

sykepleien

14. august 2008 • 96. årgang

MAGASIN

11

Sykepleiere oppsøker

det harde liv i parken

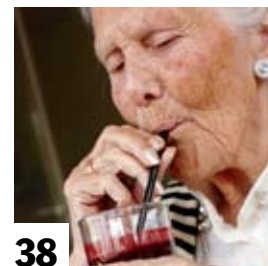
DOKUMENTAR side 20-26

Aker: Tror ikke på en langsom død Side 6

Ti pasienter fikk hepatitt C Side 12

Sunn drink på sykehjemmet Side 38

DILEMMA: Kan du si nei? Side 70





Nyhet!

SPIRIVA®

Nå på blå resept

for KOLS-pasienter
med $FEV_{1} \leq 65\%*$

R03B B04 Tiotropiumbromid

Refusjonsberettiget bruk: Refusjon ytes kun til pasienter med moderat til alvorlig KOLS ($FEV_{1} \leq 65\%$ av forventet verdi).

Refusjonskode:

ICPC	Vilkår	nr.
R95	Kronisk obstruktiv lungesykdom	90

ICD	Vilkår	nr.
J43	Emfysem	90
J44	Annen kronisk obstruktiv lungesykdom	90

***Vilkår:**

90 Refusjon ytes kun til pasienter med etablert KOLS. Diagnosen må være verifisert ved spirometri. Hvis spirometri ikke kan gjennomføres, må årsaken journalføres.

Se preparatomtale side 3

Spiriva refunderes etter §2 ICD-10: J43 og J44/ICPC-2:R95.

Spiriva «Boehringer Ingelheim, Pfizer» Antikolinergikum.

ATC-nr.: R03B B04

T INHALASJONSPULVER, harde kapsler 18 µg: Hver kapsel inneh.: Tiotropiumbromidmonohydrat tilsv. tiotropium 18 µg, laktosemonohydrat 5,5 mg.

Indikasjoner: Bronkodilaterende vedlikeholdsbehandling for å lindre symptomer hos pasienter med kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS).

Dosering: Innholdet i 1 kapsel inhaleres 1 gang pr. døgn, til samme tid hver dag. Inhaleres vha. HandiHaler. Anbefalt dosering bør ikke overskrides. Sikkerhet og effekt hos barn er ikke klarlagt. Preparatet bør ikke brukes til pasienter under 18 år.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for tiotropiumbromid, atropin eller dets derivater, f.eks. ipratropium eller oxitropium, eller overfor hjelpestoffet laktosemonohydrat.

Forsiktighetsregler: Tiotropiumbromid skal ikke brukes til innledende behandling av akutte episoder av bronkospasme, f.eks. til behandling ved behov. Akutte hypersensitivitetsreaksjoner kan forekomme etter inhalasjon av preparatet. Brukes med forsiktighet hos pasienter med trangvinkelglaukom, prostatahyperplasi eller blærehalsobstruksjon. Legemidler som inhaleres kan forårsake inhalasjonsindusert bronkospasme. Hos pasienter med moderat til alvorlig nedsatt nyrefunksjon (kreatininclearance ≤ 50 ml/minutt) øker plasmakonsentrasjonen når nyrefunksjonen reduseres. Tiotropiumbromid skal derfor kun brukes til disse pasientene hvis den forventede nytten av behandlingen oppveier den potensielle risikoen. Pasientene bør advares mot å få pulveret i øynene. Dette kan utløse eller forverre trangvinkelglaukom, gi øyesmerter eller ubehag, forbigående tåkesyn, halo eller fargefenomen sammen med røde øyne som følge av økt blodtilførsel i konjunktiva eller ødem i cornea. Hvis symptomer på trangvinkelglaukom skulle oppstå, skal pasienten slutte å bruke tiotropiumbromid og kontakte lege umiddelbart. Munntørret, som er observert ved antikolinerg behandling, kan over lengre tid forårsake karies. Tiotropiumbromid skal ikke brukes oftere enn 1 gang pr. døgn. Interaksjoner: Samtidig administrering av tiotropiumbromid og andre antikolinerge legemidler er ikke undersøkt og anbefales derfor ikke.

Graviditet/Amming: Overgang i placenta: Kliniske data mangler. Preparatet skal kun brukes ved graviditet hvis strengt nødvendig. Overgang i morsmelk: Ukjent. Preparatet anbefales ikke ved amming hvis ikke den forventede nytten av behandlingen oppveier den eventuelle risikoen for det nyfødte barnet.

Bivirkninger: Mange av bivirkningene kan tilskrives preparatets antikolinerge egenskaper. Munntørret er hyppigst observert ($>1/100$), er vanligvis mild og opphører ofte ved vedvarende behandling. Mindre hyppige: Gastrointestinale: Oral candidiasis, kvalme. Luftveier: Bronkospasme, hoste, faryngitt og annen irritasjon på applikasjonsstedet, dysfoni. Neurologiske: Svimmelhet, hodepine, smaksforstyrrelser. Sjeldne ($<1/1000$): Gastrointestinale: Gastroøsofageal refluksykdom, forstoppelse. Hud: Hudutslett, urticaria, kløe, annen hypersensitivitet (inkl. umiddelbare reaksjoner). Luftveier: Epistakse. Sirkulatoriske: Takykardi, palpitasjoner. Syn: Tåkesyn, økt intraokulært trykk. Urogenitale: Dysuri, urinretensjon, urinveisinfeksjon. Glaukom, supraventrikulær takykardi, atrieflimmer, sinusitt, karies, dysfagi, intestinal obstruksjon inkl. paralytisk ileus, angiødem kan forekomme. Urinretensjon forekommer vanligvis hos eldre menn med predisponerende faktorer (f.eks. prostatahyperplasi).

Overdosering/Forgiftning: Høye doser tiotropiumbromid kan føre til antikolinerge symptomer. Akutt forgiftning ved utilsiktet oralt inntak av tiotropiumbromid kapsler er usannsynlig pga. lav oral biotilgjengelighet.

Egenskaper: Klassifisering: Langtidsvirkende spesifikk muskarinreseptorantagonist. Virkningsmekanisme: Tiotropiumbromid bindes til de muskarine reseptorene i bronkiens glatte muskulatur, og hemmer de kolinerge effektene (bronkokonstriksjon) av acetylkolin. I luftveiene vises en selektiv, kompetitiv og reversibel antagonisme til M3-reseptorene, som fører til relaksering. Effekten er doseavhengig og varer i mer enn 24 timer. Den langvarige effekten skyldes sannsynligvis den langsomme frisetningen fra M3-reseptorene. Bronkodilatasjonen er primært en lokal effekt i luftveiene, ikke en systemisk. Tiotropiumbromid, gitt 1 gang daglig, gir en sig-

nifikant bedring i lungefunksjonen (FEV1 og FVC) innen 30 minutter etter første dose. Vanligvis observeres maks. bronkodilatasjon fra 3. dag. Ingen tegn til toleranseutvikling er sett ved bruk over en ettårsperiode. Dyspné bedres signifikant. En signifikant reduksjon i andel pasienter som får eksacerbasjoner og i antall eksacerbasjoner er vist. Absorpsjon: Absolutt biotilgjengelighet: 19,5%. Lav absorpsjon fra mavetarmkanalen (10-15%). Maks. plasmakonsentrasjon oppnås etter 5 minutter. Proteinbinding: 72%. Fordeling: Distribusjonsvolum: 32 liter/kg. Halveringstid: Den terminale eliminasjonshalveringstiden etter inhalasjon er 5-6 dager. Total clearance: 880 ml/minutt. «Steady state» oppnås etter 2-3 uker. Ingen akkumulering. Metabolisme: Metaboliseres i liten grad. Esteren av tiotropiumbromid gjennomgår ikke-enzymatisk spaltning til inaktive metabolitter. Cytokrom P-450 (CYP 2D6 og 3A4) er involvert i metabolismen av en mindre del av dosen. Utskillelse: 14% via urin, resten via fæces.

Oppbevaring og holdbarhet: Oppbevares $<25^{\circ}\text{C}$. Holdbarhet etter anbrudd av blister: 9 dager. HandiHaler inhalator skal kastes etter 12 måneder bruk.

Pakninger og priser: Enpac: 30 doser + HandiHaler kr 444,60. 30 doser kr 441,30. 90 doser kr 1255,10.

Refusjonskode: ICPC. R95 Kronisk obstruktiv lungesykdom ICD. J44. Annen kronisk obstruktiv lungesykdom ICD. J43. Emfysem

Vilkår: Refusjon ytes kun til pasienter med moderat til alvorlig KOLS (FEV1 $\leq 65\%$ av forventet verdi). - Diagnosen må være verifisert ved spirometri. - Hvis spirometri ikke kan gjennomføres, må årsaken journalføres. Sist endret: 01.06.2008

Bjørn Arild Østby om Bjarne Håkon Hanssen

Stilling: Konstituerende redaktør i Sykepleien

E-post: bjorn.arild.ostby@sykepleien.no

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

Ny manager i Helse-Norge

Helse-Norge er en pengesterk klubb med mange gode spillere. Men laget får det ikke til. Nå lover den nye manageren Bjarne Håkon Hanssen å ta grep.

I forbindelse med statsrådsrokkeringen i sommer ble tidligere Pølse-Hanssen omdøpt til Helse-Hanssen og fikk i oppgave å rydde opp i «sykehuskrisen». Helse-Norge som lag sliter med å ta poeng. Denne måltørken skal snart være over lover den nye manageren i et innlegg i VG etter to uker i sin nye jobb:

«Som statsråd har jeg myndighet til å handle. Og jeg vil handle raskt. I august skal jeg opprette et prosjekt med folk fra mitt eget departement og utenfra, og en styringsgruppe som jeg skal lede selv.»

De to første ukene som ny helse- og omsorgsminister har han også vært Helse-Hanssen. Med tempo som en japansk turist har Hanssen vært på sightseeing i norsk helsevesen. Han har vært innom Stjørdal, Levanger, Mo i Rana, Bodø, Bergen, Stavanger, Fredrikstad, Moss og Sunnaas.

Der fotballag sender speidere rundt på utkikk etter nye gode spillere, speider Hanssen etter gode ideer. Ifølge ham selv har målet med den to uker lange signingsreisen vært å se og lytte, spørre og lære. Hovedkonklusjonen har han imidlertid allerede trukket. Nemlig at «vi bruker for mye penger på feil måte». Nå lover han å bruke resten av ferien til å «tenke nytt og finne gode løsninger på gamle problemer». Med en ny helseminister på plass som har ord på seg for å være handlekraftig, er det skapt forventninger om at det tas politiske grep om sykehusene.

De forskjellige fotballmanagerne har sine system – 4.4.2 – 4.3.3 – 4.5.1 ... Hvilke system har Helse-Hanssen? Det får vi svar på først etter at ferien er over. Men en ting er sikkert: Han kommer ikke til å endre på hovedstrategien – foretaksmodellen.

Hva betyr det egentlig at et sykehus skal drives etter en foretaksmodell? Jo, kort sagt er tanken slik; et sykehus er ikke noe annerledes

i drift enn en hvilken som helst annen bedrift. Det å behandle syke er ikke så ulikt det å for eksempel lage sko. Begge «bedriftene» har inntekter og utgifter. Driften motiveres av å kutte utgifter og øke inntekter. Sykehusenes inntekter er statlige overføringer og pasienter som betaler for behandling fordi de er syke, og utgiftene er blant annet lønn til ansatte, utstyr på sykehuset, vedlikehold ...

Her er vi ved en sentral problemstilling: Bør det lønne seg økonomisk å behandle syke mennesker? Hvis svaret på dette er «nei», bør den nye manageren legge andre premisser enn markedstankegangen til grunn når han utformer helsepolitikken. Helse-Hanssen bør være tøff nok til å se kritisk på hovedstrategien – foretaksmodellen – og legge opp til en strategi som i større grad styres av hva vi, publikum, anser som hovedfunksjonen til det offentlige, felleseide helsevesenet vårt, nemlig å ta vare på folk og behandle dem som er syke.

For fotballklubber ville det vært en ønske-drøm å oppleve at ventelisten for å komme på kampene øker. Men ikke for den nye manageren i Helse-Norge. Tvert om er det hovedutfordringen. For han vil nemlig ikke bygge nye fotballstadioner med plass til flere.

Og Helse-Hanssen har det travelt. Finalen spilles nemlig i september neste år. Derfor lover han i VG-innlegget «å legge fram en plan for en bedre helsetjeneste – der pasienten ikke blir en kasteball mellom sykehus og kommunen og der det ikke sløses med helsekronene» allerede i april neste år. Men hva med å beholde og rekruttere nye spillere?

Færre og færre ungdommer drømmer om å bli sykepleiere. Søkningen til yrket har gått jevnt og trutt nedover fra midten av 1990-tallet, fra 15 805 søkere i 1994 til 9 909 i år. Bare de to siste årene har søkningen til sykepleieryrket gått

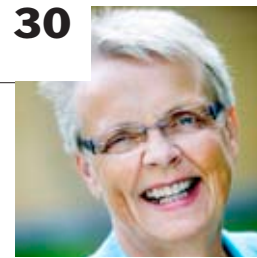


Finalen spilles i september neste år, påpeker konstituert redaktør Bjørn Arild Østby. Foto: Stig Weston

ned med over 10 prosent. Og manageren for Norges rikeste klubb bør ikke være ukjent med årsaken. Ungdommen ønsker seg en jobb der de får utnyttet sin kompetanse fullt ut og der de får skikkelig betalt. De ønsker seg heller ikke en tilværelse på innbytterbenken. Den utstrakte bruken av deltidsstillinger og vikariater skremmer mange fra yrket.

Uten spillere klarer heller ikke Helse-Hanssen å stille lag i framtiden.

Bjørn Arild Østby



Forsidefoto: Leif Gabrielsen

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

Konstituert ansvarlig redaktør

Bjørn Arild Østby
tlf. 22 04 33 59 / 93 03 09 05
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 Tror ikke på langsom død
- 9 **Vi bare spør:** Kjell Erik Øye
- 10 Folk
- 12 Ti pasienter fikk hepatitt C på sykehus
- 12 – Helsearbeideren må ivaretas
- 16 Deilig å være svensk i Norge
- 17 Kan bli mangel på spesialsykepleiere i Sverige
- 18 Moderat fornøyd
- 19 Ønsker homo-dialog med NSF
- 20 **Dokumentar:** Oppsøkende tjeneste i Oslo
 - Gjemt og glemt
 - Vanskeligere med akutt
- 28 Evidenstilhenger slår tilbake
- 29 Ikke erstatning for rygg- og nakkelidelser
- 30 **Tett på:** Aud Blankholm
- 34 Tja til klimakamp
- 35 Ingen stengte skoledører
- 36 Gratis for legestudenter, 1000 kr. for sykepleierstudenter
- 37 Vil ha ny praksisordning
- 38 **Fagtema**
 - Hva er et undervisningssykehjem?
 - Kvalitetsheveren
 - Verktøy for god praksis
- 44 **Bøker:** Månedens bok
 - Anmeldelser
 - 9 spørsmål til Tove Skagestad
- 48 Vær smart NÅ!
- 51 Bamsen Bjørnar opereres
- 52 **Tema:** Rett hjem
 - Tilsyn i hjemmetjenesten
 - – De venter på oss
- 57 Deppa av diabetes?
- 65 Aksjefall etter Ullevålstudie
- 68 Minneord
- 70 Dilemma: Med rett til å si nei?
- 73 **Refleks:** Anders Folkestad
- 74 Siden sist
- 75 Meninger
- 78 Quiz
- 79 Før

Fag i utvikling:

- 42 Verktøy for god praksis
- 56 Fagdebatt om kampen mot hjerte- og karsykdommer
- 58 Diabetes på ungdomspsykiatrisk avdeling
- 60 Kulturkunnskap inn i sykepleien
- 66 Fagdebatt om autonomi og omsorg
- 72 Fagnotiser

- 80 Sykepleien JOBB – ledige stillinger
- 104 Meldinger, skoler og kurs

112 NSF: Lønnsoppgjøret

- Likestiller ikke yrkesskadde
- NSF støtter likelønnskommisjonen

114 Lisbeth Normann om kompetanse og dødelighet**Kulturkunnskap for sykepleiere**

«Helse handler ikke om sykdom, men om å leve i harmoni» sa en av de indianske informantene i sykepleierforskeren dr. Leiningers studie. I fagartikkelen belyser Heidi Nordahl hvordan kjennskap til andre kulturer kan bedre pleiens kvalitet og styrke det forebyggende helsearbeidet.



Foto: Ba Mathisen

Hovedstadsprosessen:

Tror ikke på langsom



Administrerende direktør Hulda Gunnlaugsdottir ser store muligheter for Aker sykehus i spillet om funksjonene mellom Oslo-sykehusene. Forslaget som er lagt fram innebærer store forandringer for nesten alle avdelinger i sykehusområdet.

21 000 ansatte på fem sykehus i Oslo-området må belage seg på store og mindre omveltninger når kabalene blir lagt for Helse Sør-Øst strategiske utvikling 2009 – 2020. Det gjøres på styremøtet i Helse Sør-Øst i november.

