likevel ikke sier fra. «Hva skal til», tenkte jeg.

Senere kom jeg til å tenke på at det ikke skulle vært nødvendig å ta side i en slik situasjon. Alle skulle vært på pasientens lag. Tilbake på skolebenken sitter jeg og lærer om tverrfaglig samarbeid. Om etiske retningslinjer og refleksjoner. Om lovverket, og om pasientens rettigheter. «Det er så mange situasjoner man kan trå feil i», tenker jeg. Og sykepleierne er flinke. Til å vise omsorg. Og til å unnskyldte systemet når vi på grunn av nedskjæringer ikke klarer å yte den pleien pasienten fortjener.

Når får vi nok? I Sykepleien 9/2007 skriver Anne Clancy en artikkel om etikk i vår tid. Hun sier at gjennom etisk refleksjon på tvers av profesjonene, og gjennom jussen, må vi sette en minstestandard som gjør en moralsk praksis mulig. Jeg bifaller denne tankegangen. Clancy sier at vi som sykepleiere har et ansvar for å varsle når vi ser forhold som ikke er forenlig med god praksis.

Vi lærer mye om faglig forsvarlighet, og de aller fleste av oss er vårt ansvar bevisst i forhold til dette. Hvem vi er som personer farger rollen vår som sykepleiere og gjør at vi godtar forskjellige ting. Faglig forsvarlighet og god praksis er ikke det samme for alle. Og jeg kan anta at der

ressursene er knappe, er refleksjonene og diskusjonene rundt temaet ikke så store heller. Når får vi nok? Når sier vi klart og tydelig nei til uforsvarlig praksis? Hva skal til for at vi stopper opp og tenker oss om? Er vi til stede akkurat der vi er, eller er prioriteringene å få arbeidsdagen til å gå i hop, med enda mindre ressurser, og flere arbeidsoppgaver enn før kuttene?

De nye yrkesetiske retningslinjene ble lastet ned, og lest fra perm til perm. «Hvordan kan jeg bruke dette», tenkte jeg. Og hvordan kan jeg forvalte alt dette på en god måte når jeg er ferdigutdannet? Etter mange praksisperioder der jeg har sett mange sykepleiere arbeide, har jeg mange ganger tenkt at en slik sykepleier vil jeg også bli! Stolt av yrket mitt, lojal mot pasienten, kunnskapsrik og kyndig, med en løsning på nesten alt. Og ikke minst en evne til å av og til stoppe opp og si at dette var vanskelig, vi må snakke om det.

Som pårørende og student møter jeg sykepleieren med mange forventninger. «De verste pårørende er helsepersonell», blir det mange ganger sagt på vaktrommet. Og jeg har nikked bifallende, og tenkt at «vi gjør jo så godt vi kan ...» Denne plutselige rollefordelingen har gjort at jeg aldri skal tenke den tanken mer. Noen ganger er ikke «vi gjør så godt vi kan» godt nok. Noen ganger er akkurat den setningen en sovepute, der vi fraskriver oss ansvaret og lurer samvittigheten vår til å tro at alt er greit, og at vi ikke kan gjøre noe mer for pasienten og de pårørende. Å søke videre etter andre løsninger der pasienten ikke er fornøyd er vår plikt, om vi går inn i etiske gråsoner og mangel på faglig forsvarlighet. Hvor skal jeg finne motivasjonen til å imøtekomme alle kravene? Jo, i sykepleiens grunnlag.

Marie Aakre sa muntert i Sykepleien 17/07 at vi skulle

henge opp de nye retningslinjene, ramme dem inn og bruke dem i den daglige utøvelsen av sykepleie. Og så tror jeg at vi må vi gjøre det til våre egne ord, et felles mantra som gjør at vi husker hvorfor vi ble sykepleiere. Verdighet og barmhjertighet, omsorg og respekt. Fire ord som vi aldri må glemme.

Med vennlig hilsen
Silje Marita Strand, sykepleierstudent ved Høgskolen i Nord-Trøndelag, avd. Namsos.

Et tilbakeskritt

Jeg leser de nye retningslinjene og har umiddelbart en viktig kommentar. I den forrige utgaven fra 2001 står det i punkt 2.1. «Sykepleieren viser omsorg for alle som lider, uansett årsak til lidelsen». I den nye utgaven er denne setningen inkorporert i innledningen og følgelig mindre synlig. Jeg vil si den drukner i annen tekst. For det er når en står overfor mennesker ulik en selv, at utfordringene virkelig møter en. Som i møte med en tyngre rusmiddelavhengig har denne setningen vært et godt redskap til hva det forventes av vår utøvelse. Jeg er enig i at samfunnet er mer komplekst, men da må dere ikke ta vekk det som kan være til hjelp i diskusjonene. Kort sagt, jeg syntes dette var et tilbakeskritt.

Vennlig hilsen Marit Nergaard Aas,
Diakonissehjermets høgskole, Bergen.

Granvin-dom blir stående

Granvin kommune vil ikke anke dommen som pålegger den å gi fire ansatte i midlertidige stillinger fast jobb. – Denne saken er ikke av prinsipiell betydning, mener KS-advokat Hanne Lyngstad Solberg.

Granvin kommune hadde frist til 7. januar for å anke dommen som ble avsagt i Hardanger tingrett før jul. – Slik jeg ser det, er dette en konkret sak som er avgjort i forhold til fire arbeidstakere. Den løser en tvist mellom disse fire og arbeidsgiveren, og jeg kan ikke se at den er av prinsipiell betydning, sier Hanne Lyngstad Solberg fra KS, som har representert Granvin kommune.

– Viktig
Kjetil Edvardsen fra Fagforbundet har vært de Granvin-ansattes advokat. Han er fornøyd med at dommen blir stående:
– Dommen tar opp et viktig tema, jeg tror denne dommen vil føre til at flere tar krav om fast, full stilling til rettsapparatet, sier Edvardsen.

– Viser at det går an
– Mange kvinner i helsesektoren er i samme situasjon med

midlertidige ansettelser, og for disse vil dommen vise at det går an å gå til en domstol å få høyere fast stillingsbrøk. På grunn av strukturelle fenomener i helsesektoren tror jeg det sitter langt inne for mange, særlig kvinner, å sette hardt mot hardt mot arbeidsgiveren, sier Edvardsen.

– Symbolverdi
– Vil dommen ha noen prinsipiell betydning?
– En tingrettsdom har ingen prinsipiell betydning i seg selv, men den kan ha en symbolverdi. Dommen kan føre til at deltidsansatte blir klar over hvilke rettigheter de faktisk har, og samtidig kan flere kommuner



Fakta:

- Fire deltidsansatte hjelpepleiere ved Granvin sjukeheim gikk høsten 2007 til rettssak for å få høyere, fast stillingsbrøk.
- De hadde i flere år gått på midlertidige vikariatet for å fylle opp en lav, fast stillingsbrøk.
- Hardanger tingrett har slått fast at tre av hjelpepleierne har rett til fast, full stilling, mens en har rett til 75 prosent stilling.
- Dommen har nå blitt rettskraftig.

bli klar over hva de er pliktig å tilby sine ansatte, sier Kjetil Edvardsen.

Fagnotiser

Honning mot hoste

Honning er en mer effektiv hostedemper enn reseptfrie hostemedisiner, antyder amerikansk rapport. Forskere ved Penn State College of Medicine rekrutterte 105 hostende barn mellom to og 18 år. Først lot de barna hoste seg gjennom en natt uten lindring, mens foreldrene beskrev hosten og søvnkvaliteten deres. Den andre natten fikk en tredel fremdeles ingen lindring, en tredel fikk honning og en tredel fikk en mikstur av reseptfri



Illustrasjon: Colurbox

hostemedisin, dextromethorphan, og kunstig honningsmak. De som fikk honning hadde færre og mindre plagsomme hosterier, og både de og foreldrene deres sov bedre. Obs! Honning skal ikke gis til barn under ett år på grunn av fare for botulisme.

forskning.no og Folkehelsa

Hjerte, kar og preeklampsi

Kvinner som har ugunstig hjerte- og karprofil før de blir gravide, har økt risiko for preeklampsi, viser norsk forskning. Fra før er det kjent at kvinner med preeklampsi har økt risiko for hjerte- og karsykdom senere i livet.

Tidsskrift for Den norske Lægeförening

Fabrikkarbeid på sykehjem

På Øresundshjemmet i Humlebæk i Danmark produserer brukerne av dagsenteret materiell for fabrikken Expander. De mottar ikke lønn for arbeidet, men pleiehjemmet får inntekt som brukes til fellesmiddager for arbeiderne.

– Det er kanskje litt utradisjonelt at vi har inngått en avtale med en fabrikk, sier sykepleier og senterleder Marika Worm.

– Men det er en aktivitet noen av brukerne av dagsenteret har glede og nytte av.

Expander har avtaler med flere dagsentre i Danmark.

Sygeplejersken

Spiser mindre sukker



Illustrasjon: Colurbox

Forbruket av sukker i Norge er på vei ned. Ferske tall fra rapporten «Utviklingen i norsk kosthold 2007» viser en nedgang i det årlige sukkerforbruket fra 43 til 35 kilo siden år 2000. Men inntaket er likevel for høyt, spesielt blant barn og unge. Brus og godteri bidrar mest.

Sosial- og helsedirektoratet

Gjesteskribent Anders Folkestad

Yrke: Leder av Unio

E-post: anders.folkestad@unio.no



Helsetrøbbel på første klasse

Noreg er i ferd med å bli ein tungvektar. Ikkje først og fremst politisk. Men på badevekta. Og på operasjonsbordet. Skal vi tru ei rekkje medieoppslag må sjukhusa byte ut eller forsterke operasjonsbord og senger i stor stil. Mange pasientar er så tunge at tidlegare konstruksjonar ikkje lenger held mål.

Vi lever godt her til lands. Vi vil gjerne nyte vår nyskapte rikdom og dra nytte av teknologisk framgang. Trass i meir fritid, har vi det stadig travlare. Det er ikkje nødvendig å bruke kroppen slik som før. Vi blir i praksis transporterte på første klasse inn i ein helseskadeleg livsstil som eit stadig hardare pressa helsevesen får ansvaret for å reparere.

Eit nytt klaseskilje er på veg. Som nasjon står vi i eit vegkryss: Skal vi innrette oss på nyttingslivet og behandlingssamfunnet, og glede oss over at tida for manuelt arbeid er over for den store hop? Så kan vi kjøpe kroppspleie og kroppsjusteringar når det trengst, og sjå fram til det gode pensjonistlivet. Eller skal vi kjempe for ein annan livsstil? Satse på at fysisk aktivitet gir meir trivsel, meir velvære, betre helse og eit betre arbeidsliv? Og slik styrke grunnlaget for betre velferd.

Førebygging er eit mykje brukt slagord i den helsepolitiske retorikken. Men kva er innhaldet? Og kvar er satsinga? Helsesøstertenesta er ikkje akkurat ei vekstnæring. Snarare tvert imot. Og skulehelsetenesta, særleg i vidaregåande, ligg bortimot brakk mange stader. Det rammar ungdom – fysisk og psykisk. I neste omgang går det utover arbeidslivet og utdanningssystemet. Og helsekøane veks.

I den norske tradisjonen er fysisk aktivitet ei individuell fritidssak. Sjølv sagt er det eit

personleg ansvar å drive fysisk aktivitet og å passe på eiga helse. Men også på dette området trengst kollektiv innsats. Livsstilproblema har fått forsterke seg fordi skulen ikkje har fått lov til å ta sin del av oppgåva, helsevesenet er i konstant prioriteringsknipe, idretten har ikkje makta oppgåva si, og arbeidslivet har knapt brydd seg.

Alle desse aktørane må forsterke innsatsen for livsstil og fysisk aktivitet. Både forskning og praksis viser at fysisk aktive er friskare, har lågare sjukefråvær og lever lenger enn fysisk inaktive. Ei rekkje rapportar viser at vi har folkehelseskilnader som er sosialt forankra. Og dei er større enn vi likar å tru. Utdanning – kunnskap og haldningar – er avgjerande også på dette området.

Folk må få gode vilkår for regelmessig bruk av kroppen.

For eit par år sidan kom eit dristig forslag frå eit offentleg utval: Meir gym i skulen, ein time kvar dag for alle. Resultatet blei ein minimal auke på barnesteget, men i sum eit mageplask. Det politiske trykket var ikkje stort nok. Å førebygge, å lære seg opp til gode vanar og ein sunn livsstil, har vi ikkje råd til.

Gjennom eit offensivt samarbeid mellom skulen sine fagfolk og skulehelsetenesta – helsesøster, sjukepleiar, fysioterapeut – kan det leggst eit solid livsstilsgrunnlag. Dette

vil vere til nytte og glede både for individ og samfunn. Og for arbeidslivet og for helsesektoren. Men då må desse fagfolka finnast, og dei må ha tid og ressursar til å følgje opp elevar og ungdom. Det er himmelvidt unna dagens realitetar.

Dessutan må det bli enklare å drive helseretta fysisk aktivitet i lokalmiljøet. Treningsgrupper under fagleg rettleiing og med offentleg finansiering ville vere lønnsamt. Folk må få gode vilkår for regelmessig bruk av kroppen. Det gjeld også eldre. Eg ser for meg ein hærskare av 60- og 70-åringar i skog og mark, i trimløyper, i skiløyper, i symjehallar og helsestudio. Mosjon aukar sjansen for at dei får bu lenger heime. Det er også ein god gevinst når kampen om sjukeheims plassar spissar seg ytterlegare til.

Eg har vore på sjukehus nokre gonger. Sjukepleiarane går og går, i stort tempo, og ofte med bagasje. Dei har sikkert bra kondis. Men arbeidshelsa er ikkje alltid på topp. Meir allsidig mosjon vil vere eit pluss. Det må vere rom for meir variert fysisk aktivitet også i arbeidslivet.

Målet er ikkje fleire asketar, men fleire som har det moro med fysisk aktivitet. Å gå i staden for å bruke bilen er bra både for kroppen og miljøet.

Utdanningspolitikk, helsepolitikk og arbeidslivspolitikk må gå hand i hand mot eit meir fysisk aktivt samfunn. Men det er du og eg som må bruke kroppen.

SYKEPLEIENS ØVRIGE GJESTESKRIBENTER I 2008:



Gøril Gabrielsen
Sykepleier.
Forfatter av boka «Unevnelige hendelser».



Martine Aurdal
Skrivent.



Jon Hustad
Journalist i Dag og Tid.



Trude Aarnes
Jordmor og privatpraktiserende sexolog.



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

MAGASINET



Journalist
Marit Fonn
tlf. 22 04 33 68
marit.fonn@sykepleien.no



Journalist
Nina Hernæs
tlf. 22 04 33 67
nina.hernes@sykepleien.no



Journalist
Eivor Hofstad
tlf. 22 04 33 71
eivor.hofstad@sykepleien.no



Journalist
Susanne Dietrichson
tlf. 22 04 33 53
susanne.dietrichson@sykepleien.no



Fagredaktør
Torhild Apall Dybvik
tlf. 22 04 33 76
torhild.apall@sykepleien.no

JOBБ/NETT



Redaksjonssjef
Bjørn Arild Østby
tlf. 22 04 33 59
bjorn.arild.ostby@sykepleien.no



Journalist
Karl Anne Dolonen
tlf. 22 04 33 69
karl.anne.dolonen@sykepleien.no



Journalist
Ann-Kristin Bloch Helmers
tlf. 22 04 33 73
annkristin.helmers@sykepleien.no



Journalist/webredaktør
Lily Kalvo
tlf. 22 04 33 66
lily.kalvo@sykepleien.no

DESK/LAYOUT



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



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



Grafisk formgiver
Sissel Vetter
tlf. 22 04 33 58
sissel.vetter@sykepleien.no

ANNONSER



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
lise.dyrkoren@sykepleien.no



Markedskonsulent, stilling
Finn Simonsen
tlf. 22 04 33 52
finn.simonsen@sykepleien.no

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



Svar til «Aksjonisten»

Det er en fin søndag i adventstiden og jeg har nettopp tent tre lys i adventstaken. Det å lese Sykepleien pleier ikke å ødelegge en god stemning. Bladet har mange lærerike artikler, og redaktøren er ofte god med

pennen. Denne gangen var ikke noe unntak helt til jeg kom til siste avsnitt i artikkelen «Deilig er jorden – særlig uten bortforklaringer» i Sykepleien 18/2007. Artikkelen tema og vinkling var treffende, men så var det altså siste avsnitt som ødela det hele. Det var som om redaktøren blåste ut adventslysene mine. For det første en forfattertabbe fordi jeg som leser brått glemte det egentlige budskapet. For det andre et hån mot oss som feirer jul mye på grunn av at «Ordet ble menneske og tok bolig i blant oss». (Joh. 1.14.) Vår Herre og julens glade budskap er urokkelige og ikke avhengig av min forsvarstale, men jeg synes vår redaktør tillegger en forlovet ung gutt fra Nasaret voldsomme egenskaper. Josefs

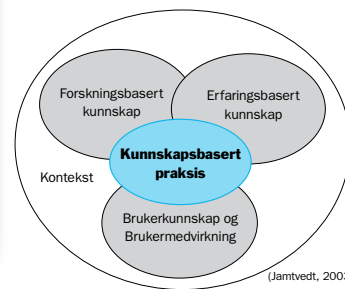
gener, som angivelig Jesu far, ga altså sønnen evner til blant annet å vekke folk opp fra de døde og mette tusener av mennesker med en enkel nistepakke. Jeg må i all beskjedenhet få si at Guds inngripen virker mer troverdig. Jeg skal lese artikkelen én gang til for å huske dens egentlige budskap, for jeg husker at den var god. Om ei uke vil jeg tenne mitt siste adventslys og glede meg til en meningsfull julefeiring.