Går forslagene gjennom vil blant annet psykiatritilbudet flyttes fra Ullevål og samles på Aker, mens sistnevnte mister viktige regionsfunksjoner som urologi, karkirurgi, endokrinologi og akuttkirurgi. Det har tatt mange år å bygge opp kompetansen og fagmiljøet på Aker. Derfor vekker også forslaget harme og bekymring.

– Akkurat dette kan være vanskelig å akseptere. Derfor må vi se ekstrene på konsekvensene, og argumentere for og imot en slik

løsning. Det er viktig å legge til side egne personlige meninger i en slik prosess. Pasientbehandlingen må hele tiden stå i fokus.

– Aker er viktig

Mange har sterke meninger om nettopp Aker sykehus, et av fire universitetssykehus innenfor et svært lite geografisk område. Fremtidens modell innebærer blant annet at pasientgrunnlaget i Follo og Alna bydel i Oslo flyttes til Nye Ahus, mens Aker deler lokalsykehusfunksjon for Oslo, sammen med Diakonhjemmets sykehus og Lovisenberg Diakonale sykehus. En slik løsning kan bety en langsom død, frykter venneforeningen, fagfolk og politikere som kjemper for sykehusets rett til å leve.

Men ryktene om Akers fremti-

dige død er betydelig overdrevet, ifølge sykehusdirektøren.

– Aker/AUS vil bestå i fremtiden. Helt klart. Det er et stort behov for oss.

– *Hvordan?*

– Å være stort lokalsykehus i Oslo er veldig bra! Tenk på alle de utfordringene i tillegg til de velkjente lokalsykehusfunksjonene innen somatikk, psykiatri og rus: Forskjellen på levealderen i Oslo øst og vest er på hele 13 år, rusproblematikken, minoritetsgruppene, og livsstilssykdommene, psykiatrien skal styrkes, det er et stort sykefravær i befolkningen. Det finnes en rekke andre storbyproblemstillinger. Det er mer enn nok oppgaver å ta av, sier Gunnlaugsdottir.

– *Har du gjort deg noen tanker om hvorfor det har vært så mye medieoppmærksomhet om Akers fremtidige rolle?*

– Jeg tror det har vært noen sterke stemmer som har klare meninger hvordan helsevesenet skal utvikle seg og hvor en kan hente pengene. Aker har ikke tradisjonelt vært de som snakker høyes og/eller tatt seg

til rette innen sykehusvesenet og derfor lett hoggestabbe for dem som mener at de er meningsberettiget på fremtiden og ofte setter ord på det som er mest interessant og populært innen medisin. Disse stemmene har blitt hørt, det er en annen tidsepoke både for helsevesenet/sykehusvesenet og Aker, sier hun.

– Tidligere medieoppslagene om Akers usikre fremtid har vært belastende for mange som jobber her

En sjanse til forbedring

Hovedstadsprosessen er den største omstillingen for Oslosykehusene noensinne, Akers øverste leder ser på den som en gylden anledning til å få gjort forbedringer.

– Aker har aktiv deltakelse på alle arenaer og prosesser der vi mener er viktig å delta og sier klart hva vi mener er det beste for pasientene og hvordan helsekronene skal forvaltes.

Hun er heller ikke redd for å feile.

– En leder som ikke tør å gå nye veier er en «dead duck». Det er heller ingen skam å snu hvis veivalget viser seg å være feil. En sykehusdi-

død



Hva skjer med Aker?

Hvis forslagene i Hovedstadsprosessen går gjennom vil dette skje:

- Aker får lokalsykehusfunksjon for Oslo, sammen med Diakonhjemmets sykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus (unntatt Grorud, Stovner og Alna som vil få sykehustjenester fra Ahus)
- Psykiatritilbudet samles og styrkes på Aker, det inkluderer regionfunksjoner.
- Aker beholder ansvaret for rusbehandlingen, det inkluderer regionsfunksjon.
- Aker mister regionsfunksjoner innenfor kirurgi, urologi og endokrinologi
- Pasientgrunnet i Follo og Alna flyttes til Ahus
- Ullevål og Rikshospitalet får universitetsfunksjon, med Aker som støttespiller.

rektør må gjøre risikovurderinger og synliggjøre konsekvenser og gevinster og deretter prioritere. Samhandling er et nøkkelbegrep, og et riktig grep i det vi nå skal gjøre.

Holdningene og endringsviljen hos de ansatte vil være svært avgjørende for resultatet.

– Vi er alle forpliktet til å være med i denne prosessen, og vi må regne med endringer. Noen må flytte, og noen får nye arbeidsoppgaver.

Nettopp nå stokes kursen ut, forslagene er sendt ut på høring og sykehusdirektøren understreker hvor viktig det er å være på banen. Når høringsfristen er ute i oktober, skal Helse Sør-Øst sette sammen brikkene til en helhet. Da bør innspillene veie tungt og ligge til grunn for justeringer og endringer.

– Hvis det er mange som peker på det samme, må det være noe i det, sier Gunnlaugsdottir.

Intenst, men ikke for fort

– Fort, er hennes umiddelbare svar på spørsmålet om inntrykket av

hovedstadsprosessen så langt. Men så husker hun brått lange linjer og nyanserer svaret i neste sekund.

– Jeg syntes det gikk veldig tregt i begynnelsen, i fjor høst, og var en av dem som sa: «Kan vi ikke komme i gang!» Så jeg kan ikke først klage på det har gått for sakte, så etterpå si at det har gått for fort! ler hun.

– Men det har vært et veldig intenst arbeid, særlig i sykehusområdet sentrum, med flere ukentlige

møter internt og eksternt. Ledergruppen og hovedtillitsvalgte på Aker har vært på studieturer til Stockholm og København, byer som har vært gjennom og er i lignende prosesser, turen har gitt stort faglig utbytte.

– Har det vært veldig vanskelig å komme frem til enighet?

– Nei, det synes jeg ikke. Vi har ikke alltid vært enige, men vi har hele tiden klart å skille mellom sak og person.



MYE Å GJØRE: Aker vil få store og viktige oppgaver i rollen som lokalsykehus for Oslo, påpeker administrerende direktør Hulda Gunnlaugsdottir.

– Må overbevise sykepleierne

Det er 4000 ansatte på Aker universitetssykehus. Om lag 1000 av dem er sykepleiere.

– Jeg tror man må overbevise sykepleierne om at denne omstillingen vil føre til bedre pasientbehandling. Da tror jeg at veldig mange vil være

med på dette, sier NSF tillitsvalgt Anitra Johannessen.

Hun betegner samarbeidet med sykehusledelsen som svært bra, men er ikke sikker på hvor sterk forankringen er blant sykepleierne.

– Til nå er det nok mange som ikke helt vet hva konsekvensene kommer til å bli og når endringene kommer til å skje. Derfor virker

prosessen fremdeles abstrakt.

Urologisk sengepost kommer til å bli svært berørt om forslaget om urologi går gjennom. Men når Sykepleien er på besøk er det veldig stille før den varslede stormen. Ingen av sykepleierne ønsker å gi sin kommentar til Hovedstadsprosessen.

– Vi vet jo ikke noe særlig om dette, sier en av sykepleierne.



Vil du jobbe på Norges beste arbeidsplass? Flytoget trenger flere verter.

Ønsker du en attraktiv og spennende jobb, med hyggelige kolleger og kunder? Flytoget vokser og søker deg som er serviceinnstilt og glad i å jobbe med mennesker. Du vil være Flytogets ansikt utad, og ha ansvar for service og sikkerhet for våre passasjerer. Som vert i Flytoget må du være over 21 år, ansvarsfull, serviceinnstilt, ha flytende norsk- og engelsk-kunnskaper og ha god fysikk.

Vi trenger personer til både heltids og deltidsstillinger. Alle nye verter får seks ukers lønnet opplæring i regi av Flytoget.
Vil du vite mer? Se www.flytoget.no/ledigestillinger eller www.finn.no



Enkleste vei til og fra Oslo Lufthavn

Kjell Erik Øie

Alder: 48 år

Aktuell som: Sykepleier og statssekretær (Ap) i Barne- og likestillingsdepartementet.

BAKGRUNN:

Kjell Erik Øie har vært aktiv både i homobevegelsen og Sykepleierforbundet. Statssekretær har han vært siden 2005. Han får del av æren for den nye ekteskapsloven som ble vedtatt i juni. Homofile og lesbiske kan nå gifte seg. Og retten til assistert befruktning for lesbiske par ble vedtatt med 23 mot 17 stemmer i Lagtinget. Det ble også vedtatt at helsepersonell kan reservere seg mot å delta ved slik befruktning.

Hva synes du om at helsepersonell kan reservere seg mot å delta i assistert befruktning av lesbiske?

– Det var ikke regjeringens forslag. Vi er uenig i en slik løsning. Men jeg respekterer at stortingsflertallet har et annet syn. Det følger vi opp.

Ser du noe etisk problematisk ved reservasjonsretten?

– Jeg mener man skal være tilbakeholden med å gi helsepersonell adgang til å velge bort enkeltgrupper. Samtidig respekterer jeg stortingsflertallet. Men jeg vil understreke at i praksis vil det bare bety at når noen reserverer seg, vil man sette inn andre som kan utføre befruktningen.

Hva gjør en sykepleier som vil reservere seg?

– Det må lages retningslinjer om dette. Men det er to hensyn å ta: Pasientene skal få det de har rett på. Og helsepersonell som av samvittighetsgrunner vil fritas, har rett til det. Fritaket gjelder ikke bare befruktning av lesbiske.

Å nei?

– Nei, reservasjonsretten gjelder assistert befruktning generelt, både for hetero- og homofile.

Hva vil du si til helsepersonell som vil bli berørt av den nye loven?

– Jeg vil være varsom med å gi råd til den enkelte. Jeg vil ikke legge føringer for noens valg.

I hvilken grad er den nye ekteskapsloven din baby?

– Hum-hum. Æhh... Enhver lov har mange mammaer og pappaer. Jeg har hørt at noen har kalt meg ekteskapslovens jordmor. Et slikt uttrykk lever jeg godt med.

Hva er ditt favorittpunkt i loven?

– Det må være at ekteskapsloven gjelder for alle. Den slår fast at det ikke skal være gradering på heterofilt og homofilt samliv.

Du har mannlig partner. Skal du gifte deg nå?

– Blir vel til det.

Hvordan?

– Det kan gjøres veldig enkelt. Vi har betraktet oss som gift ganske lenge.

Hvor enkelt er det?

– Hvis begge er enige, er det bare å fylle ut et skjema og varsle. Da blir partnerskapet konvertert til ekteskap. Nå kan ingen lenger inngå nye partnerskap.

Så kirkebryllup blir det ikke?

– He-he. Nei, vi har gitt kirken en rett, men ikke en plikt til å vie homofile. Så kirkebryllup blir det først når kirken vil.

tekst **Marit Fonn** foto **Erik M. Sundt**

(Se også dilemma s. 70)



Bente Slaatten mektig NSF-leder, ifølge Kapital

Bladet Kapital kåret i juni Norges 100 mektigste kvinner. På listens 38. plass troner **Bente Slaatten**. Problemet er bare at Kapital ikke har fått med seg at Slaatten gikk av som leder av Norsk Sykepleierforbund (NSF) i fjor. Som begrunnelse for at hun er med, står det: «Leder Norsk Sykepleierforbund, styremedlem i sykepleiernes samarbeid i Norden, styreleder i Forsikringskontoret NSF, samt nestleder i Unio Hovedorganisasjonen for Universitets- og Høyskoleutdanna».

Vi spør Kapital om det betyr at det egentlig skulle stått Lisbeth Normann der? Svaret kommer på e-post fra journalist Vibeke Holth i Kapital:

– Kapital beklager den inkurien som er oppstått i forbindelse med Bente Slaattens plassering på listen, hvor vi for øvrig vurderte 450 dyktige og svært kompetente damer. Siden makt ofte er noe man bygger opp over tid, er det ikke gitt at Lisbeth Normann arver Slaattens plassering på listen. Men det blir det jo spennende å følge med på til neste år!



MEKTIG uansett hvor hun er, kanskje?



Nytt blod i Sykepleien Forskning

Fra august har Sykepleien Forskning fått ny redaktør. **Anners Lerdal** som tidligere har sittet i bladets redaksjonskomité, skal nå overta stafettpinnen etter Leena Honkavuo. Som medredaktør vil han ha med seg Liv Merete Brynhildsen Reinar.

I tillegg til redaktørstillingen, skal Lerdal også virke som forsker (førsteamanuensis) ved Høgskolen i Buskerud og forskningsveileder ved Aker sykehus.

– *Hvordan blir det å ha tre jobber?*

– Jeg er et arbeidsmenneske. Så lenge de ulike oppgavene glir såpass mye inn i hverandre, skal det gå greit. Vi har også en meget kompetent og engasjert redaksjonskomité.

– *Hvordan vil leserne merke redaktørskiftet?*

– Vi vil drive mer utadrettet virksomhet gjennom å tilby kursing av forfattere som ønsker å publisere i bladet. Jeg er også den første redaktøren som er aktiv forsker ved siden av redaktørjobben. Målet er å få klinisk relevante artikler med en bredde der både kvalitative og kvantitative metoder er representert.

Til topps i Oslo

Signe Ryen (til høyre) er kåret til årets sykepleier, og **Fanny Bruserud** (til venstre) ble årets sykepleierleder 2008. Ryen har jobbet på Aker universitetssykehus siden 1974 hvor hun blant annet var med på å etablere landets første slagenhet. Hun ble også landets første slagsykepleier og var en av initiativtakerne til Forum for slagsykepleie. Engasjementet for videreutvikling av sykepleierfaget deler hun med Bruserud. Som avdelingsleder ved Kirurgisk klinikk, Transplantasjonskirurgisk sengepost på Rikshospitalet, har hun vært en pådriver for å gi sine ansatte faglig påfyll. Juryen trekker også frem hennes evne til å skape et godt sosialt arbeidsmiljø.

Sa opp i protest

Ellen Valen, spesialsykepleier i geriatri, fikk nok av uforsvarlig lav bemanning på arbeidsplassen sin ved et av Bergens nye sykehjem. I slutten av juni sa hun opp i protest og begrunnet oppsigelsen med et leserinnlegg i Bergens Tidende, hvor det blant annet står:

«Hverdagen på dette nye og fine sykehjemmet ble et nytt sjokkmøte med eldreomsorgen. Hvordan er det mulig å bygge noe så flott, og forsvare en drift med elendig bemanning? (...) Dette har jeg ikke samvittighet til å være med på. I går leverte jeg min oppsigelse. Dette er et nødkrik til politikerne, som har et ansvar de ikke kan løpe fra. Det er ikke mulig å gi god, sikker og forsvarlig pleie med dagens pleiefaktor.»

Les hele brevet samt oppfølgingsdebatten på www.bt.no/meninger/debatt/article588947.ece



Vi siterer Kåre Willoch

– Dessverre er hele sykehusreformen i ferd med å falle mellom flere stoler. Sykehusene eies av staten, men styres i dag etter «fakkeltogmetoden».

Tidligere statsminister Kåre Willoch til Dagsavisen.

”Det kan godt være at det klør utvendig. Men selve soppen er innvendig.”



1-dags behandling av underlivssopp

Canesten® 1-dags kombinasjonspakning inneholder både en skjedestikkpille og en krem. Det er som regel ikke nok kun å behandle med krem utvendig.



Du bør også behandle soppen som finnes inne i skjeden med skjedestikkpillen ellers kommer soppinfeksjonen lett tilbake!



Med bare én enkelt behandling fjerner skjedestikkpillen irriterende symptomer som kløe og svie i tillegg til at den kurerer infeksjonen. Canesten® selges reseptfritt på apotek. Les mer på www.canesten.no

ETT PROBLEM MINDRE

10 ÅR 1998-2008
bokkilden.no
 Vi har den. (Uansett hva du studerer.)



Sjekk våre
 jubileumstilbud!
bokkilden.no

Veil. pris: 835,-

674,-



Opptil

**30%
 RABATT**

på pensum-
 bøker

Veil. pris: 740,-

494,-



Norges største nettbokhandel

Ti pasienter fikk

De ti pasientene som ble smittet av kirurgen på sykehuset i Tromsø, er nå under behandling.

Pasientene får også hjelp til å søke pasientskadeerstatning, forteller Anne Husebekk, professor i immunologi og leder for forsknings- og kvalitetsenheten på Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN).

Det var i oktober i fjor det ble kjent at en kirurg hadde smittet to pasienter med hepatitt C. Kirurgen visste ikke selv at han var smittet. Sykehuset tilbakesporet så 400 pasienter som hadde blitt utsatt for smitterisiko. Det er stadfestet at ti av disse er blitt smittet av hepatitt C.

Kirurgen er blitt behandlet og er nå frisk og i arbeid igjen.
 – Vi regner også med at pasientene blir friske etter behandling, sier Husebekk.

Skal personalet testes?