Hilsen Anne-Sofie Håverstad

Feil modell

I Sykepleien nr. 17/ 07 presenterte vi fagartikkelen «Forskning i bruk». Der ble dessverre Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenestens modell om kunnskapsbasert praksis trykket med gal tekst i en av sirkelene.

Dette er den korrekte modellen:



(Jarmvett, 2003)



Fint om hepatitt C

Jeg likte artikkelen «Endelig frisk» om hepatitt C i Sykepleien 17/2007 svært godt. Jeg er selv under behandling for hepatitt C for tiden, har 7 uker igjen av totalt 48-ukers behandling, og kjente meg godt igjen i det som ble skrevet. Har selv ikke bakgrunn fra stoffmisbruk, men kjenner så godt igjen hvor vanskelig det er å bli møtt

med mistenksomhet og fordommer fra helsevesenet, og hvor tøffe bivirkningene er for kropp og sjel. Jeg har flere venner som kjenner min diagnose og som også er sykepleiere, det var godt at de kunne lese artikkelen og se hva både hepatitt og behandling dreier seg om, så et personlig tusen takk fra meg for det.

Vennlig hilsen sykepleier

Neste nummer

Sykepleien JOBB 2/08

Er du – eller skal du snart bli pensjonist? Eller har du nettopp startet din arbeidskarriere? Den kommende **pensjonsreformen** er tema i neste nummer.

Sykehusreformen fra «innsiden»

Norske sykehus har i utgangspunktet vært gjennom store organisasjonsmessige endringer de siste årene, fra små lokalt styrte enheter under fylkespolitisk kontroll, til større og større helseforetak som egne økonomiske resultatenheter og med egne styrer. Hvorvidt dette er blitt av det gode eller til det verre er opp til øynene som ser, men fra mitt «ståsted» (eller skulle jeg heller si «liggested») som pasient er det avgjørende at pasienten blir i fokus, dvs. at sykehusets kjernevirksomhet er målet og ikke middelet.

Som pasient kan det imidlertid virke som det etter reformen er blitt en del «tette skott» mellom de ulike HF-ene, noe som igjen har ført til unødig utbygging av spesialistfunksjoner og «headhunting» av spesialister mellom HF-ene. Dette kan umulig ha vært tilsiktet med reformen og er etter min mening ikke med på å fremme reformens mål om «mer helse for pengene». Organiseringen av HF-ene synes (for en som jobber med organisasjonsutvikling til daglig) å være initiert som en «top-down» aktivitet og således lite fokusert på prosessene og de enkelte arbeidsoppgavene hos «folket» på avdelingene. All erfaring tilsier at slike OU-prosjekter sjelden eller aldri lykkes særlig godt.

ISF (Innsatsstyrt finansiering) ble innført som et verktøy for å virkelig gjøre regjeringens mål om «mer helse for pengene», men har vist

seg i stedet å bli et mangslungent byråkratisk system for manipulerende diagnostisering og ikke minst ekstra papirarbeid som igjen går ut over fagpersonellets pasientrelaterte arbeidsoppgaver. Som pasient vil jeg ikke bli sett på som et kasus som kan verdsettes til kroner 10 000 eller 20 000 etter hvilken diagnose som defineres på meg. Min diagnose og epikrise er ikke gjenstand for «kjøp og salg», men kun utgangspunktet for å gi meg adekvat medisinsk behandling!

Som pasient kom jeg i all hast inn via lokalsykehusets ambulanseringang, ble utmerket godt tatt vare på og etter kort tid (ca. en time) overflyttet med ambulanshelikopter til spesialavdelingen på Rikshospitalet (RH) og gitt øyeblikkelig behandling. Alt gikk bra. En stor takk til helsepersonellet som så absolutt hadde «pasienten i fokus» denne augustkvelden. Og dagen etter var det skyss med «privatsjåfører» (ambulansesjåfører) tilbake til lokalsykehuset for overvåkning og oppfølging. Så ligger jeg da der i sykesengen og registrerer sykehusets daglige rutiner mer eller mindre direkte på kroppen. Det er ikke til å unngå at jeg registrerer arbeidsoppgaver som kunne vært gjort mye mer effektivt. Og dette kan kanskje best illustreres gjennom følgende to eksempler:

Ved innskriving/utskrivning/overflytting stusset jeg disse rutinene:

a) Ved ankomst skjer registrering av meg som pasient, min diagnose og epikrise i lokalsykehusets IT-system.

b) Ved overflytting til RH skrives pasientopplysningene og epikrise ut på papir og legges i konvolutt som medfølger meg i ambulanshelikopteret.

c) Ved ankomst RH registreres jeg nok en gang som pasient med min diagnose og ny epikrise, men nå i RH sitt IT-system.

d) Ved tilbakeføring fra RH til lokalsykehuset neste dag skrives pasientopplysninger og epikrise ut på papir og legges i konvolutt og medfølger meg i ambulansen.

e) Ved ankomst lokalsykehuset gjøres det en ny registrering av meg som pasient i lokalsykehusets IT-system.

f) I mottagelsen måles blodtrykk og puls som så registreres i lokalsykehusets IT-system

g) Etter ca. en times venting i mottagelsen overflyttes jeg til sengepostavdelingen hvor det nok en gang blir målt blodtrykk og puls (hvor disse avdelings-tallene registreres er usikkert)

Mye tid synes å gå med til «papirarbeid» som med stor sannsynlighet kunne vært unngått dersom Helse-Norge hadde hatt ett felles IT-verktøy for pasientregistrering. Men siden HF-ene er egne resultatenheter, har de derfor hvert sitt eget IT-system som ikke kommuni-

serer med andre HF-er sitt system. (Vi har et felles Folkeregistersystem og et felles Skattesystem i Norge, men altså ikke et felles system for Helse-Norge.)

Også servering av frokost, lunsj, middag og kveldsmat kunne vært mer effektiv. Det skjer på sengepostavdelingen ved at sykepleier kommer rundt på rommene og tar opp «bestilling» og maten serveres av sykepleier på rommet.

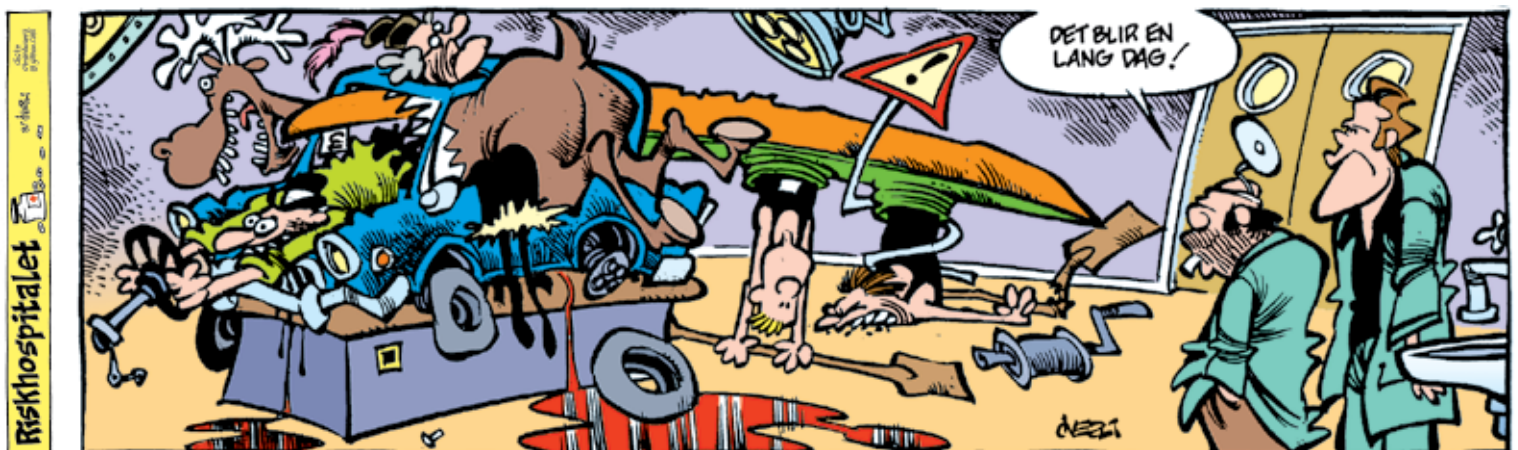
Men på den sengepostavdelingen hvor jeg var, var mellom 70-80 prosent av pasientene oppegående og kunne, dersom det var lagt til rette for det, selv gått og forsynt seg med mat. Med forholdsvis små investeringer kunne svært mange sengepostavdelinger i Sykehus-Norge vært tilrettelagt for selvbetjening for pasientene når det gjelder bespisningen. Dette ville gitt avdelingspersonellet mye bedre tid til de pasientene som virkelig hadde behov for matsservering på rommet (i senga).

Dessuten synes det for meg som en formidabel sløsing med fagressursene at høyskoleutdannede sykepleiere skal fungere som «kelner».

Med andre ord: Nok et eksempel på et reformtiltak som ikke leder til målet om «Mer helse for pengene».

Hilsen Torstein Foss, som har opplevd norsk helsevesen fra innsiden som pasient.

(Innlegget er noe forkortet. Red.)



Quiz Er du en kompetent sykepleier ?

Ta vår aktuelle og nådeløse kunnskapsquiz.



1 Hva betyr forkortelsen s.c.?

- A: Supercutis
- B: Subcutaneus
- C: Sans cutis

2 Hvem har skrevet «Nursing: Concepts of Practice»?

- A: Sylvia Brustad
- B: Florence Nightingale
- C: Dorothea Orem

3 Hvor i kroppen ligger skjoldbruskkjertelen?

- A: I korsryggen
- B: Nederst på halsen
- C: Den ligger ikke i kroppen

4 Var Florence Nightingale opptatt av hygiene?

- A: Ja, hun regnet det som en dyd
- B: Nei, hun mente sykepleierne var hevet over denslags
- C: Ingen vet om hun egentlig mente noe om hygiene

5 Hva er Nightingale-effekten?

- A: Allergi mot pasienter
- B: Flammende kjærlighet hos lege eller sykepleier til sin pasient
- C: Hvite hender ved kulde

6 Hvem utsteder autorisasjon til sykepleiere?

- A: Den Norske Lægeforening
- B: Autorisasjonskontoret for sykepleiere
- C: Statens autorisasjonskontor for helsepersonell

7 Hva er oftalmologi?

- A: Læren om hoftedeled
- B: Læren om alle tings regelmessighet
- C: Læren om øyet og øyesykdommene

8 Hva står forkortelsen ADL for?

- A: Akutt delirisk latens
- B: Activities of Daily Living
- C: Art of Disease and Living

9 Hvilken bakterie stod bak svartedauen?

- A: Yersinia Pestis
- B: Nero Nero
- C: Nero Pestis

10 Hvem regnes som håndvaskens far?

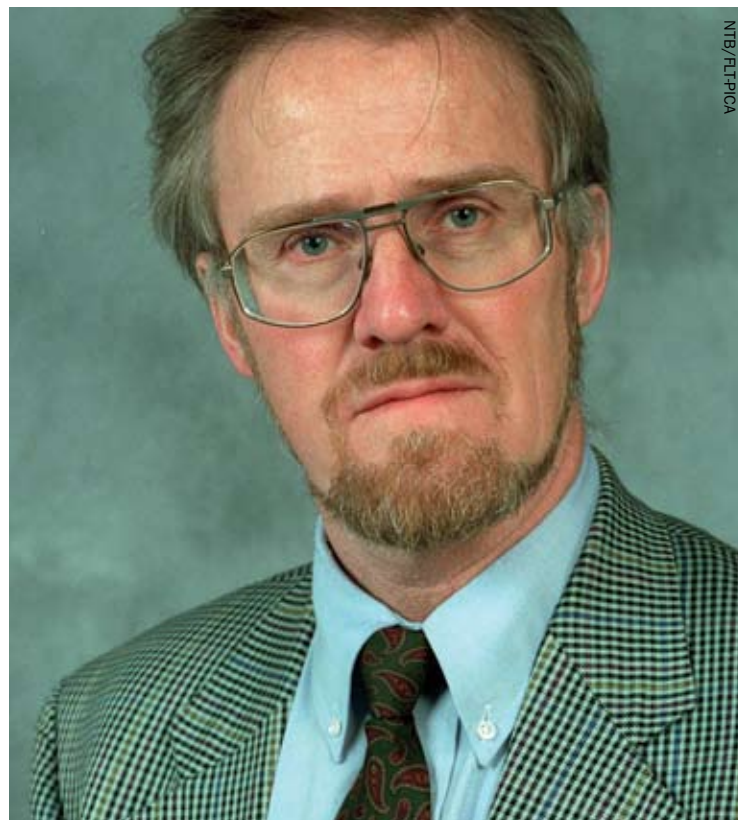
- A: Gudmund Hernes
- B: Josef Mengele
- C: Ignaz Philipp Semmelweis

😊 **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.)



NTB/FL/PI/OA

GUDMUND HERNES: Håndvaskens far?

C Daivobet® LEO
Middel mot psoriasis. ATC-nr.: D05A X52

T SALVE: 1 g inneh.: Calcipotriol 50 µg, betametasonpropionat tilsv. betametason 0,5 mg, flytende parafin, polyoksypropylen-15-stearyleter, α-tokoferol, hvit vaselin til 1 g. **Indikasjoner:** Behandling av stabil plaque psoriasis vulgaris egnet for lokal terapi. **Dosering:** Påsmøres det affiserte område 1 gang daglig. Den anbefalte behandlingsperiode er 4 uker. Etter denne periode kan gjentatt behandling med Daivobet initieres etter legens anbefaling. Maks. daglig dose 15 gram, maks. ukentlig dose 100 gram. Behandlet område skal ikke være mer enn 30% av kroppens overflate. Anbefales ikke til barn eller ungdom <18 år. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. Pga. innholdet av calcipotriol er preparatet kontraindisert hos pasienter med forstyrrelser i kalsiumstoffskiftet. Pga. av innholdet av kortikosteroid er preparatet kontraindisert ved viruslesjoner i huden (f.eks. herpes eller varicella), sopp- eller bakterieinfeksjoner i huden, infeksjoner forårsaket av parasitter, hudmanifestasjoner i forbindelse med tuberkulose eller syfilis, rosacea, perioral dermatitt, akne vulgaris, atrofisk hud, atrofisk striae, skjørbet av hudvener, iktyose, akne rosacea, hudsår/-skader, perianal og genital kløe. Ved guttat, erythrodermisk, eksfoliativ og pustulos psoriasis. Ved alvorlig nyreinsuffisiens eller alvorlig leversykdom. **Forsiktighetsregler:** Unngå applikasjon og utslislet overføring til hodebunn, ansikt, munn og øyne. Hendene må vaskes etter hver påsmøring. Samtidig behandling med andre steroider må unngås. Hemmet binyrebarkfunksjon eller innvirkning på den metabolske kontroll av diabetes mellitus kan forekomme pga. systemisk absorpsjon. Applikasjon på store områder av skadet hud, under okklusjon, på slimhinner eller i hudfoller bør unngås, da det øker det systemiske opptak av kortikosteroider. Huden i ansiktet og genitalia er svært følsom for kortikosteroider. Langtidsbehandling av disse kroppsdelene bør unngås. Disse områdene bør behandles med svakere steroider. Når lesjonene blir sekundærinfisert bør antimikrobiell behandling gis. Behandlingen med kortikosteroider bør stoppes om infeksjonen forverres. Når en behandler psoriasis med topiske kortikosteroider kan det være en risiko for utvikling av den pustulose form eller «rebound»-effekt ved seponering. Det er økt risiko for lokale og systemiske kortikosteroidbivirkninger ved langtidsbehandling. Behandlingen bør seponeres hvis bivirkninger oppstår som følge av lang tids bruk av kortikosteroider. Det er ingen erfaring med bruk av produktet i hodebunnen. Det er ingen erfaring med samtidig bruk av andre psoriasismedler gitt lokalt eller systemisk, eller samtidig bruk av fototerapi. **Graviditet/Amming:** Overgang i placenta: Det foreligger ingen data for bruk til gravide. Bør derfor kun brukes under graviditet der fordelene synes større enn risikoen. Overgang i morsmelk: Betametason går over, men risiko for barnet synes lite sannsynlig ved terapeutiske doser. Det foreligger ingen data på overgang av calcipotriol i melk. Forsiktighet bør utvises ved forskrivning til ammende. Skal ikke smøres på brystene ved amming. **Bivirkninger:** Hyppige (>1/100): Hud: Kløe, utslett, sviende følelse i huden. Mindre hyppige: Hud: Smerter i huden eller irritasjon, dermatitt, erytem, forverring av psoriasis, follikulitt, pigmentforandringer i huden på applikasjonsstedet. Sjeldne (<1/1000): Hud: Pustulos psoriasis. Calcipotriol: Rapporterte bivirkninger omfatter lokale reaksjoner, kløe, hudirritasjon, en sviende og stikkende følelse, tørr hud, erytem, utslett, dermatitt, eksem, forverring av psoriasis, fotosensitivitet og overfølsomhetsreaksjoner inkl. meget sjeldne tilfeller av angioedem og ansiktsødem. Systemiske effekter ved lokalbehandling kan i meget sjeldne tilfeller forårsake hyperkalsemi eller hyperkalsiuri. Betametason: Lokale reaksjoner kan inntre, særlig ved langvarig anvendelse, inkl. hudatrofi, teleangiectasi, striae, follikulitt, hypertrikose, perioral dermatitt, allergisk kontaktdermatitt, depigmentering og kolloid milia. Ved behandling av psoriasis er det en risiko for utvikling av den pustulose form. Systemeffekter ved lokalbehandling av kortikosteroider er sjelden hos voksne, men de kan være alvorlige. Adrenokortikal suppresjon, katarakt, infeksjoner og økt intraokulært trykk kan forekomme, særlig ved langtidsbehandling. Systemeffekter sees oftere ved okklusjonsbehandling (plast, hudfolder), ved påsmøring av store områder og ved langtidsbruk. **Overdosering/Forgiftning:** Symptomer: Bruk av mer enn anbefalt dose kan føre til forhøyet serumkalsium, som faller raskt når behandlingen seponeres. Overdreven langvarig bruk av topiske kortikosteroider kan hemme binyrebarkfunksjonen og gi sekundær adrenal insuffisiens, som normalt er reversibel. Behandling: Adrenal insuffisiens behandles symptomatisk. Ved kronisk toksisitet skal preparatet seponeres gradvis. **Oppbevaring og holdbarhet:** Åpnet tube må brukes innen 12 måneder. **Pakninger og priser:** 30 g kr 273,10, 60 g kr 474,80, 120 g kr 915,20T: 31h). Sist endret: 01.12.2007