Samtidig har Helsedirektoratet satt i gang en arbeidsgruppe som skal vurdere hvordan helsetjenesten skal forholde seg til helsearbeidere som er smitteførende med blodbårne virus, altså både hepatitt B og C og hiv. I dag mangler gode retningslinjer og rutinene varierer.

– Helsearbeideren

«Når helsearbeideren smittes» blir tema når operasjonssykepleierne i Tromsø skal ha fagseminar i høst.

Valget av tema har bakgrunn i hepatitt C-saken på UNN. Unni Igesund, leder i Tromsø-operasjonssykepleierne faggruppe, ser mange problemstillinger knyttet til hepatittsmitte og ønsker seg en grundig debatt.

– Vi er eksponert for alle typer smitte, men vi er ikke alltid så

flinke til å stille krav til smittevern-utstyr og rutiner, sier hun.

– Rettigheter før tvang

Igesund, som også er faglærer på videreutdanningen i operasjonssykepleie, påpeker at det er ulik praksis med å screene pasienter med blodsmitte.

hepatitt C på sykehuset

– Hovedpoenget er å se på hvordan arbeidsgiver kan ivareta kravet om forsvarlige tjenester overfor pasienten, sier seniorrådgiver Anne Christine Breivik i Helsedirektoratet.

Arbeidsgruppen skal blant annet se på behovet for testing av helsepersonell og vurdere det rettslige grunnlaget. Skal alt helsepersonell – eller bare utsatte grupper – få et tilbud om frivillig testing? Eller bør det være obligatorisk testing av utsatte yrkesgrupper?

Gruppen skal også se på retningslinjer for å håndtere smittet personell. Yrkeskadedekning er nok et punkt.

Testing av pasienter blir ikke et tema for arbeidsgruppen, men den skal vurdere behovet for å utrede dette nærmere.

Sykepleieradvokaten er med
Helsedirektoratet har kartlagt hvilken praksis helseforetakene har på området. Hvilke prosedyrer har de? Hvilke tiltak velger de når noen er smittet? Det er også bedt om statistikk over stikkskader under invasive inngrep.

– Vi har fått oversikten. Den vil arbeidsgruppen se på, sier Breivik.

I arbeidsgruppen er det representanter fra Kunnskapsenteret, Folkehelseinstituttet, Helsedirektoratet, Legeforeningen og Tannlegeforeningen. Advokat Even Kokkvoll i Norsk Sykepleierforbund er også med.

Gruppen skal ha sitt neste møte 21. august og arbeide utover høs-



Faksimile Sykepleien 5/2008: Etter hendelsen i Tromsø arbeides det nå med nye retningslinjer for hele helsevesenet.

ten. Den skal så levere rapport til Helsedirektoratet. Om saken skal på høring, er ikke bestemt.

må ivaretas

– Man kan jo spørre seg: Hvem er egentlig i risikogruppen? Gamlemor som blir operert? Eller operasjonspersonalet som har hull i hansken?

– Hva synes du om obligatorisk testing av helsepersonell?

– Pasientene må kunne føle seg trygge på at de ikke utsettes for smitterisiko, og vi som helsearbeidere må utføre jobben forsvarlig. Samtidig skal vi vite at vi blir ivaretatt dersom vi smittes. Vi bør ha på plass regelverk og rettigheter for arbeidstakerne før man innfører tvungen testing.

Er doble hansker nok?

Hun tror mange tester seg når de blir stukket, for eventuelt å kunne starte behandling og for å dokumentere «yrkesskaden». Selv har hun stukket seg to ganger – og testet seg.

Men hun forstår at mange vegrer seg for å teste.

– For hva skjer hvis du ikke får jobbe lenger etter å ha tatt en lang utdanning? Hva er vi forsikret for? Og hva med studenter i praksis? Blir de ivaretatt hvis de blir smittet?

I dag er det ingen plikt å teste seg, men kravet om forsvarlighet

gjelder som ellers.

– Hva hvis jeg stikker meg, men velger at jeg ikke vil vite om jeg er blitt smittet? Tilfredsstiller jeg forsvarlighetskravet ved å bruke doble hansker? Det er forsket på hvor ofte det går hull på hanskene og ved hvilken operasjon risikoen er størst. Dette har nok ført til at flere bruker doble hansker.

Hun påpeker at ved å bruke indikatorhansker vil hull oppdages med en gang, og dermed begrense smitte mellom helsearbeider og pasient. Hanskene har to ulike farger, og ytterhansken vil endre farge når det går hull på den.

Seminar på Sommarøy

Igesund ønsker alle interesserte velkommen på seminaret som skal finne sted på Sommarøy 5. til 7. september.

– Folk fra hele landet bør delta, også andre yrkesgrupper. Vi har fått fatt i sentrale forelesere, sier Igesund som håper å komme fram til gode retningslinjer og rettigheter som sikrer tilgangen på helsearbeidere til utsatte jobber.

Unngå stikkskader

- ny IV-kanyle med sikkerhetsdetaljer



... utmerkede punksjonsegenskaper og mindre smerte



Nytt Vasofix® Safety design:

- * Venekanylen med selv-aktiverende nålstikkbeskyttelse. Dekker nålespissen automatisk etter bruk.
- * Fleksibel punksjonsvinkel og mindre motstand ved kateterinnføring.



Bsafe B | BRAUN

Ønsker du informasjon eller vareprøver, ta kontakt med oss.

B | BRAUN
SHARING EXPERTISE

B. Braun Medical AS
3142 Vestskogen
Telefon: 33 35 18 00
officemail.bbmn@bbraun.com
www.bbmun.no

Svensk rapport

om stikkskader

I 2005 publiserte det svenske Vårdförbundet og Swedish Medtech (tidl. SLF) rapporten "Stick- och skärskador samt blodexponering i vården".

Denne første svenske rapporten belyser med all tyngde spørsmålene omkring eksponering og risiko for blodsmitte innen helsevesenet.

Resultatene baseres på svar fra 1200 deltagere blandt Vårdförbundets medlemmer. Ca. 80% av de spurte oppgir at de har vært utsatt for stikk- eller kuttskade.

Hyppigste årsaker:

- Arbeid under tidspress
- Uventet pasientbevegelse/urolig pasient
- Akutte prosedyrer
- Feilbruk av utstyr
- Manglede rutiner for håndtering av utstyr
- Manglende beskyttelse på utstyr
- Uoppmerksomhet
- Vanskelige arbeidsforhold

Les hele rapporten under www.vardnet.se



Unngå stikkskader

Vasofix[®] Safety

- beskyttelse for den profesjonelle



B | BRAUN
SHARING EXPERTISE

B. Braun Medical AS
3142 Vestskogen
Telefon: 33 35 18 00
officemail.bbm@bbraun.com
www.bbraun.no

Deilig å være svensk i

OSLO: Kollegaen Linda Billberg og Maria Eliasson startet det nye året med å bytte den svenske hovedstaden mot den norske. Nå har de lyst til å bli.

I et halvt år har de jobbet på Radiumhospitalet i Oslo i stedet for onkologen på Karolinska i Stockholm.

– Det var mest for å gjøre noe nytt og tjene litt ekstra penger jeg reiste til Norge, sier Linda Billberg.

Hun og Maria Eliasson deler leilighet med ytterligere to sykepleiere på Majorstua og trives godt med sin norske tilværelse. Billberg kan tenke seg å fortsette å jobbe i Oslo. Eliasson funderer på å ha Sverige som base, men komme tilbake og arbeide enkelte helger eller kortere perioder.

Lønnen lokker

På sine heltidsengasjementer får de to mellom 8-10 000 kroner mer hver måned enn de får i Sverige. Vil de hoppe inn en ekstra helg, er det ikke noe problem. Dessuten står arbeidsgiveren for fri bolig og en gratis hjemreise i måneden.

Ett klikk ga jobb

Billberg har rukket å jobbe to og et halvt år etter grunnutdanningen og autoriseringen, Eliasson enda ett år. Som så mange andra kom de til Norge via et bemanningsbyrå som søkte sykepleiere til engasjement. I tillegg til å ha kontakten med arbeidsplassen og sette opp vaktene, tar byrået hånd om mye av det praktiske. Det hjelper bland annet til å ordne norsk sykepleierautorisasjon og forsikringer.

De svenske sykepleierne meldte sin interesse på nettsiden og ble raskt oppringt. Selv arbeidsgiverne

på Karolinska stilte seg positive.

– Det var ikke vanskelig å få permisjon, alle var veldig hjelpsomme, sier Billberg.

– Etterpå fikk vi ordnet papirene. Det trengtes flere ulike dokumenter for å få norsk autorisasjon, bland annet kopier av ansettelsesbevis, svensk pass og eksamensbevis.

Papirarbeid

Alle dokumentene som ble sendt fra Sverige må stemples av rett instans for å være gyldige. Hvordan de skulle gå fram fant de informasjon om på bemanningsbyråets hjemmeside.

– Når vi hadde fått sendt inn alt, tok det en måned å få norsk skattekort og norsk autorisasjon forteller Eliasson.

– *Hvor ulike er arbeidsoppgavene i de to landene?*

– Personaltettheten er omtrent den samme. Jobbmessig kan enkelte rutiner være litt forskjellige, men stort sett er det likt. Siden vi er ansatt på en vikarpool, er vi alltid på samme sykehus, men på ulike avdelinger. Som vikar er du aldri avdelingsansvarlig. Og som vikar kan du ikke planlegge så langt frem, fordi du ikke vet når du må på jobb. De kan ringe på dagen og spørre om du kan jobbe på kvelden, forteller Eliasson.

«Svorsk» i journalen

De er enige om at språket ikke utgjør noe problem. De lærte seg raskt nødvendige faguttrykk på norsk. Journalene skrives på en

slags «svorsk», altså en svensk-norsk blanding, men de tror ikke dette skaper noen problemer med tanke på pasientsikkerheten.

– Vi arbeider jo på onkologen både i Sverige og Norge, og det gjør naturligvis alt lettere når man kjenner fagområdet. Ellers hadde det kanskje vært vanskeligere å komme inn i det.

Statusen i yrket opplever de som likeverdig. Og begge synes at de utvikles faglig.

– Å jobbe på flere avdelinger lærer oss mye. Det gjelder å kunne tilpasse seg raskt, sier Eliasson.

– Ja, siden vi hopper mye fra sted til sted gjelder det å være trygg i sin yrkesrolle. Jeg vet hva jeg gjør, selv om det ikke gjøres på samme måte. Så gjelder det å være åpen for at noe er annerledes. Alle har sine rutiner, sier Linda Billberg.

SVORSK: Maria Eliasson og Linda Billberg syntes det gikk greit å finne seg tilrette i det norske arbeidslivet.



Norske MRSA-regler strengest

Hyppe vekslinger mellom vakter i svenske og norske sykehus skaper bekymringer rundt kontroll av smitte og bakteriekulturer.

– Alle nordiske land har rutiner for å dyrke MRSA for den som har jobbet utenlands, sier hygienesykepleier Kerstin Mannerquist ved det svenske smitteverninstituttet.

Norge



Kan bli mangel på spesialsykepleiere i Sverige

Samme kunnskap blir verdsatt betydelig høyere på vestsiden av kjølen. Det har svenske sykepleiere oppdaget.

Mange svenske sykepleiere velger å spe på lønna ved å jobbe i Norge i kortere eller lengre perioder. Dette er godt merkbart i grenselänet Värmland. Det kan Eva Strandh, leder av Vårdförbundet i Värmland bekrefte.

– Lønnen er så mye bedre og arbeidstiden 37,5 timer i uken. I en halvtidsstilling i Norge får du nesten like mye som for heltid hjemme i Sverige. Selv relativt nyutdannete får raskt jobb. Vi synes absolutt det er en god måte å få mer i lønningsposen på. Men vi burde tenke gjennom hva konsekvensen er av at så mange initiativrike sykepleiere drar av gårde.

I Sverige er arbeidstiden 40 timer per uke, og 38,25 timer ved skiftarbeid i sykehus.

Lav lønn i Värmland

Stockholm topper lønnstabellen for sykepleiere, mens Värmland havner i bunnen. Det begynner å merkes på avdelingene. Kommuner nær den norske grensen får ikke alltid besatt ledige stillinger like lett.

– Arbeidsgiverne begynner å få vanskeligheter med å rekruttere spesialsykepleiere til operasjon, røntgen og anestesi. De som fins har kanskje i stedet valgt å jobbe i Norge. Det kan bli et problem både for helsevesenet og befolkningen, mener Eva Strandh.

Personalsjef Gunnar Blomquist i Värmlands läns landsting mener det haster å ta fatt i problemet.

– Generelt mangler det ikke sykepleiere på sykehusene i Värmland, men mangelen merkes derimot innen enkelte spesialfelt. Hvilke spesialfelt dette rammer varierer over tid. Dette er selvfølgelig bekymringsfullt for helsevesenet. Vi forsøker å oppmuntre til videreutdanning.

Stiller større krav

Det norske bemanningsbyrået Achima Helse opplever at svenske sykepleiere som søker seg til Norge har blitt mer kvalitetsbevisste.

– Sykepleierne vil ha god lønn, men legger også stadig mer vekt på å finne en utviklende og inspire-

rende jobb, sier daglig leder Tom Tidemann.

Achima Helse ble startet i 2001. Et år etter start var firmaets omsetning på 20 millioner. Nå er den oppe i 250.

Kan velge arbeidstider

Majoriteten av sykepleierne i Achimas registre er svenske. I dag har firmaet 1 700 svenske sykepleiere som mer eller mindre regelmessig jobber i Norge. Over 40 prosent er spesialsykepleiere.

– Vi setter veldig pris på svensk helsepersonell. De er fantastisk kunnskapsrike yrkesmessig og har en høy etikk og arbeidsmoral. De gjør omtrent 500 årsverk her, forteller Tidemann.

– Arbeidsmessig dekkes hele spekteret: Noen har fast stilling, andre kommer for å jobbe et par uker hver sommer, noen reiser hit for å ta noen helger per måned.

Andre kommer for å jobbe intensivt noen uker av gangen. Så har de fri en lang sammenhengende periode og kan reise hjem.

– Svakheterne er naturligvis om prøvene ikke blir riktig tatt eller om det ikke blir gjennomført konsekvent. Enkelte må betale prøven selv, noe som kanskje ikke direkte oppmuntrer til å gjennomføre den. Men så vidt vi vet fungerer det bra selv om det naturligvis er slitsomt for den enkelte at det skal kontrolleres hver gang.

Reglene er strengere i Norge enn i Sverige, der også den som er smittebærer av MRSA må i karantene.

– Men det er ikke mange tilfeller. Derimot blir enkelte litt urolige og tar kontakt med oss.

I Sverige omfatter smittevernloven meldeplikt for MRSA, noe som også kan bli innført i Norge og Danmark.

I Norge kreves også en tuberkulosestest som ikke er eldre enn tre måneder. I Sverige er det bare laboratoriepersonell som jobber med tuberkulose som har spesielle krav.

Moderat fornøyd

– Enkelte helseforetak har ikke sett behovet for å prioritere sykepleierne i de lokale forhandlingene. Men forhandlingsresultatet i Spekter sett under ett er akseptabelt, sier NSFs forbundsleder Lisbeth Normann.

I slutten av juni godtok Norsk Sykepleierforbunds forbundsstyre resultatet som var forhandlet fram for de statlige eide helseforetakene i Spekter-området.

– Totaløkonomien i oppgjøret er akseptabelt. Det skal imidlertid understrekes at vi anser resultatet for enkelte helseforetak som dårligere enn forventet, sier forbundsleder i NSF og forhandlingsleder for Unio-Spekter, Lisbeth Normann.

Før de avsluttende forhandlingene 20. juni var det fortsatt ikke kommet fram til et akseptabelt resultat i de lokale forhandlingene ved fem helseforetak.

Dersom partene lokalt ikke blir enige skal i utgangspunktet arbeidsgivers siste tilbud legges til grunn som resultat. Men før det

kan de lokale parter be om bistand fra sentrale parter. Forhandlingene skal være sluttført senest innen 1. oktober 2008.

Normann er skuffet over at det er de store helseforetakene som ikke synes å se sin besøkelsestid i de lokale forhandlingene.

– Flere av de store sykehusene står midt i store omstillingsprosesser. Her trenger arbeidsgiver den kompetansen sykepleierne representerer. Sykepleierne har vist at de er omstillingsvillige og det er skuffende at de ikke blir verdsatt for dette, sier Normann.

Ryddige forhandlinger

De sentrale forhandlingene mellom Unio og Spekter har vært preget av ryddighet, samarbeidsvilje, tillit og

De nye minstelønnsnivåene per 1.7.2008

Sykepleiere i stillinger hvor det kreves autorisasjon som sykepleier:

Ansiennitet	0 år	4 år	8 år	10 år
Sykepleier 2006-2008	282 000	288 000	297 000	320 000
Sykepleier 2008-2010	300 000	308 000	320 000	345 000
Differanse	18 000	20 000	23 000	25 000

Spesialsykepleiere i stillinger hvor det kreves autorisasjon som sykepleier og krav om relevant videreutdanning:

Ansiennitet	0 år	4 år	8 år	10 år
Spesialsykepleier 2006-2008	305 000	315 000	327 000	355 000
Spesialsykepleier 2008-2010	325 000	335 000	350 000	380 000
Differanse	20 000	20 000	23 000	25 000

god atmosfære, ifølge Normann.