Referanser:
1. Douglas WS. et al. Acta Derm Venereol 2002;82:131-135
2. Guenther L. et al. Br J Dermatol 2002;147:316-323
3. Kaufmann R. et al. Dermatology 2002;205:389-393

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



PLASTISK KIRURGI, RIKSHOSPITALET 1959: Rikshospitalet var senteret for den plastiske kirurgi i Norge på 1950-tallet. Her fra en neseoperasjon.

Fra krigsskader til forfengelighet

Forfengeligheten er en egenskap som har fulgt menneskeheten fra tidenes morgen. Allerede steinaldermennesket brukte pynt og smykker for å skape seg et så fordelaktig ytre som mulig, og denne menneskelige egenskapen er så visst ikke blitt mindre fremtredende gjennom århundrene.

Plastisk kirurgi handler om å rekonstruere. Likevel tenker de fleste på store bryster og stram hud når de hører ordet. Begge deler hører til plastikkirurgiens historie, og går flere tusen år tilbake i tid. Det er funnet 4000 år gamle dokumenter som forteller om behandling av skader i ansiktet. Og leger i oldtidens India brukte transplanter

hud på pasientenes sår allerede 800 f.Kr. Men det var først da legevitenskapen ble etablert i USA og Europa på 1800-tallet at plastikkirurgien skjøt fart. Og i 1927 ble den første ganespalteoperasjonen utført.

Men det var krig som for alvor satte fart i utviklingen. Under første verdenskrig ble teknikken for hudtransplantasjoner sterkt forbedret. Og under andre verdenskrig ga skader fra brennende flybensin ny kunnskap om brannskader.

Det var ingen utdanning for plastikkirurger. Derfor var det først og fremst øre/nese/hals-kirurgene, som var vant med å operere i hode- og halsregionen, som hjalp

de mange skadede med vansirede ansikter. På den måten ble krigens kirurger spesialister i plastikken, og man regner dem som den moderne plastikkirurgiens grunnleggere.

I 1925 ble den første avdeling for plastikkirurgi etablert på et offentlig sykehus i USA. Og i 1931 så verdens første forening for plastikkirurger dagens lys.

Men allerede på 1800-tallet var det flere kirurger som så at plastikkirurgien kunne brukes til mer enn å rekonstruere. Utover i forrige århundre ble kosmetiske inngrep stadig mer vanlig. En av de større «landevinningene» var da silikonet dukket opp i USA på begynnelsen av 1960-tallet.

Silikon ble opprinnelig brukt til oppstramming av ansiktshud, men i 1962 ble det første brystimplantat presentert. Tre år senere ble det første gang markedsført i Europa. I dag har 70 000 norske kvinner silikon i brystene sine.

Stadig flere kvinner ønsker å fjerne spor etter barnefødsler, og velger å legge seg på operasjonsbordet. I Frankrike blir fødsler sett på som en gave til samfunnet som skader kvinnekroppen. Derfor dekker staten kostnadene til å rette opp skadene med estetisk kirurgi. I Norge må kvinnene dekke slike operasjoner selv.

Register 2007



Oversikt over fagartikler og bokanmeldelser som har stått på trykk i 2007.

Alfabetisk forfatterregister for fagartikler 2007

Alteren Johanne, Nerdal Lisbeth Karin
Skjermbasert sykepleie Nr 11 / side 72

Andrews Celia Rosalind
Når penis må amputeres Nr 5 / side 42

Bjørk Ida Torunn, Hansen Britt Sætre, Samdal Gro Beate, Tørstad Solveig
Gir ny giv Nr 17 / side 52

Breilid Sissel, Aud-Iren Terjesen, Tøyen Kirsti
Fra tilfeldighet til system Nr 1 / side 39

Braastad Kristine, Kårikstad Vidar, Mæhlum Arne, Jacobsen Dag,
Tilrettelegger for en verdig død Nr 9 / side 48

Christiansen Bjørg, Aasgaard Trygve
Hvem bestemmer døgnrytmen? Nr 3 / side 62

Clancy Anne
Etikk i vår tid Nr 9 / side 72

Dahl Kari, Vatne Solfrid
Mangel på pasientperspektiv Nr 18 / side 70

Eika Marianne
Samværsfellesskap i sykehjem Nr 18 / side 74

Graue Marit, Iversen Marjolein
Diabetespleie som virker Nr 1 / side 36

Harvik Beate, Svendsen Anne Kristin
Sårbare søsken Nr 17 / side 66

Helgesen Ragnhild
Forskning i bruk Nr 17 / side 58

Hole Grete Oline, Nordheim Lena Victoria
Den som leitar skal finne Nr 1 / side 34

Honkavuo Leena
Morgenfugl eller nattugle? Nr 7 / side 48

Husøy Astrid-Mette, Knutsen Grete Rustan
Kan vi stole på glukosesvaret? Nr 18 / side 67

Hynne Astrid Bjørnerheim, Kilvik Astrid, Lamøy Liv Inger
Søk og lær Nr 15 / side 66

Jansen Trine-Lise, Heggen Kristin
Den rene kroppen Nr 1 / side 30

Kleveland Kristin
Alvorlige senvirkninger hos barn med forstoppelse Nr 7 / side 54

Kornrud Unni, Jota Per Arne, Haugstad Randi, Wehus Ragnhild, Nortvedt Monica W
MS-pasienter må ha tettere oppfølging Nr 5 / side 68

Kuven Britt Moene
En fagtekst som duger Nr 5 / side 60

Landmark Jette Schou
Snakk med pasienten Nr 15 / side 28

Larsen Iren K
Fruktbart autismeprojekt Nr 5 / side 62

Leknes Eva Mette, Offerdal Annbjørg, Zangi Heidi A
Tar Bekhterevpasienter i skole Nr 3 / side 59