– Også de lokale forhandlingene har vært langt bedre forberedt og gjennomført enn i oppgjøret i 2006. Vi erfarer at forhandlingene de fleste steder var reelle og at man opplevde likeverdighet mellom partene. Tilbakemeldinger viser at NSF i betydelig grad har fått gjennomslag for sine prioriteringer, sier NSFs forbundsleder og gir stor honnør til de hovedtillitsvalgte arbeid under de lokale forhandlingene.

Akseptabelt resultatet

Minstelønnsatsene ble justert opp 18 000 til 25 000 kroner (se tabell) og ubekvemstilleggene økte i de sentrale forhandlingene mellom Unio og Spekter. Deretter har det vært gjennomført lokale forhandlinger i det enkelte helseforetak.

Forut for de lokale forhandlingene ble Unio og Spekter enige om at de lokale partene skulle sikre at alle medlemmer skulle gis en lønnsutvikling. Lønnstillegget skulle minimum være 3 prosent. Rammen for oppgjøret i helseforetakene

ligger om lag på nivå med offentlig sektor for øvrig.

– Når vi ser totaløkonomien i oppgjøret og de øvrige forbedringer i medlemmenes rettigheter under ett har vi fått et akseptabelt resultat.

Lisbeth Normann viser blant annet til bedre ubekvemstillegg, gjennomslag for helligdagstillegg etter klokken 12.00 dagen før skjærtorsdag og en sterkere rett til fritak for nattevakter etter fylte 55 år.



FORHANDLER: Lisbeth Normann er forhandlingsleder i Unio-Spekter i tillegg til forbundsleder i Sykepleierforbundet.

Behandling / forebygging av ligge- og trykksår

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



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

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

Ønsker homo- dialog med NSF

Hanne Børke-Fykse samarbeider med flere fagorganisasjoner innen helse- og sosialvesenet. Men ledelsen i NSF får hun ikke tak i.

Hanne Børke-Fykse er sosionom og ansatt i LLH (Landsforeningen for lesbiske, homofile, bifile og transpersoner). Der er hun ansvarlig for «Rosa kompetanse», et prosjekt betalt av Helsedirektoratet siden 2006. Målet er å skolere helsepersonell til bedre å være i stand til å møte lesbiske og homofile i sin arbeidshverdag.

Per i dag har Børke-Fykse et godt samarbeid med Legeforeningen, Psykologforeningen og jordmødrene og helsesøstrene i Norsk Sykepleierforbund (NSF). Hun har kurset samtlige ledere ved alle Norges familievernkontor og Fellesorganisasjonen for sosionomer. Vernepleiere og barnevernspedagoger har også sagt seg positive til et samarbeid. Men ledelsen i NSF opplever hun som vanskelig å få kontakt med.

– Jeg sendte den første e-posthenvendelsen i 2006 og har siden purra flere ganger. I år har jeg sendt to nye henvendelser, siden det er kommet ny leder. Men fremdeles har jeg ikke hørt noe.



VIL SAMARBEIDE: Hanne Børke-Fykse ønsker å gi sykepleierne redskaper til hvordan de best kan møte lesbiske og homofile i arbeidshverdagen sin. Nå skal NSF-ledelsen diskutere om de skal inngå i et eventuelt samarbeid med henne. Foto: LLH

Hun understreker at samarbeidet med helsesøstrene og jordmødrene er svært godt, men at hun også ønsker kontakt med andre sykepleiere. Hun kjenner ikke systemet, og trenger hjelp til å få denne kontakten.

– Håpet mitt er at NSF og jeg blir et team der vi kan nå sykepleierne på en eller annen måte, fra sykehus og institusjoner til sykehjem og hjemmetjeneste. Målet mitt er å gi helsepersonell noen redskaper de kan bruke når de er i jobb og møter lesbiske og homofile.

Børke-Fykse mener det er mye å snakke om i forhold til helse og homofili. Homofile er overrepresentert innenfor rus-, depresjon- og suicidproblematikken. Å være i minoritet genererer stress og mange lever med mer eller mindre skamfølelse.

– Mange i denne gruppa er sensitive og river ikke opp døra til helsepersonellet. De måler ofte sykepleierne lenge før de eventuelt tør å si noe som helst om legningen sin. Dette møtet er så viktig. Det helsepersonell sier til et menneske når det er på sitt mest sårbare kan være avgjørende for hvordan det takler livet sitt, sier hun.

Hvorfor har dere ikke svart på henvendelsen, Lisbeth Normann, leder i NSF?

– Hvorfor ikke andre før meg har svart kan ikke jeg svare på. Grunnen til at jeg ikke har svart er at jeg vil drøfte dette mer inngående med flere før jeg tar en avgjørelse. Som kjent har de siste ukene vært over gjennomsnittet travle, derfor har jeg ikke hatt anledning til å svare på e-posten som kom til meg den 10. juni.

INTENSIVKURS I HELSELEDELSE – LEDERKOMPETANSE PÅ ETT SEMESTER

Intensivkurs i helseledelse henvender seg til helsefaglig tilsatte på leder- og mellomledernivå som ønsker å konvertere realkompetanse til formalkompetanse.

Kurset foreleses over seks dager med følgende temaer:

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

Kurset gir 30 studiepoeng som kan inngå i graden Bachelor of Management med fordypning i helseledelse.

Foreleser er høyskolelektor Geir Lahnstein.

Kurset tilbys ved følgende studiesteder høsten 2008:

BI Drammen:

18.-19. sept, 9.-10. okt, 28. okt, 18. nov

BI Telemark og Vestfold:

22.-23. sept, 14.-15. okt, 10.-11. nov

BI Bergen:

16.-17. okt, 7.-8. nov, 27.-28. nov

BI Stavanger:

Kursstart i januar 2009

For mer informasjon se www.bi.no/helseledelse

BI Drammen

Telefon 98 25 16 20
bi-drammen@bi.no
www.bi.no/drammen

BI Bergen

Telefon 55 54 67 60
bi-bergen@bi.no
www.bi.no/bergen

BI Telemark og Vestfold

Telefon 98 25 16 50
bi-telemarkogvestfold@bi.no
www.bi.no/telemarkogvestfold

BI Stavanger

Telefon 98 25 17 00
bi-stavanger@bi.no
www.bi.no/stavanger

TYNGDEN DU TRENGER

BI

tekst Turid Spilling foto Leif Gabrielsen





Gjemt og glemmt



Oppsøkende tjeneste i Oslo

- Et kommunalt tiltak under Rusmiddeletaten.
- Består av blant annet vernepleiere, sosionomer, sykepleiere og en sosiolog som er fagansvarlig.
- Har to grupper: Gatelangs og Akuttgruppen. Gatelangs går eller sykler rundt i Oslo sentrum, mens Akuttgruppen benytter bil og har hele Oslo by som arbeidsområde.
- Hadde første tertial i år totalt 2 440 henvendelser. I fjor var det over 10 000. Henvendelsene er fra klienter som tar kontakt på telefon eller ute, tilfeller hvor Oppsøkende tar initiativ ute, eller per telefon som oppfølging av tidligere kontakt.

OPPSØKENDE TJENESTE hjelper rusmisbrukere med å få kontakt med hjelpeapparatet i bydelene.

OSLO SENTRUM: Det er en mild junikveld. Mørke skyer truer kveldssola over Olaf Ryes plass. Det ser ikke ut til å bekymre gjengen som er samlet her. Noen sitter på benkene og noen rusler rundt. Straks teamet fra Oppsøkende tjeneste kommer, stopper de opp og hilser.

– Dette er våre engler, sier Jan Erik og nikker mot de to sykepleierne.

– Oppsøkende har reddet meg mange ganger. Takket være dem lever jeg fortsatt.

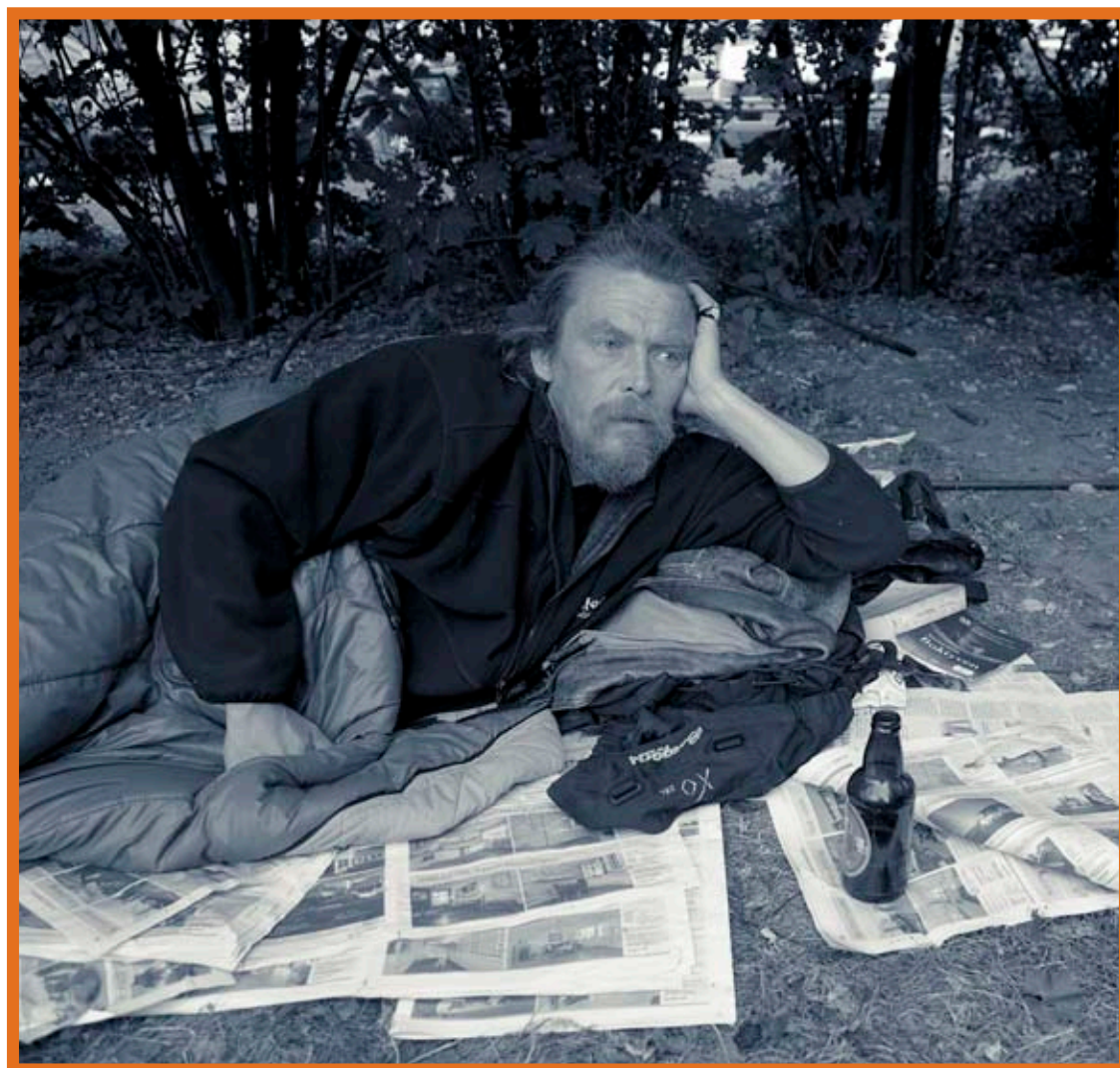
Han har vært til avrusning ti ganger, og det er ofte Oppsøkende som har fått han dit. Han er glad sommervarmen kommer. I kveld har han ordnet til sengen i skyggen av den store hekken i parken. Avispapir hindrer at fukten fra bakken trekker inn i soveposen. Herfra har han god oversikt over drikkevennene sine.

Kompisen «Pelle» har satt seg opp. Han er blå rundt begge øynene, og det ene er halvveis gjenklistret. Over neseroten er det noen sting. Med rusten stemme synger han høyt: «Vi ska fest, vi ska dans helt til sola går...». Det siste ordet sviner ned i den blanke flasken han henter fram fra innlomma.

Oppsøkende tjeneste hjelper dem som er ute av stand til å ta vare på seg selv. De hjelper både rusmiddelavhengige på forespørsel og på bakgrunn av egne obser- ►

Takket være dem lever jeg fortsatt.

Jan Erik om Oppsøkende tjeneste



TIGGER: Jan Erik finansierer store deler av rusmisbruket sitt med å tigge i sentrum.

vasjoner ute i miljøet. En viktig del av jobben til avdelingssykepleierne Kari Marie Myhren og Dagrun Hjelleset Norbakken, er å observere og vurdere formen til klientene. Ofte rekvirerer de ambulans, eller kjører dem til legevakt eller bosted.

Hektisk sommer

Aktiviteten i rusmiljøet øker i sommervarmen. Mange blir tiltrukket av hovedstadens billige stoff, og det er flere som tar bolig i byens parker.

Oppsøkende tjeneste oppsøker ulike steder hvor rusmisbrukere holder til. Her på Olaf Ryes plass pleier det å være flest menn fra førti år og oppover. De fleste russer seg mest på alkohol, rødsprit og litt hasj.

Det er sjelden sykepleierne føler seg utrygge på jobb, og de har gode sikkerhetsrutiner.

– Vi er aldri lengre unna enn at vi kan se hverandre, og vi går med en gang en av oss føler at noe er galt. Men som regel kjenner de fleste oss, og vi blir godt

tatt imot. Det er veldig viktig å være ydmyk i denne jobben. Vi kommer jo inn i deres privatliv og på deres territorier. For eksempel forstyrer vi aldri noen som injiserer, eller som uttrykker at de ikke ønsker kontakt.

Hvis det er en person som er veldig ruset, og som Oppsøkende mener trenger hjelp, prøver de å overtale vedkommende ved å prate med dem.

– Det er ikke alltid de ønsker å være med, og det må vi respektere.

I tilfeller der det er gjort tvangsvedtak om innleggelse er de

pålagt å tilkalle politiet. Selv bruker de aldri noen form for tvang.

Svingdør

Nesten 150 år etter sin død har samfunnsforskeren Eilert Sundt fremdeles blikket på landets fattigfolk. I skyggen av hans byste ligger en gammel kjenning. Han er skjelven, og ligger i fosterstilling. Myhren og Norbakken vurderer tilstanden hans og mener at han trenger hjelp. De ringer Enheten Storgata, avdeling for avgiftning og behandling av alkohol. I kveld er de heldige. Han får plass.

På vei ned sitter Norbakken sammen med mannen bak i bilen.

– Dette blir godt for deg. Nå ser du sliten ut.

«Arne» nikker.

– Hva har skjedd med øret ditt da? Du blør jo.

– Venninna mi graver i øret hele tiden. Jeg vet ikke hvorfor, men jeg syntes ikke hun er noe snill. Det er noe rart i hodet hennes, sier han og ser opp.

Øynene hans er røde. Norbakken forteller at han har en infeksjon, men at han aldri klarer å være på avrusning lenge nok til at de rekker å behandle den.



TØFT MILJØ: «Pelle» ble banket opp mens han satt i parken og drakk.



20 PLASSER: Enheten Storgata tilbyr både akutt og planlagte innleggjelser.

– Du får prøve å bli noen dager nå, Arne.

Arne har ikke noe sted og bo. Nå er kroppen sliten og trenger en pause.

Storgata er et av byens to avrusningsenheter for alkohol. Her jobber et tverrfaglig team som gir medisiner og oppfølging. En del av dem som kommer hit er gjengangere, men for mange kan dette være starten på en god periode eller veien ut.

– Det er en del av dem som bor på gata som vi kjenner godt. Men heldigvis er det kun en liten del av dem Oppsøkende er i kontakt med i løpet av året som er gjengangere, sier Myhren.

Drikker i skjul

Alkoholmisbruk er fortsatt det største rusproblemet i landet. Helsemyndighetene opplyser at omtrent 400 personer dør hvert år som direkte følge av alkohol. De aller fleste er middelaldrende menn.

Over halvparten av dem som er i

kontakt med Oppsøkende tjeneste oppgir at alkohol er hovedrusmiddelet. Men mange blander også med andre stoffer.

– De siste årene har vi sett at rusmiddelavhengige blir stadig dårligere. Når vi er på hjemmebesøk, må vi oftere rekvirere ambulanse, eller kjøre dem ned til legevakta. Alkoholismen i hjemmene er det største problemet, forteller Myhren.

– Mange får utbetalt trygden og ligger alene hjemme og drikker. De er ofte ensomme og har ingen kontakt med omverdenen i det hele tatt. De eneste som ser dem er oss, legger hun til.

Norbakken forteller om et oppdrag hun hadde i fjor.

– Damen bodde i en leilighet på Tøyen. Hun lå i senga hele døgnet og drakk. Sengetøyet var ikke skiftet på over ett år, og luften var så røykfull at du kunne skjære gjennom den. Det var et trist syn.

I Oslo er det 163 500 mennesker som bor alene. Det betyr at over

halvparten av privathusholdningene i hovedstaden består av bare en person.

De som jobber i Oppsøkende tjeneste møter ofte folk som er ensomme. Damen på Tøyen deler skjebne med mange. For en stund siden dro Oppsøkende på et hjemmebesøk til to pensjonister. Etter henvendelse fra ambulansetjenesten hadde de fått beskjed om at det var en mann i 70-åra som hadde ringt og bedt om hjelp fordi hans eldre bror hadde falt og slått seg. Det synet som møtte dem var noe av det verste Myhren har opplevd de 15 år hun har jobbet her.

– Brødrene bodde sammen i leiligheten som hadde tilhørt foreldrene som døde for over 30 år siden. I alle disse årene var det akkurat som om tiden hadde stått stille for de to brødrene. Den yngste hadde vært ute og handlet mat og alkohol, men den eldste hadde ikke vært ute av leiligheten på over ti år. Myhren grorser når hun viser høyden på hybelkaninene med hendene.

– Det er sørgelig. Overlatt til seg selv helt uten sosialt nettvekt.

Slipper Blå Kors

Oppsøkende tjeneste er ofte første ledd inn i hjelpeapparatet. De som jobber der kjenner byen godt, og følger gjerne klientene opp slik at de blir koblet på det øvrige hjelpeapparatet i bydelene, som for eksempel sosialtjenesten.

På Tøyen-senteret møter de en mann som de har hatt kontakt med tidligere. Han er nybarbert, pen i tøyet og edru.

– Så hyggelig å se deg. Nå ser du godt ut, hilser Norbakken.

– Jeg har sterk psyke jeg, vet dere.

Da Oppsøkende fant ham for noen uker siden var han helt nedkjørt, og de fikk ham inn på sykehuset. Leiligheten han bodde i hadde kun en seng, ellers var den tom. Oppsøkende sendte da en bekymringsmelding til bydelen. Nå har han fått hjelp fra hjemmehjelp og sosialkontoret. ▶



KJENNING: Det lukter stramt av løsemidler på «Sota Hjørnet» på Vålerenga, der Dagrunn Hjelleset Norbakken og Kari Marie Myhrenge møter noen de må se til.

– Det har vært noen og vasket hos meg også. Det var ikke gjort på ett år, forteller han. Det neste han venter på nå er bestikk, så han kan lage seg mat selv.

– Da slipper jeg å gå ned på Blå Kors og Urtegata.

«Edru, jeg?»

Vi kjører tilbake til Olaf Ryes plass. Jan Erik og Pelle har satt seg opp på benkene sammen resten av gjengen. Plutselig svartner himmelen.

– Kom under teltduken her borte. En spretten dame tripper barbeint rundt og får dem i ly for dråpene.

Alene igjen på benken sitter

Pelle. Det halvlange mørke håret klistrer seg til det forslåtte ansiktet. De blanke øynene ser tomt ut i luften.

– Skal vi kjøre deg til rommet ditt på Ila? spør Myhrenge.

Formen hans ser ikke ut til å ha blitt noe bedre siden de så til ham litt tidligere på kvelden. Finnmarkingen som tidligere sang drikkeviser nikker. Myhrenge ringer opp til hospiset for å si ifra at vi kommer. Der er han hjertelig velkommen.

Det klirrer i bæreposen hans på vei til bilen. Vel fremme leter han i lommen etter penger. Der er bare noen mynter.

– Du får nok ikke noe for det der, sier Myhrenge.

– Nei, ikke en klem en gang, svarer han.

– Du skal få en når du blir edru. Hun tar et godt tak i armen hans og geleider ham ut av bilen.

– Edru, jeg? Ha, ha, snøvler Pelle.

Han blir møtt av en smilende ung kvinne som jobber der.

– Ha det, da. Ta vare på deg selv, sier Myhrenge og Norbakken.

Før Pelle snur seg og går opp trappa sier han: – Ta en tur tilbake i parken og ta vare på dem andre.

Jeg får angst. Da stikker jeg til drikkevennene mine.

«Tone»

Over en femdel av klientene Oppsøkende tjeneste hadde kontakt med i april hadde ikke en stabil bosituasjon. Noen bodde på institusjon, andre på hospits, hybelhus eller hotell. I Oslo kommune var det per 1. januar i år 1 134 personer uten fast bopel og offentlig adresse.

Mellom to stoler

Etter å ha kjørt Pelle drar vi til parken igjen. Gjengen sitter fremdeles i le under teltduken.

«Tone», som tidligere i kveld danset barbeint rundt i gresset, trenger et sted å sove. Hun er en pen dame med øreringer i gull. De nakne føttene er røde og kalde. Med forventningsfulle øyne ser hun på Norbakken og Myhrenge når de kommer tilbake for å hjelpe.

– Hvordan har du det nå?, spør Norbakken.

– Jeg er så sliten. Jeg trenger hjelp nå!

Tårene triller nedover kinnene hennes. Hun fortsetter:

– Jeg skammer meg sånn. Jeg har en sønn på 13 år, men har vært narkoman siden -78. Starta med hasj, men sannheten er at nå bruker jeg både alkohol, amfetamin og piller.



ABSTINENSER: Enheten Storgata gir medikamentell behandling for blant annet å hindre kramper ved avrusning. Dette oppholdet ble starten på en god periode for Arne. Denne gangen ble han værende i over to uker, og han har nå fått plass på et omsorgssenter.

Hun ser ned og spriker med tærne som stikker frem under olabuksen.

Hun var egentlig lovet plass i Thereses hus. Det er et overnattingssted for kvinnelige rusmisbrukere over 18 år. Men nå er det fullt. Myhreggen prøver derfor å ringe til Enheten Storgata. Mens de venter på svar spør de Tone om de skal ringe Enheten Montebello. I likhet med Enheten Storgata er det en avdeling for avgiftning og behandling av alkohol.

– Nei. Skriker Tone høyt.

– Der er de slemme. Jeg har vært der en gang og fikk kjeft fordi jeg bad om et glass rød saft. Rød saft. Jeg nekter å dra dit.

Hun tramper i bakken og rister bestemt på hodet.

Vil helst gå

De kjører ned til Enheten Storgata. Mens Norbakken går inn for å prate med dem, venter Myhreggen bak i bilen sammen med Tone. Hun ser seg bak skuldrene, og vrir seg i bilsetet.

– Vi skal hjelpe deg.

– Jeg får angst. Og da stikker jeg av samme hvor jeg er. Også når jeg er hjemme hos mamma. Da stikker jeg til rusvennene mine. De passer på meg.

– Men de som jobber her er snille. De kommer og ser til deg hele natta. I tillegg får du medisinering.

– Det er så flaut å miste grepet. Hvis jeg får kjeft for å spørre om saft nå, så tar jeg livet av meg.

Stemmen brister. Gråtkvalt fortsetter hun:

– Jeg er ikke prostituert. Får det ikke til. Jeg prøvde meg på strøket på -80 tallet, men jeg vil ikke ha liggeturer. Aldri mer. Jeg takler det ikke.

– Det skal du bare være glad for, sier Myhreggen og smiler mot henne.

Endelig kommer Norbakken ut igjen, men hun har ikke fått svar ennå. De er ikke ferdig med å diskutere om de kan tilby Tone plass. Mens de venter ringer Norbakken Enheten Ullevål, avdeling for avrusning narkotika, for å høre om de har kapasitet til å hjelpe henne.

Tone vrir seg i setet og spør:

– Kan jeg gå i parken igjen?

Myhreggen bøyer seg mot Tone. – Nei. Ikke rør meg! Stemmen er hissig.

– Tenkte bare jeg skulle hjelpe deg av med bilbeltet. Så føler du deg kanskje litt friere, svarer hun med rolig stemme.

– Å ja. Jeg føler meg som en ulv.

En ulv i Kristiansand dyrepark. Jeg blir som en indianer i reservat. Jeg er ikke normal.

– Det er en normal reaksjon i en unormal situasjon, sier Myhreggen. – Akkurat som indianerne.

Frarøvet all ære. Ingen liker å bli stengt i bur. Ikke vi, ikke dyr.

Tone blir ivrig, og hun smiler mens hun forteller om ulver.

– Kan jeg forresten gå i parken? Nå orker jeg ikke mer.

Avvist

Norbakken kommer inn i bilen og forteller at Tone ikke får plass her. Hun oppfyller ikke kriteriene de har for innleggelse.

– Men nå har vi ikke mer tid, svarer Myhreggen.

De bestemmer seg for å kjøre ned på legevakta mens de venter på svar fra Enheten Ullevål. På veien ringer telefonen.

– Jeg fikk til svar at det var ikke noe vanlig overnattingssted, sier Norbakken oppgitt.

Vi parkerer foran hovedinngangen til legevakta. Tone vil ut og røyke.

– Jeg vil ikke mer. Jeg vil i parken. Dette tullet deres orker jeg ikke mer. Hun tramper i gulvet.

Myhreggen småprater litt med henne, og hun går med på å gi

legevakta en sjanse.

Mer venting står for tur. Tone frem og tilbake over gulvet. Hun tar noen piruetter, og går på tærne. Ryggen er helt rett.

– Jeg var god i turn skjønner dere, sier hun og ler.

I neste sekund sitter hun i sofaen med knærne under haken.

Endelig

En psykiatrisk sykepleier kommer og tar dem imot. Tone vil at Norbakken og Myhreggen skal bli med inn.

– Dere må hjelpe meg å snakke. Jeg klarer det ikke alene, sier hun.

Etter en lang prat blir det bestemt at Tone slipper å sove i parken i natt også. Hun får bli på observasjonsposten, og i morgen vil legevakten ta kontakt med Ullevål hvor hun forhåpentligvis får bli noen dager.

Tone gråter. Hun senker skuldrene og hvisker:

– Takk.

Som et bortkommet lite barn står hun og ser etter sykepleierne når de går inn i heisen. I bilen puster sykepleieren lettet ut.

– Vi møter så mye motstand i systemet. Med det er en utrolig god følelse når det for en gangs skyld ordner seg, sier Myhreggen.

Vanskeligere med akutt

Etter rusreformen i 2004 er det blitt vanskeligere å komme inn til avrusning. – Det finnes ikke lenger akutttilbud, hevder Eric Johanssen.

Han jobber i Rusmisbrukernes Interesseorganisasjon (RIO), og vet godt hvor viktig dette tilbudet er for rusmisbrukere.

– Nå kan ikke rusmisbrukere lenger banke på døra og komme inn umiddelbart. Den akutt-funksjonen som var før reformen er nå erstattet av tilbudet om øyeblikkelig hjelp fra det øvrige helsevesenet. Og av erfaring vet vi at det er en utopi at dette apparatet gir ruspasienter noe som likner på et forsvarlig tilbud, sier Johanssen.

Økt søknadsmengde

I fjor økte antall søkere til Rusmiddeletaten med 20 prosent. Samtidig får Oppsøkende lagt inn færre klienter.

– Etter helsereformen ser vi at det mangler et apparat som kan ta vare på den mest utslåtte gruppen mens de venter på plass, forteller

Wenche Tveit som er fungerende institusjonssjef ved Oppsøkende tjeneste.

Med reformen ble det innført rettighetsbasert behandling. Dette betyr at de som vil ha behandling må gå via en instans som skal vurdere behandlingsbehovet og retten til nødvendig helsehjelp. Hvis personene får ja, er det den enkeltes tilstand som avgjør tidsperspektivet. Det betyr at noen kan vente noen uker, mens andre kan få plass på dagen hvis det er kapasitet

– Terskelen for å få plass er blitt mye høyere. Mens de står på venteliste, kan mange miste motivasjonen. De som har tapt mest på denne reformen er de tyngste rusmisbrukerne. Å kunne møte opp selv og få hjelp med en gang, eller bli plukket opp av Oppsøkende tjeneste for å komme inn til avrusning, kan redde livene deres. Nå har de mistet



FÆRRE AKUTT: I fjor fikk Oppsøkende lagt inn 150 færre enn året før. Dette til tross for at de fikk flere henvendelser.

denne muligheten, konstaterer Johanssen.

Krav om oppfølging

Statssekretær i Helse- og omsorgsdepartementet Kari Henriksen understreker at personer med rusproblemer skal møtes med respekt og få en individuell og tverrfaglig vurdering av sitt behandlingsbehov.

– Alle personer med rusavhengighet har fulle pasientrettigheter, og frist for behandling skal gis med bakgrunn i pasientens individuelle

behov. Dersom man må vente etter en medisinsk vurdering, har man krav på tett oppfølging fra hjelpeapparatet i kommunen.

I Oslo er det et pågående samarbeid mellom Helse Sør-Øst ved Aker sykehus og Oslo kommune om ansvarsfordelingen for akutttilbudene. I tillegg er et av formålene med Hovedstadsprosjektet å få et enda bedre akutttilbud.

– Et av målene er nettopp at ingen skal kunne falle mellom to stoler, sier Henriksen.



Hvem har ansvaret?

- De regionale helseforetakenes ansvar for å sørge for spesialhelsetjenester omfatter også rusbehandling. Med rusreformen i 2004 ble ansvaret for fylkeskommunale tiltak overført til staten ved de regionale helseforetakene. Tjenesten omfatter «tverrfaglig spesialisert behandlingstilbud for rusmiddelbruk». Det betyr at tjenesten både har et sosialfaglig og helsefaglig innhold, og skal omfatte både avrusning, akutt behandling, utredning og spesialisert behandling,

institusjonsplasser der rusmiddelavhengige kan holdes tilbake uten eget samtykke (tvang), og legemiddelassistert rehabilitering.

- Avrusning/avgiftning vil ofte dreie seg om å dekke en akuttsituasjon der tilstanden hos misbrukeren er livstruende. Det er også planlagt avrusning som innledning til et behandlingsopplegg. De regionale helseforetakene må sikre at de tiltak/avdelinger som har ansvar for avrusningen har nødvendig kompetanse, og kapasitet.

Kilde: regjeringen.no

LEO May 2008. All trademarks mentioned belong to the LEO Group

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.
- Refusjonskoder- ICPC: S 91, ICD: L 40
- 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 78

Evidenstillhenger slår tilbake

Monica W. Nortvedt (bildet) skulle ønske kritikerne av evidensbasert praksis kunne komme med alternativer i stedet for bare å rakke ned på sykepleierne som er opptatte av det. Hun etterlyser en konstruktiv dialog.



Etter tidligere å ha hatt artikler som viser hvordan sykepleiere skal bli kunnskapsbaserte i sin praksis, hadde Sykepleien i nummer 9 et tema hvor kritikerne av evidensbasert praksis fikk komme til orde. Monica W. Nortvedt, professor ved Høgskolen i Bergen og leder for Senter for kunnskapsbasert praksis, reagerer på at ingen av tilhengerne fikk imøtegå kritikken.

Begrenset hierarkisk inndeling

Hun synes blant annet at Kari Martinsens utsagn om at sykepleierne som ukritisk omfavner evidensbasert praksis bare dilter etter legene, og Tor-Johan Ekelands kommentar om at evidensbasert praksis passer for folk som er middels tvangsnervotiske, er grove beskyldninger.

– Jeg har stor respekt for dem og reagerer med undring over at de må ty til uttalelser som dette, sier hun.

– Dette var ord som ble sagt i en humoristisk tone, og Sykepleien trakk dem fram fordi de var spissformulerte. Men hva med hovedkritikken deres, nemlig at evidensbasert praksis deler inn ulike forskningsmetoder etter hierarkisk modell med den randomiserte kontrollstudien på toppen?

– Det er kun innenfor effektspørsmål at dette er gullstandard. Og slik mener jeg det skal være. Kunnskapsbasert praksis er opptatt av at man først stiller spørsmål. Avhengig av hva spørsmålet er, velger man så metode.

– Men det er ikke alltid så lett å gjøre studier etter gullstandarden, selv om det er effekten du skal

sjekke. Ta for eksempel samtalebehandling som Ekeland nevner, eller psykolog Heidelise Als som forsker på NIDCAP (omsorg for premature). I slike tilfeller er det vel umulig å randomisere gruppene dobbeltblindt?

– Innenfor kommunikative metoder er det også viktig å forske. Hvis en ønsker å vise at en oppfølging er bedre enn en annen, vil den beste måten være randomiserte kontrollstudier (RCT). Der det ikke er mulig eller etisk, må en gjøre undersøkelsen med en svakere design. Det vil samtidig bety at det vil kreve mange flere studier for å være rimelig sikker på at det er intervensjonen som virker.

– Og dette gjelder spesielt innen psykiatri, rus og omsorg. Dermed er det vel noe i kritikken til Martinsen som hevder at sykepleierrelaterte studier ofte vil få lavere bevisstyrke og sjelden vil nå gullstandarden?