Lillevoid Kristin Fragell
Husker du...? Nr 11 / side 67

Monstad Nina Jenny Tresvik
Hjemmesykepleiere i klemma Nr 13 / side 59

Myhre Kristin, Hagen Laila
En uke for mangfoldet Nr 7 / side 60

**Nedreid Ragnhild W., Sørensen Ann-Hallfrid,
Bjørk Ida Torunn**
Pasientansvarlig sykepleier Nr 11 / side 52

Nordang Kirsten
Faren for å brenne ut..... Nr 11 / side 70

Otterstad Hans Knut, Tønseth Harald
De eldre må i sirkulasjon Nr 3 / side 56

Otterstad Hans Knut, Tønseth Harald
Stor variasjon i sykehjemstilbudet Nr 13 / side 64

**Reiersdal Oddveig, Helland Elin S,
Breland Hilde Pettersen**
Sykepleiere bruker ikke smerteskala Nr 7 / side 50

Rykkje Linda, Hansen Solveig, Brattestad Anne
Mindre dokumentasjon etter innføring av EPJ og VIPS Nr 15 / side 69

**Sandtrø Hege Pettersen, Solhaug Marit,
Bjørk Ida Torunn**
Utpøving av NIDCAP..... Nr 15 / side 62

Schmidt Heidi
Pasient med religiøse behov Nr 7 / side 64

Skrautvol Kari
Homeopati mot nye arenaer Nr 13 / side 32

Spoletini Eirin P, Strand Birgitte
Helsesøster bør informere bedre Nr 18 / side 62

Stamnes John H., Haukø Britt H.
Små hoder under stort press Nr 9 / side 68

Strand Elisabeth, Ellingsen Elin Johanne
Hvordan har du det i dag?..... Nr 17 / side 60

Strøm Janecke, Linnestad Susanne
Dement midt i livet Nr 3 / side 40

Sæterstrand Torill
Rollespill som pedagogisk metode..... Nr 5 / side 70

Sæterstrand Torill, Tingvoll Wivi-Ann Tingvoll
Læring i praksis Nr 11 / side 76

Tennø Elisabeth Heiervang
Lærere i teori og praksis..... Nr 11 / side 74

Tingvoll Wivi-Ann, Sæterstrand Torill
Verdien av veiledning..... Nr 17 / side 70

Tomren Unni
Færre senskader med NIDCAP Nr 15 / side 60

Tømmerbakk Marit
Pleie ved livets slutt Nr 13 / side 62

Wangensteen Gro
Da NIC og NANDA kom til alderspsykiatrisk post..... Nr 1 / side 54

Øien Lisa
NIC – ny praksis inn bakdøra..... Nr 1 / side 56

Alfabetisk emneregister for fagartikler 2007

Alternativ medisin

Skrautvol Kari
Homeopati mot nye arenaer Nr 13 / side 32

Barn og unge

Harvik Beate, Svendsen Anne Kristin
Sårbare søsken..... Nr 17 / side 66

Kleveland Kristin
Alvorlige senvirkninger hos barn med forstoppelse..... Nr 7 / side 54

**Nedreid Ragnhild W., Sørensen Ann-Hallfrid,
Bjørk Ida Torunn**
Pasientansvarlig sykepleier Nr 11 / side 52

Spoletini Eirin P, Strand Birgitte
Helsesøster bør informere bedre Nr 18 / side 62

Eldreomsorg

**Braastad Kristine, Kårikstad Vidar,
Mæhlum Arne, Jacobsen Dag**
Tilrettelegger for en verdig død Nr 9 / side 48

Christiansen Bjørg, Aasgaard Trygve
Hvem bestemmer døgnrytmen? Nr 3 / side 62

Lillevold Kristin Fragell
Husker du...?..... Nr 11 / side 67

Otterstad Hans Knut, Tønseth Harald
De eldre må i sirkulasjon Nr 3 / side 56

Otterstad Hans Knut, Tønseth Harald
Stor variasjon i sykehjemstilbudet Nr 13 / side 64

Etikk

Clancy Anne
Etikk i vår tid..... Nr 9 / side 72

Schmidt Heidi
Pasient med religiøse behov Nr 7 / side 64

Fagkronikk

Rudaa Bjørn Kr.

Helseforsikringer for kommuner – en gedigen fiasko Nr 9 / side 71

Eika Marianne

Samværsfelleskap i sykehjem Nr 18 / side 74

Fagutvikling og forskning

Bjørk Ida Torunn, Hansen Britt Sætre,

Samdal Gro Beate, Tørstad Solveig

Gir ny giv Nr 17 / side 52

Brellid Sissel, Aud-Iren Terjesen, Tøyen Kirsti

Fra tilfeldighet til system..... Nr 1 / side 39

Graue Marit, Iversen Marjolein

Diabetespleie som virker Nr 1 / side 36

Helgesen Ragnhild

Forskning i bruk Nr 17 / side 58

Hole Grete Oline, Nordheim Lena Victoria

Den som leitar skal finne Nr 1 / side 34

Hynne Astrid Bjørnerheim, Kilvik Astrid,

Lamøy Liv Inger

Søk og lær..... Nr 15 / side 66

Forebyggende helsearbeid

Nordang Kirsten

Faren for å brenne ut..... Nr 11 / side 70

Spoletini Eirin P, Strand Birgitte

Helsesøster bør informere bedre Nr 18 / side 62

IKT og dokumentasjon

Alteren Johanne, Nerdal Lisbeth Karin

Skjermbasert sykepleie Nr 11 / side 72

Dahl Kari, Vatne Solfrid

Mangel på pasientperspektiv..... Nr 18 / side 70

Rykkje Linda, Hansen Solveig, Brattestad Anne

Mindre dokumentasjon etter innføring av EPJ og VIPS Nr 15 / side 69

Wangensteen Gro

Da NIC og NANDA kom til alderspsykiatrisk post..... Nr 1 / side 54

Øien Lisa

NIC – ny praksis inn bakdøra..... Nr 1 / side 56

Intensivsykepleie

Landmark Jette Schou

Snakk med pasienten..... Nr 15 / side 28

Sandtrø Hege Pettersen, Solhaug Marit,

Bjørk Ida Torunn

Utprøving av NIDCAP..... Nr 15 / side 62

Tomren Unni

Færre senskader med NIDCAP N 15 / side 60

Kommunehelsetjenesten

Monstad Nina Jenny Tresvik

Hjemmesykepleiere i klemma..... Nr 13 / side 59

Strøm Janecke, Linnestad Susanne

Dement midt i livet..... Nr 3 / side 40

Kreftsykepleie

Andrews Celia Rosalind

Når penis må amputeres Nr 5 / side 42

Nevrologi/nevrokirurgi

Larsen Iren K

Fruktbart autismeprojekt..... Nr 5 / side 62

Kornrud Unni, Jota Per Arne, Haugstad Randi,

Wehus Ragnhild, Nortvedt Monica W

MS-pasienter må ha tettere oppfølging..... Nr 5 / side 68

Palliativ behandling/Smertebehandling

Strand Elisabeth, Ellingsen Elin Johanne

Hvordan har du det i dag?..... Nr 17 / side 60

Tømmerbakk Marit

Pleie ved livets slutt Nr 13 / side 62

Psykisk helsevern

Larsen Iren K

Fruktbart autismeprojekt..... Nr 5 / side 62

Stamnes John H., Haukø Britt H.