– Å vise at sykepleieintervensjoner har effekt er vanskeligere enn å vise at en tablett har effekt, det er riktig.

Kvalitet kontra kvantitet

Legemiddelstudier, som lett kan utføres etter gullstandard, får oftere finansiering enn andre typer studier hvor kommersielle aktører ikke finner noe av interesse.

– Det er et kostnadsspørsmål her. De med finansielle interesser bak seg får lettere mulighet til å forske?

– Det er jeg enig i, og DET må vi diskutere. Men vi kommer ikke dit fordi det hele tiden er for og imot evidens.

Monica Nortvedt tror dette

fremdeles er den gamle diskusjonen om kvalitativ kontra kvantitativ forskning. Hun synes Norge henger etter resten av verden på området og at vi diskuterer ting andre land har gjort seg ferdige med.

– Vi ønsker mer kvalitativ forskning, så vi er egentlig enige med kritikerne.

– Kari Martinsen vil si at dere ikke er enige?

– Martinsen og jeg har gode diskusjoner når vi møtes. Vi er enige på mange områder, men mitt poeng er ikke at vi skal være enige. Evidenstillhengerne er også opptatt av danning og etikk, som sykepleierne bør lære under bachelorutdanningen. Men samtidig må sykepleierne få redskaper slik at de kan manøvrere i forskningslitteraturen og implementere resultatene i praksis. Man må kunne ha to tanker i hodet samtidig.

Nortvedt undrer seg over at det spesielt er innenfor academia at kritikerne mot evidensbasert praksis finnes.

– Vi møter størst motstand blant lærere på høyskoler og universitet.

– Hvorfor det?

– Jeg vet ikke. Kanskje har det noe å gjøre med at lærerne før var gode undervisere. De var eksperter som formidlet sin viten til studentene. I dag må lærerne holde seg oppdatert hele tiden og befinner seg plutselig på nivå med studenten. Det krever at vi endrer våre tanker om det å undervise.

Et ledelsesspørsmål

Tor-Johan Ekeland frykter at evidensbasert praksis vil føre til mer konservativ praksis.

– Hva tenker du om det?

– Heller tvert imot. Det er jo en utvikling som skjer gjennom forskning. Vi er ofte svært bastante i praksis uten å vite helt hvorfor. Ta for eksempel dette med at sykepleiere før en operasjon må spørre om pasienten har gebiss. I dag er det nesten mer vanlig at pasienten har piercing enn gebiss. Hvorfor spør man ikke om det? Merete Eugenie Holst ved Haukeland universitets-sykehus har gjort et litteratursøk på området, publisert i Sykepleien Forskning. Det viste at piercing bør fjernes før kirurgiske inngrep.

– Hvordan skal sykepleierne i en travel hverdag kunne bli evidensbaserte?

– Først bør de gå til gode kilder for oppsummert litteratur. Så må de lære seg å kritisk vurdere dette. Hvor har forfatterne søkt og hvilke søkeord har de brukt, for eksempel.

– Dette krever jo ildsjeler?

– Nei, det krever ledelse. Hadde jeg vært leder, skulle jeg motivert sykepleierne til å stille spørsmål hele tiden.

– Men det tar jo masse tid først å søke opp og deretter evaluere metastudier?

– Ja visst, men man må integrere det i praksisen sin. Står man i en akutt situasjon, får man notere det på en lapp og søke når det blir litt roligere.

Ny yrkersskadeliste:

Ikke erstatning for rygg- og nakkelidelser

Rygg, nakke og skulderlidelser skal ikke kunne utløse yrkersskadeerstatning, mener medisinske eksperter. – Kvinnediskriminerende, mener NSF.

Et medisinsk ekspertutvalg ledet av Helge Kjuus leverte nylig sitt forslag til ny sykdomsliste til Arbeids- og inkluderingsdepartementet. Utvalget har siden november utredet om listen over sykdommer som kan gi yrkersskadeerstatning skal endres. Det foreslår at tre nye sykdommer føyes til listen:

- Muskel- og skjelettsykdommer i kne, skuldre, arm og håndledd.
- Psykiske lidelser i form av post-traumatisk stresslidelse
- Skader på foster

Ikke vitenskapelig nok

– Vi har også vurdert en rekke andre sykdommer, men det vitenskapelige grunnlaget for å inkludere dem er ikke godt nok nå, sier Helge Kjuus.

Det foreslås også et «sikkerhetsnett» som innebærer at sykdommer som ikke står på lista på visse vilkår kan godkjennes som yrkerssykdom.

– Kjønnsdiskriminerende

Sykepleierforbundets leder, Lisbeth Normann, er skuffet.

– Dette er første gang på 50 år at denne listen blir revidert. At utvalget ikke tar med belastningslidelser i nakke, rygg og skuldre er skuffende. Nok en gang gjør de nye punktene at sykdomslista treffer flere menn enn kvinner. Den er fremdeles kjønnsdiskriminerende, sier hun.

Press

Forbundslederen er også opptatt av fakta.

– Vi vet at 1 av 5 kvinner har smerter i nakke, rygg, skuldre. Mange blir sykmeldt, men får ikke yrkersskadeerstatning. I dag er 9 av 10 som får yrkersskadeerstatning, menn.

– Vi kommer til å legge press på regjeringen. De kan heller ikke leve med en liste som strider mot likestillingsprinsipper, sier hun.

Høsten

Utvalgets innstilling vil bli sendt på høring høsten 2008, sammen med forslag om ny organisering på yrkersskadeområdet. Regjeringen skal etter planen legge fram et lovforslag om ny arbeidsskadeordning våren 2009. Forslaget i sin helhet finner du på www.regjeringen.no



Lisbeth Normann, NSF-leder

Ni av ti som får yrkersskadeerstatning er menn.



Faksimile fra Sykepleien nr. 14/2007

Hva er en yrkersskade?

- Du kan søke om yrkersskadeerstatning dersom det skjer et uhell som gjør at du blir skadet mens du er på jobb.
- Noen sykdommer som er en følge av jobben, kan utløse erstatning. Disse sykdommene finnes i en

forskrift til folketrygdloven – kalt sykdomslista. Det er denne lista som nå er ute på høring.

Les mer om yrkersskader i Folketrygdloven og Yrkersskadeforsikringsloven på www.lovdato.no

Det er snart 60 år siden vi
lanserte vårt første produkt



I 1949 ble det første Natusan® produkt lansert: Natusan® Salve. Svanen symboliserer seriens opprinnelse fra apoteket "Svanen", Strøket, København.



NATUSAN® INSTITUSJON - hudpleie siden 1949

Tett på Aud Blankholm



tekst Marit Fonn foto Bo Mathisen

Navn: Aud Blankholm
Alder: 60 år
Hvorfor: Fordi hun er en sykepleier med pondus. Hun har hatt makttunge stillinger og verv i nesten hele yrkeslivet.

En kjendis går av

Hun var ordentlig sykepleier bare i halvannet år. Likevel er Aud Blankholm en av landets største sykepleier-kjendiser.

«**Aud Blankholm er** en hersketeknikk i seg selv. For hun har så mye i påsan. CV-en hennes er jo blytung.»

Slik forklarer en av Sykepleierforbundets fylkesledere hvorfor så mange har skjelve i samme rom som Blankholm.

Nå venter hun i åttende etasje i Sykepleiernes hus i Oslo. Kledd i gråmelert buksedress sitter hun urokkelig i en stol med beina i kors. For en uke siden ble hun takket av i sommerturkis buksedress etter 13 års virke som generalsekretær i Norsk Sykepleierforbund (NSF).

– Skal spise middag med domprosten, forklarer hun dagens valg av grått antrekk.

I industribygda Ørsta på Sunnmøre var far malermester og mor hjemmевærende og sydamme. Aud drømte ikke om å bli sykepleier. Mer nærliggende var det å bli lærer. Slik er det når man vokser opp i nabobygda til Volda. Men i gymnastiden fikk hun seg sommerjobb på et sykehjem. Da bestemte hun seg: Det måtte bli sykepleien. Bestyreren var diakonisse. En staselig dame, syntes sommervikaren. Damen informerte om sykepleierutdanningen på Lovisenberg i Oslo. Så da ble det slik. For nøyaktig 40 år siden sto Blankholm på trappen og ble tatt i hånden av en annen diakonisse i flott drakt. «Velkommen, søster Aud», sa

hun. Øyeblikket sitter som klistret. – Det virker som om det var i går. Jeg visste det markerte en start.

– *Var du ydmyk?*

– Nei. Det har jeg aldri vært.

Å beskrive hva det er som var så flott med diakonisser er ikke lett. Men det var noe med det stolte, bevisste og strenge.

– De har bidratt til en holdningsdannelse som var viktig den gangen. Skulle de brukt den samme resepten i dag, hadde det ikke fungert.

Bedehusmiljøet var en del av Blankholms oppvekst. Hun var tidlig aktiv kristen og gjorde ikke opprør. Fiolinen hun spilte på i kammerorkesteret la hun vekk da hun flyttet til Oslo. Der bodde hun på skolens internat.

At hun straks ble tillitsvalgt var bare fordi hun sto øverst på klasselisten, som var ordnet alfabetisk.

– *Hva likte du best under utdanningen?*

– Husker ikke.

I 1971 var hun ferdig sykepleier. Yrkeskarrieren startet vegg i vegg, på Lovisenberg sykehus. Det ble ett år på medisinsk avdeling, et halvt på kirurgisk.

Da så hun en annonse: Stilling ledig som elevsekretær i Sykepleierforbundet.

«Hm, spennende og nyttig», tenkte hun, søkte og fikk ett-årsvikariatet.

Siden ble det «Norges høyere» – sykepleielærerskolen som var forløperen til institutt for sykepleievitenskap. Tilbake til Lovisenberg, denne gangen ved kateteret. I fire-fem år gikk det i kirurgisk sykepleie.

Hun sitter helt i ro. Beina er fortsatt i kryss. Kanskje har hun kledd seg for å være på linje med domprosten. Sølvsmykket som ligger i halsgropen likner en liten prestekrage.

Nestleder i NSF ble hun i 1979. To år senere ble hun personlig sekretær for sosialminister Leif Arne Helø.

– *Hvorfor Høyre?*

– Det var et verdikonservativt parti som var riktig for meg den gangen. Det er det ikke nå lenger.

Oj, kan hun ha blitt sosialist? Men nei.

– Jeg betrakter ikke lenger Høyre som verdikonservativt.

– *Men det er du?*

– Kan vel si det.

Hun drar på det.

– Jeg kan ikke settes i bås.

– *Litt?*

– He-he. Ja.

36 år gammel ble hun leder i NSF. Hun ledet sykepleierne ut i deres aller første streik noensinne. Året var 1984. Det må ha gitt mer smak; i 1986 ble det to nye. Den ene ulovlig. Blankholm måtte i arbeidsretten.

– Avlønnen for oversykepleierne i staten var så urimelig. Vi bestemte oss fredagen og iverksatte på mandagen. Jeg var fullt klar over at vi måtte i retten.

– *Ble det noe resultat?*

– Oversykepleierne fikk lønnsøkning og NSF ble dømt.

Hun vil ikke kalle det gøy å lede en streik, men hun trivdes med å slåss.

– Kan jo bare beklage at vi fortsatt må slåss mot det vi trygt kan kalle lav lønn for sykepleierne.

– *Skulle de streiket litt til nå i sommer?*

Svaret er ikke sjokkerende:

– Det vil jeg ikke mene noe om.

«**Vi har bare** fått vite at vi er søte når vi er sinte.» Dette er Aud Blankholms mest berømte replikk. Den falt i Dagsrevyen da hun som forbundsleder ble spurt hva sykepleierne hadde oppnådd i lønnsoppgjøret. Hun siterte hva KS-forhandleren hadde sagt bak lukkede dører. Stadig blir hun møtt med denne historien, men hun angrer ikke på sitt angiveri. – Det var på sin plass. Til de grader viste det hvilke holdninger som eksisterte om sykepleiere og lønn, sier hun nå.

Blankholm skiftet side i 1988 da hun ble direktør på Aker sykehus. Og verre skulle det bli: Fra 1990 til 1995 var hun selv i rollen som hun bare fire år tidligere hadde

UNG: Aud Blankholm var 36 da hun ble forbundsleder. Dette bildet (her med reflekser i glasset) er omkranset av bilder av alle de andre forbundslederne i NSF. Foto: Marit Fonn



slåss mot: Statens personaldirektør.

- *Måtte du tenke deg om?*
- Nei. Det var ikke problematisk.
- *Hvordan kunne du?*
- Jeg pleier å si at det ikke er så farlig å møte seg sjøl i døren hvis du kjenner deg igjen.
- *Hva legger du i det?*
- Det er viktig å vite hvilken rolle man har til enhver tid. Du må stå for det du mener uansett på hvilken side av bordet du sitter. Det er ikke så uvanlig å skifte side, og jeg tror det kan virke konflikt-dempende.

Så ble hun bedt om å komme hjem. Hun klarte ikke si nei, og ble generalsekretær i NSF i 1995. Ringen var sluttet, følte hun. Men turbulente Akademikernes Fellesorganisasjon (AF) trengte snart en ny sjef.

Forbundene hadde begynt å melde seg ut, men Blankholm var motivert. Hun ville få AF på beina igjen.

– Men jeg så fort at det var dødfødt.

Samtidig begynte prosessen med å skape en ny hovedorganisasjon. AF ble avviklet i 2001, og Blankholm var en av fødselshjelperne da sykepleierne overraskende slo seg sammen med lærerne og politiet i UHO, som nå heter Unio.

– **Det er ganske** naturlig.

Blankholm forklarer hvorfor hun stadig havner i disse tunge toppvervene.

– Jeg er en ledertype. Liker å ta ansvar.

– *Allerede som barn?*

– Nei, det var noe som kom gjennom sykepleierutdanningen.

– *Mange trekker fram autoriteten din. Hva er det?*

- Det er ikke noe jeg ser selv.
- *Ikke?*

– Nei. Men jeg opplever at det har fulgt respekt med meg.

Hun snakker langsomt og tydelig.

– Jeg får til noe når jeg vil. Klarer å etablere samarbeid.

Hun hever stemmen en tanke: – Men jeg har aldri opplevd at autoriteten har skapt frykt.

Hun skjønner at folk kan føle seg utrygg overfor folk i maktposisjoner.

– Jeg er bevisst at som leder må jeg skape den nødvendige tryggheten.

ring snublende nær: «Ikke endre min maktposisjon!»

– *Noen spesielle i tankene?*

– Nei.

Hun bøyer seg fram med et freidig glimt i øyet:

– Om jeg hadde, ville jeg ikke sagt det.

– *Du sier ikke mer enn du vil?*

– Nei.

Det skjer egentlig ikke så mye når Aud Blankholm blir sint. Men små tegn gir stor effekt. Den litt dype, sonore stemmen får mer kraft.

De som står for slike holdninger bør ikke sove godt en eneste natt!

Det er ikke til å tro. Det er 2005.

Aud Blankholm putter en pose hvetemel ned i bukse mens publikum hyler av latter. Det er juleavslutning i NSF med innhyret Christine Koht som underholder. Hun vil at Blankholm skal kjenne hvordan det er å gå med våt bleie på sykehjemmet. Strenge-Aud er blitt leke-Aud. Få har sett henne slik.

At hun ikke orker slendrian og dill-dall er mer kjent. Som avtroppende generalsekretær har Blankholm særlig én ting på hjertet:

– NSF er en stor, mektig organisasjon med god økonomi. Da kan det være lett å glemme hvorfor vi eksisterer. Vi må vokte oss for å bli en organisasjon av og for ansatte og tillitsvalgte.

– *Hvorfor er dette så viktig for deg?*

– Sykepleierne skal vite at deres interesser blir ivaretatt. Men vi har hatt tøffe diskusjoner i prosessen om hvordan NSF skal organiseres. Da ligger posisjone-

– De sier de ser det i øynene. De blir visst svarte.

– *Når skjedde det sist?*

– Kan ikke huske det. Er jo over 60, glemmer så fort, parerer hun.

Selv om hun nå forlater det aktive yrkeslivet, er hun fortsatt leder. I vinter ble hun styreleder i stiftelsen Diakonissehuset Lovisenberg. Forgjengeren er domprosten som skal takkes av i dag.

Stiftelsen eier høyskolen, halve sykehuset Lovisenberg og Cathinka Guldberg eldresenter. Allerede for noen år tilbake var det snakk om at hun skulle bli styreleder. Da ble det protester – hun røper ikke hvem. Problemet for dem var at Blankholm lever med en kvinne.

– I dag er ikke det et tema. Det viser at det er en positiv utvikling i den norske kirke.

Noe mer vil hun ikke si om homofili, verken i helsevesenet eller kirken.

– **Trengs det flere** mannlige sykepleiere?

– Flere menn er positivt. Men jeg har ingen forståelse for dem som mener at yrket må få flere menn for å øke statusen. Og at kvinner må søke mannsyrker for å oppnå likelønn.

Den hittil rolige kroppen begynner å røre seg.

– Jeg har ingen respekt for en slik holdning. Det er undervurdering av kvinneyrker. Og av kvinner.

Hun tapper poengene i bordflaten. Løfter beinet ut av korsstillingen hun har holdt helt til nå.

Stemmevolumet øker:

– Og hva skal i så fall skje med de viktige kvinneyrkene? Hvem skal gjøre jobben?

Diksjonen er mer insisterende. Øynene har forandret seg. Jo, de er mørkere.

– De som står for slike holdninger bør ikke sove godt en eneste natt!

– *Noen spesielle du tenker på?*

– Nei. Alle som mener det får ta det til seg.

Hun legger rolig det ene beinet over det andre, motsatt vei enn før.

– *Har du et forbilde?*

Ørliten pause.

– Nei.

– De knappe to årene du var vanlig sykepleier, husker du noe som gjorde inntrykk?

– Nei. Ikke annet enn at jeg likte det godt. Jeg har arbeidet for sykepleietjenesten i mesteparten av mitt yrkesaktive liv og hadde gjort det samme hvis jeg skulle valgt på nytt.

– *Noe mer du vil si?*

– Nei. Jeg er kjedelig, jeg, vet du.

Blankholm smiler, reiser seg og går for å treffe prosten.

Tja til klimakamp

Tre av ti sykepleiere vil ha klimakamp i regi av Sykepleierforbundet.



Faksimile Sykepleien 01/2008: Klima ble et tema på landsmøtet sist november.

Like før solen snudde ble sykepleierne spurt om de synes klimaet bør være en kampsak for Norsk Sykepleierforbund.

Tre av ti sier ja, fire av ti sier nei, tre av ti vet ikke.

Det er Synovate som har intervjuet 184 sykepleiere på vegne av Sykepleien.

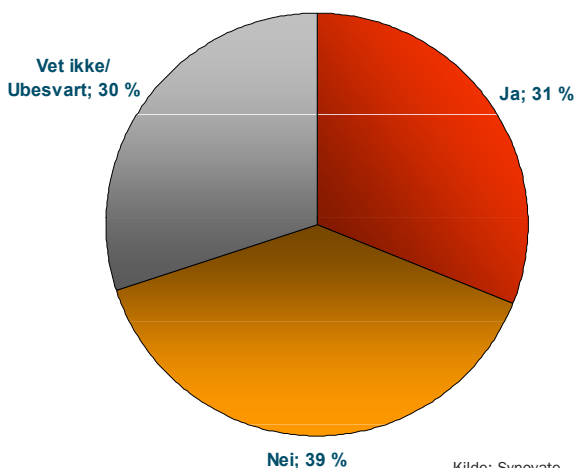
Miljøkonferanse i november

– Dette viser at medlemmene har blick for mer enn lønn og fag og evner å fange opp nye samfunnsmessige utfordringer, sier Unio-leder Anders Folkestad.

Han synes ikke det er rart at ikke flere svarer ja.

– Klima er jo ikke en klassisk fagforeningssak. Dette er et godt grunnlag både for NSF og Unio når vi skal følge opp klimaengasjementet.

Bør klimaet være en kampsak for Sykepleierforbundet?



– Hva skal Unio gjøre?

– Vi skal ha en konferanse i november der temaet er miljøinnsats på arbeidsplassen, særlig i kommunene.

Unio har vedtatt en klimapolitisk plattform. Folkestad satser på at klima og miljø skal bli en del av det norske repartissamarbeidet.

Miljøvennlig reising

Også NSF-leder Lisbeth Normann tolker tallene positivt:

– Fint at så mange sykepleiere føler ansvar for miljøpolitikk.

Landsmøtet vedtok i november at klima skal være et av NSF's innsatsområder.

– Vi i forbundsledelsen har akkurat diskutert hvordan vi skal konkretisere tiltak. Og når vi nå lager reiseplaner for høsten, har vi miljøvennlighet med som et naturlig punkt. Slik var det ikke før.

– Flertallet av de spurte sier tross alt nei til klimakamp?

– At sykepleierne tenker at fag og lønn er de viktigste sakene for et fagforbund, er ikke rart. Noen er sikkert skeptisk til at vi tar vekk oppmerksomheten fra det viktigste. Men det går an å ha flere baller i luften på en gang. Det er ingen tvil om hva som fortsatt er viktigst, sier Normann.

Del dine sterkeste øyeblikk på sykepleien.no - og vinn flotte premier i vår store høstkonkurranse.

Vinn en splitter ny bærbar PC!

Øyeblikk 2008

Ingen stengte skoledører

Alle landets 31 sykepleierutdanninger er nå blitt godkjent av **Nokut** – etter nesten fire års granskning.

De siste 27 sykepleierutdanningene fikk godkjent-stempelet av styret i Nokut (Nasjonalt organ for kvalitet i utdanningen) 16. juni. Dermed blir det ingen stengte dører for sykepleierstudentene.

Én godkjent i 2005

Bare én bachelorutdanning i sykepleie ble godkjent i Nokuts første runde. Det var kun Diakonhjemmets høgskole i Oslo som besto kvalitetstesten i november 2005.

De 30 andre fikk to år på seg for å rette opp manglene, som i hovedsak dreide seg om lærernes kompetanse. Det var for få førstelektorer og for få med doktorgrad. Hvis kravene ikke ble innfridd,

ville skolene måtte stenge.

Tre til

I fjor sommer ble også sykepleierutdanningen ved Høgskolen i Bergen godkjent. I november fulgte høyskolene i Oslo og Telemark etter.

Og nå er altså alle landets sykepleierutdanninger godkjent av Nokut. Sykepleierutdanningen var den første utdanningen Nokut sjekket på denne måten.

Masterutdanningene i sykepleie i Oslo og Bergen ble godkjent i første runde i 2005.

– Mer forskning, takk!

Leder i Norske Sykepleierforbund (NSF), Lisbeth Normann, er glad:

– Skolene har gjort en kjempejobb for å få opp kompetansen. De fortjener ros for å ha kommet i havn, mener hun.

Styrelederen i Nokut, Petter Aaslestad, sier i en pressemelding at han er imponert. Han påpeker at det var vanskelig å forestille seg at alle sykepleierutdanningene skulle greie seg.

– Noen lå særdeles dårlig an, sier Aaslestad.

Selv om han gleder seg over innsatsen, viser han til at flere felt i utdanningene kan forbedres. Forskning er ett av dem.

– Det kan vi bare støtte, sier NSF-lederen.

Lisbeth Normann håper høysko-

lene i enda større grad blir opptatt av kliniske problemstillinger som kommer sykepleierne i praksis til gode.

– Og bedre praksis!

Nyvalgt leder i NSF Student, Tone Moan, setter pris på at alle utdanningene har innfridd kravet om 20 prosent førstekompetanse.

Men fortsatt er det nok å ta fatt i, mener hun:

– Vi ønsker oss en nøyere vurdering av kvaliteten på praksisdelen.

Sykepleierutdanningene ved disse institusjonene ble godkjent av Nokuts styre 16. juni:

Betanien diakonale høgskole
Haraldsplass diakonale høgskole (tidligere Diakonhjemmets høgskole)
Høyskolen Diakonova
Lovisenberg diakonale høgskole
Høgskolen i Akershus
Høgskolen i Bodø, studiested Bodø
Høgskolen i Bodø, studiested Mo

i Rana
Høgskolen i Buskerud
Høgskolen i Finnmark
Høgskolen i Gjøvik
Høgskolen i Harstad
Høgskolen i Hedmark
Høgskolen i Molde
Høgskolen i Narvik
Høgskolen i Nord-Trøndelag, studiested Levanger

Høgskolen i Nord-Trøndelag, studiested Namsos
Høgskolen i Sogn og Fjordane
Høgskolen Stord/ Haugesund, studiested Haugesund
Høgskolen Stord/ Haugesund, studiested Stord
Høgskolen i Sør-Trøndelag
Høgskolen i Tromsø
Høgskolen i Vestfold

Høgskolen i Østfold
Høgskolen i Ålesund
Universitetet i Agder, studiested Arendal
Universitetet i Agder, studiested Kristiansand
Universitetet i Stavanger

Gratis for legestudenter 1000 kr for sykepleierstudenter

Legestudenter får hepatitt B-vaksinen gratis, mens sykepleierstudenter må betale opptil 1000 kroner for å være beskyttet under praksistiden. Urettferdig, påpeker NSF student.

I åtte år har medisinstudenter, tannlegestudenter, bioingeniørstudenter og enkelte sykepleiere under spesialutdannelse fått hepatitt B-vaksinen dekket gjennom Folkestrygden (blåreseptordningen). For ett år siden anbefalte Folkehelseinstituttet at ordningen også skal gjelde for sykepleierstudenter. Fra Helse- og omsorgsdepartementet er det taust. Imens fortsetter forskjellsbehandlingen av studenter stikk i strid med hva fagfolk anbefaler.

– Det er urettferdig. Nå er det på tide med utålmodighet overfor departementet, slår Tone Moan fast. Hun er nyvalgt leder av NSF student.

Venter på svar

– Tidligere ble det vurdert at for sykepleiere generelt var risikoen for smitte såpass beskjeden, at de ikke fikk vaksinen dekket. Men nå har befolkningssammensetningen endret seg slik at også sykepleierstudenter som skal ut i praksis er utsatt for smitterisiko. Derfor anbefaler vi at sykepleierstudenter bør få tilbud om vaksinen, sier Hanne Nøkleby, direktør ved divisjon for smittevern ved Folkehelseinstituttet.

Folkehelseinstituttet skrev et brev om dette til Helse- og omsorgsdepartementet den 20. august i fjor,

men har ennå ikke fått svar. Brevet inneholder flere anbefalinger om endringer i bruk av hepatitt B-vaksine i Norge, blant annet foreslås det å innføre hepatitt B-vaksine i barnevaksinasjonsprogrammet.

Ved Helse- og omsorgsdepartementet får Sykepleien til svar at de ikke kan si noe om når disse anbefalingene er ferdigbehandlet. Grunnen til at det tar så lang tid er at forslaget vurderes sammen med en rekke andre vaksinasjonstiltak.

– At det har tatt så lang tid, kan skyldes at departementet først og fremst har konsentrert seg om forslaget om å ta inn hepatitt B-vaksinen i barnevaksinasjonsprogrammet, sier Nøkleby.

Folkehelseinstituttet har anbefalt at tidspunkt for innføring i programmet tilpasses tidspunktet for innhenting av tilbud på vaksiner. Forrige anbudsinvitasjon ble sendt ut i begynnelsen av 2008. Slike anbudsrunder skjer hvert annet til hvert fjerde år. Dermed har departementet god tid på seg til neste runde. Det spørres derfor om sykepleierstudentene får noe avklarende svar i løpet av året.

200 per student

Det vil koste i overkant av 200 kroner per student å innføre



RISIKOUTSATT: Folkehelseinstituttet vurderer også sykepleierstudenter til å ha risiko for å få hepatitt B når de er i praksis, og anbefaler at staten sponser vaksine som den gjør for legestudentene. Foto: Colourbox

hepatitt B-vaksinen for sykepleierstudenter. Det vil si i overkant av 60 000 kroner per år, hvis vi regner ut fra antall førsteårsstudenter. Vaksinen skal tas i tre omganger og full immunitet er derfor ikke utviklet før etter et halvt år etter første vaksinasjon.

– Vi har ikke tatt stilling til når studentene bør få tilbud om vaksinen, men de bør være ferdig vaksinert når de går ut i praksis, sier Nøkleby.

– Dette er en sak vi har fulgt opp lenge, og nå avventer vi departementets svar på brevet fra Folkehelseinstituttet, sier Morten Kristoffersen, studentrådgiver i NSF.

– Hva har dere gjort konkret?

– Vi har vært i dialog med Folkehelseinstituttet og blitt oppdatert på hvordan deres anbefaling har blitt. Vi har i flere uker forsøkt å få kontakt med de som kan svare på hva departementet gjør med dette uten å lykkes i å få noe svar på dette ennå.

Lovbrudd?

I smittevernlovens paragraf 6-1 heter det at «Den som det etter en faglig vurdering er grunn til å anta er i fare for å bli smittet med en

allmennfarlig smittsom sykdom har rett til nødvendig smittevern hjelp i form av vaksinasjon, informasjon og annen nødvendig forebyggende hjelp».

– Kan det at sykepleierstudenter ikke får dette tilbudet være brudd på denne loven, Hanne Nøkleby?

– Det vil ikke jeg si noe om. Det er det opp til departementet å ta stilling til.

– Hva sier du, Morten Kristoffersen?

– Vi har ikke forholdt oss til dette etter smittevernlovens regler. Det er usikkert om dette faller inn under denne paragrafen, slik jeg ser det. Man kan unngå hepatitt B-smitte om man er forsiktig, og det er jo kun i akuttinnleggelse-situasjoner man regner det som et problem. Kjent hepatitt B-positive kan man lett omgås uten å risikere smitte ved å ta forholdsregler.

Kristoffersen legger til at saken dreier seg nå om departementet vil komme raskt ut med informasjon om at vaksinen for sykepleierstudentene skal dekkes.

– Vi forventer at de skal det. Det er synd at det ennå ikke er iverksatt tiltak for å begynne å følge de nye anbefalingene fra Folkehelseinstituttet, sier han.

Vil ha ny praksisordning

De nye studentlederne Tone Moan og Lars Martin Jensvoll vil ha en godkjenningsordning for praksis i utdanningen.

Tone Moan (27) har rykket opp i Norsk Sykepleierforbund Student. Sist studieår var hun nestleder. Lars Martin Jensvoll (25) var styremedlem og er nå nestleder. Valget skjedde på årsmøtet i juni.

De er begge to nettopp blitt sykepleiere. Hun ved Høgskolen i Bergen, han ved Høgskolen i Sør-Trøndelag. Han er begynt i jobb på infeksjonsposten på Diakonhjemmet i Oslo, hun overtar etter Stian Skare som leder på full tid.

– Det skal bli kjekt. Jeg har brukt to år på organisasjonen og synes fortsatt jeg har mye å tilføre, sier Moan.

Fra før har hun er bachelorgrad i organisasjonspsykologi, som hun nå kan få nytte av.

Lærerne er ikke til stede

– Studentene vil ha bedre praksis. Det har vi hørt for?

– Ja, men det er ikke blitt bedre. Det som ikke fungerer er særlig oppfølging og veiledning, sier Moan.

– Den er ikke god nok?

– Den er tilnærmet ikke-eksisterende.

De viser til at sykepleierne i klinikken ikke har den formelle kompetansen som kreves for å utdanne sykepleiere på bachelornivå.

– Altfor ofte ser vi at læreren gjør seg opp et bilde av studenten ut fra hva kontaktsykepleieren sier. Studentene ønsker kontinuerlig vurdering av lærere med høy kompetanse. De ser faktisk strengere på dette enn lærerne.

Moan påpeker at utdanningsinstitusjonene må ta ansvar for at



SKIKKET: Leder Tone Moan og nestleder Lars Martin Jensvoll vil at skikkethetsvurderingen blir mer brukt i utdanningen.

lærerne er til stede og kan utføre jobben sin skikkelig.

– Både for å sikre studentenes læringsutbytte, og for å luke ut dem som ikke er egnet til yrket.

NSF Student ønsker nå å få etablert en godkjenningsordning for praksisdelen. Denne bør administreres av et uavhengig organ, for eksempel Nokut (Nasjonalt organ for kvalitet i utdanningen).

– Men hvem som administrerer er ikke så viktig, bare det blir gjort av noen andre enn utdanningene selv, sier Jensvoll.

– Må slippe å tyste

Skikkethetsvurderingen blir også et viktig tema framover.

– Vi vil øke kunnskapen om skikkethetsforskriften. I dag blir den ikke brukt, og nesten ingen kjenner til den.

Studenter ser ofte medstudenter som ikke burde få bli sykepleiere.

– For mye blir lagt på studentene.

De må tyste på medstudentene. Slik bør det ikke være, sier Jensvoll.

Moan innskyter:

– Vi er fornøyde med forskriften. Men utdanningsinstitusjonene må ta mer ansvar for at den brukes aktivt, og for at de som varsler blir ivaretatt.

Forskriften trådte i kraft i 2006.

Mannlig flertall

Nesten 90 prosent av sykepleierstudentene, cirka 9 500, er medlemmer av NSF Student. De betaler 252 kroner i semesteret og setter aller mest pris på studenthåndboken. Fagdage, som arrangeres lokalt av studenter ved de største høyskolene, er også populære.

– Vi ønsker fagdager ved flere skoler. Her er vi avhengig av lokale krefter, men vi kan bistå med gode råd.

Fire av sju i studentstyret er menn.

– Mannlig flertall er også gammelt nytt i studentstyret?

– Det er veldig bra at kjønnsfordelingen er omtrent som i befolkningen ellers. Men kvalifikasjonene er viktigere enn kjønn, sier Moan.

– Er det viktig med flere menn i yrket?

– Ja. Men det er ikke hovedinnsatsområdet i år. Vi vil ha de beste av de beste, uansett kjønn, sier Moan og Jensvoll.