Små hoder under stort press Nr 9 / side 68

Rehabilitering

Leknes Eva Mette, Offerdal Annbjørg, Zangi Heidi A

Tar Bekhterevpasienter i skole Nr 3 / side 59

Sykepleiefag generelt

Honkavuo Leena

Morgenfugl eller nattugle? Nr 7 / side 48

Husøy Astrid-Mette, Knutsen Grete Rustan

Kan vi stole på glukosesvaret?..... Nr 18 / side 67

Utdanning/pedagogikk

Kuven Britt Moene

En fagtekst som duger..... Nr 5 / side 60

Lærerne ved jordmorutdanningen

Høgskolen i Bergen

Toårig jordmorutdanning: Godt håndlag er ikke nok Nr 13 / side 68

Myhre Kristin, Hagen Laila

En uke for mangfoldet Nr 5 / side 60

Reiersdal Oddveig, Helland Elin S,

Breland Hilde Pettersen

Sykepleiere bruker ikke smerteskala Nr 7 / side 50

Sæterstrand Torill, Tingvoll Wivi-Ann Tingvoll

Læring i praksis Nr 11 / side 76

Tennø Elisabeth Heiervang

Lærere i teori og praksis..... Nr 11 / side 74

Tingvoll Wivi-Ann, Sæterstrand Torill

Verdien av veiledning..... Nr 17 / side 70

Bokanmeldelser

Blåka Gunnhild, Filstad Cathrine

Læring i helseorganisasjoner Nr 15 / side 74

Bolstad Inga

Søk! Tvil Tiltro Skeptisme..... Nr 11 / side 83

Dietrichs Espen, Stien Ragnar

Hjernen og kulturen Nr 1 / side 67

Evang Anders

Tankebilder Hjerne, følelser og styring..... Nr 15 / side 74

Grande Per Bjørnar

Sentrale livssyn..... Nr 3 / side 67

Hansen Marianne, Skjerve Randi

Game over selvhjelpsbok for spilleavhengige Nr 9 / side 81

Haugland Randi

Med makt til å krenke..... Nr 15 / side 75

Henriksen Jan-Olav

Menneskesyn – historisk arv og varig aktualitet..... Nr 3 / side 67

Jacobsen Catharina, Bjørnstad Kjetil

Historier om sårbarhet..... Nr 17 / side 75

Johannessen Asbjørn, Tufte Per Arne, Veiden Pål

Å forstå samfunnsforskning Nr 3 / side 66

Johannessen Kai Ingolf, Molven Olav, Roalkvam Sidsel

Godt, Rett, Rettferdig Etikk for sykepleiere Nr 18 / side 79

Kvalem Ingela Lundin, Wichstrøm Lars

Ung i Norge Psykososiale utfordringer..... Nr 17 / side 74

Larsen Vetle Lid

Norske helter Nr 13 / side 74

Monk Gerald, Winslade John, Crocker Katie,

Epston David

Narrativ terapi I praksis Nr 11 / side 82

Nowicka Paulina, Flodmark Carl-Erik

Barnørvikt I praktiken

– evidensbasert familjeviktsskola Nr 13 / side 75

Næss Thorleif

Helseløs og rettløs. Om å være nakkeskadd i Norge Nr 1 / side 64

Ramlan Knut

Casestudiet i praksis..... Nr 7 / side 72

Ranheim Unni

Tid for å LEVE – tid for å DØ Nr 18 / side 78

Sandberg Sveinung, Pedersen Willy

Gatekapital Nr 5 / side 76

Schiøtz Peter Oluf, Skovby Flemming

Praktisk pædiatri..... Nr 7 / side 72

Seeberg Marie Louis

Velferdsstaten møter verden Arbeidsplasser i endring Nr 17 /side 74

Slettebø Åshild, Nortvedt Per

Etikk – for helsefagene Nr 3 / side 66

Snøtun Åse

.....når kjærligheten driver oss.. Nr 1 /side 64

Susanne 8 år

Tenkeboka – Det blå hjerte Nr 9 / side 80

Thorgaard Lars m.fl.

Relasjonsbehandling i psykiatrien..... Nr 9 / side 80

Tungesvik Hans Olav

Når kreft gir kraft..... Nr 11 / side 82

White Michael, Morgan Alice

Narrativ terapi med barn og deres familier Nr 18 / side 78

Østensjø Inger Johanne

Brøkdelen av et sekund Nr 5 / side 77

Øverland Svein

Selvskading. En praktisk tilnærming Nr 5 / side 77



Norsk Sykepleierforbunds kontingent 2008

– prosentberegnet kontingent

Det blir ingen endringer i NSF's medlemskontingent for NSF's Foreningsgruppeliv Obligatorisk i 2008.

* Medlemmer i lønnet arbeid som deltar i trekk av kontingent via lønnen skal månedlig trekkes 1,45% av brutto lønn, dog slik at det trekkes i henhold til de nye minimum- og maksimumsatser som vises i tabellen nedenfor:

| | Kontingent pr. år ekskl. gruppeliv | Kontingent pr. år inkl. gruppeliv | Kontingent pr. mnd ekskl. gruppeliv | Kontingent pr. mnd inkl. gruppeliv |
|-----------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|
| Minimum | 624,- | 2.160,- | 52,- | 180,- |
| Maksimum | 4.440,- | 5.976,- | 370,- | 498,- |
| Maks – 50% reduksjon | 2.220,- | 3.756,- | 185,- | 313,- |

Nyutdannede medlemmer - 50% kontingentreduksjon av maksimumsbeløpet i 2 år etter endt grunnutd. Ekstraordinært medlemskap - 50% kontingentred. av maks. beløpet inntil to år, men perioden kan forlenges etter begrunnet søknad.

NB! Brutto lønn er beløpet som fremkommer under post 111-A i lønns- og trekkoppgaven.

Medlemmer i lønnet arbeid som ikke har mulighet til å delta i trekkordningen, skal betale maksimum kontingent på kr 4.440 per år.

- Æresmedlemmer betaler ingen kontingent.

- Øvrige medlemmer (medlemmer uten lønnet arbeid, medlemmer under videreutdanning uten lønnet arbeid, medlemmer bosatt i utlandet uten lønnet arbeid fra norsk arbeidsgiver, medlemmer under attføring, pensjonister, uføretrygdede og studentmedlemmer etc.) skal betale kr 504 per år.

NSF's FORENINGSGRUPPELIV OBLIGATORISK

I tillegg til ordinær kontingent betales det kr 128 per måned/kr 1536 per år i premie for NSF's Foreningsgruppeliv Obligatorisk. Alle medlemmer blir automatisk med i forsikringsordningen dersom de ikke reserverer seg.

De medlemmer som ikke ønsker forsikringen, må derfor reservere seg skriftlig på egen reservasjons-erklæring.

EKSTRAORDINÆRT MEDLEMSKAP – NSF's vedtekter § 4 D

Sykepleiere og jordmødre fra andre land kan få ekstraordinært medlemskap fra det tidspunkt de søker norsk autorisasjon. Ekstraordinært medlemskap gjelder for den perioden medlemmet avventer svar på søknad om autorisasjon og/eller gjennomgår teoretisk/klinisk kvalifisering for å få innvilget autorisasjon.

Ekstraordinært medlemskap gjelder normalt for en periode av inntil to år, men perioden kan forlenges etter begrunnet søknad. Ekstraordinære medlemmer har stemmerett innen det hovedtillitsvalgtrådet de tilhører, men kan ikke velges som tillitsvalgte eller til andre verv innen organisasjonen. Ekstraordinært medlemskap går automatisk over til ordinært medlemskap når norsk autorisasjon er innvilget.

Ekstraordinære medlemmer i

lønnet arbeid betaler kontingent etter gjeldende bestemmelser om prosentsats og minimumskontingent, dog aldri mer enn 50% av gjeldende maksimumsbeløp. Ekstraordinære medlemmer ute av lønnet arbeid betaler samme minimumskontingent som andre medlemmer uten lønnsinntekt.

KONTINGENTRESTANSE – NSF's vedtekter §18 E

Restkontingent fra foregående år kan ikke ettertrekkes via lønnen, men betales direkte på tilsendt giro.

Medlemskap opphører for medlemmer som står til rest med kontingent ved årsskiftet. Denne kontingentrestansen må betales før nytt medlemskap kan oppnås. Kravet om restkontingent bortfaller etter 3 år.

ENDRINGER I MEDLEMSFORHOLD – NSF's vedtekter §18 F

Endring i medlemsforhold som medfører endring i kontingent må, for å ha tilbakevirkende kraft, meddeles NSF så snart som mulig og senest innen 6 måneder etter at endringen har inntruffet. Innbetalingskort for denne perioden blir deretter sendt medlemmet.

INFORMASJONSSKRIV OM TREKK AV KONTINGENT VIA LØNNEN

Medlemmer i lønnet arbeid skal betale kontingenten ved månedlige trekk i lønn *der slik avtale er inngått mellom Norsk Sykepleierforbund og arbeidsgiver*. Finnes det en slik ordning på ditt arbeidssted, kontaktes NSF's avdeling for medlemstjenester, som sender informasjonsskriv om trekk av kontingent og evt. NSF's Foreningsgruppeliv Obligatorisk. Informasjonsskrivet

skal leveres videre til arbeidsgiver v/lønningskontoret.

SELVANGIVELSE 2007

Medlemmer som betaler hele eller deler av kontingenten via trekkordningen på arbeidsstedet får dette trekkbeløpet for 2007 påført lønns- og trekkoppgaven fra arbeidsgiver.

For medlemmer som betaler hele eller deler av kontingenten direkte til NSF, sender NSF ut lønns- og trekkoppgave for innbetalt kontingent i løpet av 1. kvartal 2008.

Direkte betalende medlemmer med en lavere brutto årsinntekt enn kr 306.207 må dokumentere dette og sende inn kopi av lønns- og trekkoppgaven for 2007. For mye innbetalt kontingent vil bli refundert.

Kontingent innbetalt direkte til NSF blir innberettet til Skattedirektoratet i januar 2008.

SENTRALT AJOURHOLD AV MEDLEMSREGISTERET

Alle henvendelser som gjelder ajourhold av medlemsregisteret rettes til Avdeling for medlemstjenester ved NSF's hovedkontor, enten via internett, telefon, brev eller mail.

Telefon: 22 04 31 00

Faks: 22 04 31 10

E-post: medlemstjenester@sykepleierforbundet.no

Internett:

www.sykepleierforbundet.no

Postadresse:

Norsk Sykepleierforbund
 Avdeling for medlemstjenester

Postboks 456 Sentrum

0104 OSLO

NSFs medlemsforsikringer

– omfattende forsikringstilbud til rimelige priser

Endringer for 2008

Forsikringsordningene har i 2007 vært gjennom flere endringer, og resultatet har blitt et solid forsikringstilbud som utgjør en viktig medlemsfordel i Norsk Sykepleierforbund. For 2008 vil vi fortsette å forbedre forsikringstilbudet, samtidig som vi vil justere på noen av prisene.

Endringene blir slik:

Foreningsgruppeliv Obligatorisk

Forsikringen er forbedret, og gir deg som medlem høyere forsikringssum både ved død og uførhet.

- Forsikringssummen ved død økes fra 300 000 til 350 000 kroner
- Forsikringssummen ved uførhet økes fra 240 000 til 280 000 kroner (reduseres med alder). Ny forsikringssum legges til grunn dersom rett til uførekapi-

tal er inntruffet etter 01.01.08.

- Ingen prisendring

Ansvarsforsikring

Etter forespørsel fra mange medlemmer er forsikringssummen blitt økt betraktelig.

- Forsikringssummen endres fra 3 mill. til 10 mill. kroner
- Ny pris for 2008 er 408 kroner

Innboforsikring

Prisøkning på 36 kroner. Skyldes i sin helhet økt premie til Natur-skadefondet.

- Ny pris for 2008 er 732 kroner

Barneforsikring

Barneforsikring i Norge er et relativt nytt produkt, og vi opplever at bransjen generelt øker prisene pga. negativ skadeutvikling. NSF ser seg nødt til å øke prisen for 2008 av samme årsak.

- Ny pris for 2008 er 960 kroner per barn.

Foreningsgruppeliv Tilleggsforsikring

Prisendringer for tilleggsforsikringene ved død og uførhet er iht. G-økning. Fra 2007 til 2008 øker grunnbeløpet (G) med 6,23 % til 66 812 kroner.

Øvrige skadeforsikringer

Prisene på skadeforsikringene bil, båt, villa etc. ble allerede justert 01.07.07, og for mange har dette gitt en positiv opplevelse. Tar du kontakt med Forsikringskontoret NSF lager vi et tilbud til deg.

Oversikt over prisendringer fra 2007 til 2008:

| | Årlig pris 2007 | Årlig pris 2008 |
|----------------------------------|--------------------|--------------------|
| Innboforsikring | kr 696,- | kr 732,- |
| Innbo utvidet forsikring | kr 156,- | kr 156,- |
| Reise familie | kr 744,- | kr 744,- |
| Reise én person | kr 588,- | kr 588,- |
| Barneforsikring | kr 708,- | kr 960,- |
| Ansvarsforsikring | kr 228,- | kr 408,- |
| Studentinnbo | kr 300,- | kr 300,- |
| Foreningsgruppeliv, Student | kr 768,- | kr 768,- |
| Foreningsgruppeliv, Obligatorisk | pr. måned kr 128,- | pr. måned kr 128,- |

Egenandelsfordel

Nyhet 2008!

Har du tre eller flere forsikringer plassert via NSF der innbo, villa eller fritidsbolig er en av disse, kan du nå opparbeide deg Egenandelsfordel etter følgende skala:

- kr 2 000 etter ett skadefritt år
- kr 3 000 etter to skadefrie år
- kr 4 000 etter tre skadefrie år

Egenandelsfordel kan kun benyttes på følgende produkter: innbo, villa, fritidsbolig, bil, tilhenger, campingvogn, MC, moped eller fritidsbåt.

Egenandelsfordel kan kun benyttes i sin helhet ved skade, og da inntil opparbeidet sum. Dersom du har en skade og velger å benytte deg av den, må den opparbeides på nytt. Dette gjelder også hvis Egenandelsfordel er større enn egenandelen. Det opparbeides kun én sum per kunde. Er du allerede kunde i 2007 og oppfyller kriteriene omtalt ovenfor, vil du ved forfall i 2008 ha opparbeidet en egenandelsfordel på 2 000 kroner.

Forsikringskontoret NSF AS: tlf. 22 04 31 50

- Salg- og rådgivning
- Melde skader foreningsgruppeliv

Vital Skade v/Skadekontoret: tlf. 815 44 135

- Melde tingskader
- Spørsmål tingskader
- Skademeldingsskjemaer, se www.sykepleierforbundet.no/forsikring

Vital Forsikring ASA: tlf. 55 17 80 30

- Salg- og rådgivning - Livsforsikring - Pensjonsforsikring
- Endring Foreningsgruppeliv

Forbundsleder Lisbeth Normann

Stilling: Forbundsleder i NSF

E-post: lisbeth.normann@sykepleierforbundet.no



Vel forlikte?

For noen uker siden feiret regjeringspartiene, KrF og Venstre inngangen til julen med et eldreforlik spekket av gode intensjoner. Både verdighetsgaranti, mer forskning, økt kompetanse og etablering av undervisnings-hjemmesykepleie kan utvilsomt bidra til en bedre helsetjeneste for det syke eldre. Men vil forliket bli omsatt til praksis?

Uten penger blir selv de beste planer uforpliktende. Og penger er mangelvare i eldreforliket. I NSF er vi nå i gang med å foreta en grundig gjennomgang for å anslå både kapasitets- og kompetansebehov. KS har nylig beregnet at forliket vil kreve 60 000 nye ansatte og 2 milliarder kroner. Det

beklagelige i KS' estimater er den nærmest komplette utelatelsen av hjemmesykepleien.

I fjor fikk nesten 130 000 pasienter hjemmesykepleie, og antallet øker med ca. 10 prosent hvert år. De hjemmebaserte tjenestene er avgjørende for at både sykehus og sykehjem skal kunne fylle sine funksjoner. Hjemmesykepleien er både en nøkkel til å avgrense behovet for ressurskrevende institusjonsplasser og for en smidig helsetjeneste. En velfungerende og kompetent hjemmesykepleie gjør at overflyttingsklare pasienter som ønsker å være hjemme, kan skrives ut fra sykehus til oppfølging og behandling i eget hjem. Derfor er det kritisk når KS ikke

tar mer høyde for at denne delen av helsetjenesten må oppgraderes!

Jeg er fornøyd med at eldreforliket initierer at hjemmesykepleien kan forbedres etter modell fra undervisningssykehjemmene. I dag er disse viktige bidragsytere til forskning, fagutvikling og kompetanseheving. De er attraktive arbeidsplasser for sykepleiere og lykkes i å beholde og rekruttere kvalifisert personell.

Og nettopp behovet for økt kompetanse er et sentralt utviklingstrekk i kommunenes helse- og omsorgstjenester. Derfor er det et suksesskriterium at Kompetanseløftet tydeligere rettes mot personell med høyere utdanning. Fremover vil det være et stort behov for ikke bare sykepleiere, men også for sykepleiere med spesialutdanning innen demens, psykiatri, diabetes, kreft og geriatri.

Jeg registrerer at KS har ambisjoner om å sørge for at flere ansatte får tilbud om økt stillingsbrøk. Jeg synes imidlertid lista er lagt lavt når KS har mål om at ansatte i snitt skal jobbe 60 prosent. For sykepleiernes del innebærer det at «målet» er nådd. Med tanke på at 1 av 3 deltidsansatte sykepleiere ønsker å jobbe mer, finnes det mye ubrukt kompetanse som raskt kan komme de syke eldre til gode dersom arbeidsgivere og politikere vil.

Helsetjenesten står overfor et enormt kompetansebehov, og vi må forvente en mer bevisst og målrettet bruk av helsepersonellens kompetanse i fremtiden. Eldreforliket peker en god retning for eldreomsorgen, men det gjenstår å se om de eldreforlikte kommer ut av dette med mer enn fagre ord. Jeg forventer at de tar konsekvensen av sine egne ambisjoner og styrker kommuneøkonomien!



GLEMT: I beregningene av hvordan eldreforliket kan settes ut i live, har KS nærmest utelatt hjemmesykepleien, mener Normann. Arkivfoto: Stig Weston.