Medlemmer i NSF's studentstyre:

Bård Nylund, Oslo
Kenneth Grip, Sør-Trøndelag
Sille Selnes, Tromsø
Thea Indahl Mæhlum, Sør-Trøndelag
Ole Martin Nordaune, Buskerud

Hva er et undervisningssykehjem?

I april fikk Norge undervisningssykehjem i alle fylker. Men hva er egentlig dette? Det er bare å pugge vår lille ABC, for nå kommer det snart undervisnings-hjemmetjenester også.

Sykepleiens fagredaksjon har hatt en økning i antall fagartikler som kommer for publisering fra undervisningssykehjemmene (eksempelvis den på side 42). Derfor tenkte vi det var på tide med en liten innføring i det relativt nye begrepet «undervisningssykehjem».

Disse sykehjemmene fungerer som en slags vitaminbank av prosjekter som skal komme pasientene til gode og øke rekrutteringen samtidig som andre sykehjem skal kunne nyte godt av resultatene.

Men hva med alt det andre? Hvem bestemmer hva, hvor mye penger er det her og hvilke fremtidsplaner finnes? Vi lot oss skolere av direktør Kristin Mehre ved Helsedirektoratets avdeling for omsorg og tannhelse:

A Undervisningssykehjem forkortes ofte til USH. Det er totalt seks

hoved-USH i landet, ett i Helse Midt-Norge og Helse Vest, to i Helse Sør-Øst og Helse Nord. De øvrige USH-ene kalles satellitter.

– Til sammen er det 20 USH, sier Helsedirektoratet som administrerer ordningen.

– 25, sier Helse- og omsorgsdepartementet.

Forvirringen skyldes Satellitt Hedmark som består av et samarbeid mellom tre sykehjem og Satellitt Nordland, som er et samarbeid mellom fire kommuner.

Forskjellen mellom hoved-USH og satellitt er at førstnevnte har et overordnet ansvar for spredning av kunnskap i sin region, mens satellittene har ansvaret for kunnskapsspredningen i sitt fylke. Hoved-USH har også et koordineringsansvar for satsningen i regionen og sørger for å spre satsningsområdene. Videre holder de regionale samlinger for sine satellitter og samles også to ganger

i året til møte med Helsedirektoratet.

B Avhengig av bevilgningene i statsbudsjettet får undervisningssykehjemmene en årlig pott som skal gjøre dem i stand til å fullføre målsetningen. I år var den på nesten 13 millioner kroner. Hovedundervisningssykehjemmene fikk en grunnbevilgning på 1 million kroner hver, mens satellittene fikk i underkant av en halv million kroner hver.

Sykehjemmene rapporterer på grunnbevilgningen til Helsedirektoratet. De kan også søke om ekstra prosjektmidler fra direktoratet og hvor som helst ellers. De vanligste stedene å søke er i sin egen kommune og hos fylkesmannen.

Ikke fullt 500 000 kroner fra staten høres ikke spesielt lukrativt ut for å drive forskning og fagut-

vikling i et helt år?

– Nei, men kommunene skal også bidra med midler. Hvor mye, varierer. Jeg vet ikke hvilke kommuner som gir mye og hvilke som gir mindre. Men undervisningssykehjemmene imponerer meg når det gjelder å få mye ut av små midler, sier avdelingsdirektør Kristin Mehre.

C *Hvem bestemmer hvilke sykehjem som får bli undervisningssykehjem?*

– Det er en søknadsprosess der hovedundervisningssykehjemmene og en representant fra fylkesmannen innstiller, og så godkjenner vi i Helsedirektoratet, sier Mehre.

– Har dere noen gang gått utenom innstillingen?

– Nei.
– *Har noen sykehjem som ikke ble innstilt blitt misfornøyde eller*

BLÅBÆR-SMOOTHIE

– Dette smaker nydelig, er dommen fra Inger Marie Moen ved langtidsavdelingen på Abildsø bo- og rehabiliteringssenter. Senteret er hovedundervisningssykehjemmet for osloregionen, og har kjøpt inn smoothie-maskiner til alle åtte kjøkkener. Det var et ledd i et ernæringsprosjekt i samarbeid med sykepleierstudenter ved Høgskolen i Oslo, som involverte fire kull og gikk over to år til mai i år. Tanken er at slike vitaminsjokk av noen frukt-drikker frister mer enn brødskiver for en med dårlig matlyst. Nå skal de serveres noen ganger i uken i forbindelse med aktivitet om formiddagen, eller som et mellommåltid på ettermiddagen.

anket?

– Nei, men noen har blitt skuffet fordi interessen er stor.

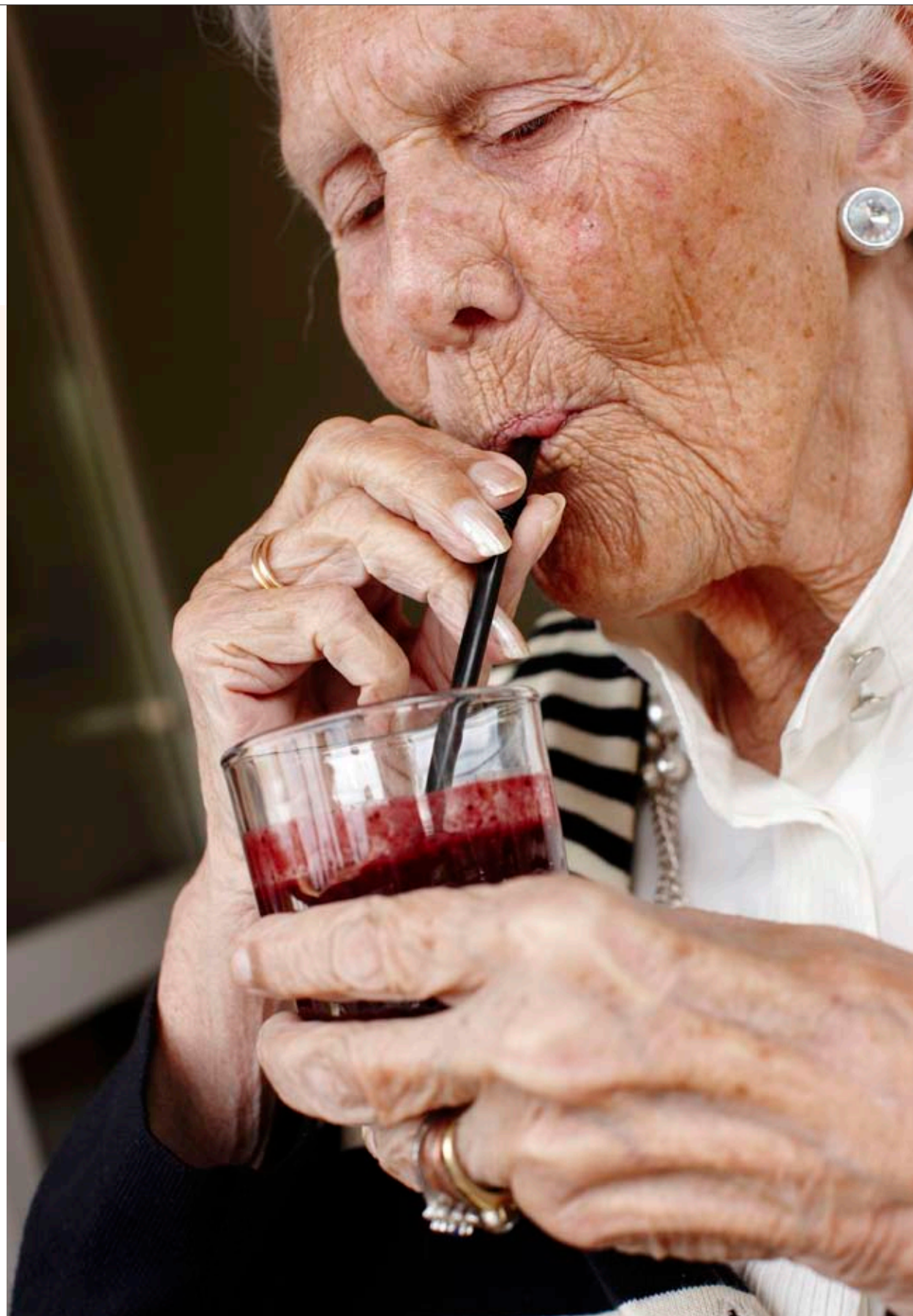
– Er dette en status som sykehjemmene kan miste?

– Det er det for tidlig å si noe om. Vi tar sikte på å ha en ekstern evaluering av ordningen i 2010. Nå er vi i gang med et planarbeid om hva undervisningssykehjem skal være fremover. Her vil undervisningssykehjemmene være involvert. Vi vil sikre at målene er tydelige og at undervisningssykehjemmene utvikler seg i tråd med behovene. Særlig vil vi tydeliggjøre behovet for spredning av kunnskap.

– Har det vært for lite av det?

– Jeg vil ikke si det. I startfasen er det naturlig å fokusere på seg selv. Men nå må vi komme videre.

D I dag har det sprunget ut over 30



prosjekt fra undervisningssykehjemmene. De fleste er i samarbeid med enten høyskoler eller universitet. Det handler om alt fra ernæring, via samarbeid med pårørende

og økt innsikt i demenssykdommer til hvordan omsorgen for døende kan bli bedre.

Kristin Mehre fremholder undervisningssykehjemmene i

Sogndal, Bergen og Karasjok som tre gode eksempler på sykehjem som har lyktes i å spre kunnskapen sin. Ved Sogndaltunet bo- og aktivitetssenter har de fra 2003 ut-



Målet med USH

Målet for undervisningssykehjemmene er å bidra til å heve kvaliteten i sykehjemstjenesten og å øke status og anseelse for faget geriatri generelt. De skal være modeller for andre sykehjem i regionen, og bidra til spredning av kunnskaper og ferdigheter. De er regionale ressursentre som skal drive med fagutvikling og klinisk forskning knyttet til metoder for å bedre pleien, omsorgen og behandlingen, og for å øke opplevelsen av livskvalitet, trygghet og verdighet for den enkelte.

Les mer: Undervisningssykehjemmene har sin egen nettside: www.undervisningssykehjem.no



PROSJEKTENE: Som springer ut fra undervisningssykehjemmene kan handle om alt fra ernæring til økt innsikt i demenssykdommer.

viklet et interkommunalt nettverk for kompetansespredning. Nå skal de erstatte det med fagspesifikke nettverk. Ved Løvåsen sykehjem bo- og aktivitetssenter i Bergen har de hatt et samarbeidsprosjekt med odontologisk fakultet om munn- og tannhelse som har resultert i en film som nå spres over hele Norge. Og undervisningssykehjemmet i Karasjok har laget en kokebok om mat og mattradisjoner fra den samiske kulturen.

E Helseleders rolle begrenser seg til de to årlige samlingene med hovedundervisningssykehjemmene, behandling av søknader og tildeling av tilskudd, samt å følge opp de 20 rapportene som dokumenterer hva pengene har blitt brukt til gjennom et år. Fylkesmannens rolle er å sitte i styringsrådene til sykehjemmene.

Vi ønsker at sykehjemmene skal dra i samme retning.

Kristin Mehre, Helsedirektoratet

– *Det virker relativt selvgående?*
– Ja, og det skal det være. Vi ønsker at sykehjemmene skal dra i samme retning. Det vil hjelpe at de nå har fått et felles nettsted som er i veldig utvikling, sier Mehre.

– *Hvilke planer har dere fremover?*

– Det viktigste vi jobber med er det nevnte strategidokumentet om hva undervisningssykehjem skal være. Planen skal være ferdig i begynnelsen av 2009. Her kan det tenkes at det kommer noen nye målsetninger. Videre utreder vi om det er behov for et eget nasjonalt undervisningssykehjem for den samiske befolkningen, for også å ivareta samer som bor utenfor de samiske kjerneområdene. Ellers

ligger der ingen politiske føringer for at det kan bli flere undervisningssykehjem enn i dag.

I tillegg vil direktoratet konsentrere innsatsen rundt fagutvikling siden det bidrar til rekruttering.

– *Hvilke nye målsetninger kan tenkes å dukke opp?*

– Vi vil tenke litt nytt i forhold til utvikling. Nå etableres det fem forsknings- og utviklingssentre i landet. Her skal det være et samarbeid. Dessuten har vi eldreforliket mellom regjeringen, Kristelig folkeparti og Venstre fra desember 2007, som sier at det skal etableres undervisnings-hjemmetjenester. Nå ser vi på ulike modeller for hvordan det kan la seg gjøre.



SAMISK KOKEBOK: Undervisningssykehjemmet i Karasjok har oppfylt intensjonen om å «spre kunnskapen» med denne boka om samiske mattradisjoner. Den er ment for alle sykehjem som har samiske pasienter og utgis av forlaget Davvi Girji. Foto: Karasjok undervisningssykehjem

Kvalitetsheveren

– Førstelinetjenesten har universitetssykehus. Hvorfor kan ikke kommunene få noe tilsvarende, tenkte Marit Kirkevold. Hun er hjernen bak landets 20 undervisningssykehjem.

På midten av 90-tallet slet den kommunale omsorgssektoren med mye av de samme utfordringene og problemene som i dag. Å arbeide på sykehjem var ikke attraktivt. Det ville professor Marit Kirkevold ved Institutt for sykepleievitenskap og helsefag ved Universitetet i Oslo, gjøre noe med.

– Som institutt bør vi ta ansvar for å bidra til å rekruttere sykepleiere til omsorgssektoren ved å legge til rette for å satse på forskning og utdanning, sier hun.

Fem startet opp

Dermed heiv hun seg rundt. Penger ble søkt fra «Nasjonalt geriatrisk program», og kom i 1997. I 1999 var første prosjektrunde i gang, med undervisningssykehjem i universitetsbyene Oslo, Bergen, Trondheim og Tromsø. I tillegg ble et sykehjem i Karasjok med for å ha et spesielt fokus på helsemessige aspekter i den samiske befolkningen.

– Den ene inspirasjonskilden var den amerikanske modellen for utdanningssamarbeid som jeg kjente til gjennom såkalt «faculty practice». Den andre var at vi i Norge har tradisjon for samarbeid mellom universitetene og klinikkene gjennom universitetssykehusene. Jeg hadde lyst å bruke tilsvarende logikk og overføre den til kommunene. Tanken var et trekant-samarbeid mellom høyskolene, universitetene og sykehjemmene. Den tredje var et noe tilsvarende prosjekt i USA på 1980-tallet.

I 2004 ble de fem undervisningssykehjemmene permanente, og nå finnes det minst ett slikt sykehjem i hvert fylke, totalt 20 stykker. Kirkevold er ikke lenger prosjektkoordinator, men sitter i styringsgruppen for Abildsø bo- og rehabiliteringssenter

som er hovedundervisningssykehjem for osloregionen.

Kvalitet til de eldre

Det store overordnede målet for Kirkevold har vært å bidra med kvalitet på tjenestene til de mest pleietrengende gamle. Siden disse som oftest befinner seg på sykehjem, var det her de måtte sette inn tiltakene. Kirkevold nevner fire måter undervisningssykehjemmene skal bidra til denne kvalitetsøkningen:

1. Øke kompetansen til de ansatte, både den formelle og den uformelle.
2. Tilrettelegge for utdanning av de ufaglærte som allerede er i sektoren.
3. Drive fagutvikling tilpasset de lokale behov ved hvert enkelt sykehjem.
4. Igangsette forskningsprosjekter relatert til sykehjem og deres beboere.

– Vi ønsker å vise at kommunal eldreomsorg krever kunnskap som hele tiden må videreutvikles. Det vil heve prestisjen og trekke faglig engasjerte sykepleiere og andre til sektoren.

– *Har undervisningssykehjemmene klart å gjøre det?*

– Det er nok fremdeles relativt enstømt å være sykepleier på sykehjem, men det HAR skjedd noe der. Vi ser det gjennom indirekte indikasjoner som at det startes opp flere mastergrader og andre utdanningstilbud innen eldreomsorg. Flere er blitt opptatt av at sektoren er viktig. Dessuten tror jeg undervisningssykehjemmene har bedre rekruttering enn mange andre sykehjem.

Kirkevold opplevde i prosjektperioden at dette også slo motsatt vei, at de som hadde jobbet og videreutviklet sin kompetanse på undervis-

ningssykehjem ble mer attraktive og lettere forsvant ut.

– I forhold til at undervisningssykehjem skal rekruttere og beholde folk, er det synd, men i forhold til målsetningen om at de skal spre kompetanse, er det ikke så dumt, sier hun.

Savner mer forskning

– *Ble undervisningssykehjemmene slik du hadde håpet på?*

– Hele ideen har utviklet seg over tid i samarbeid med andre aktører. Men ja, i forhold til fagutvikling og kompetanseheving, ble det i stor grad sånn jeg hadde trodd. Men jeg savner enda større satsning på forskningen.

Kirkevold finner det rimelig at Helsedirektoratet er mest opptatt av forskning som et virkemiddel til å bedre tjenesten på de områder de er opptatt av til enhver tid, men hun ønsker seg også mer uavhengig forskning som setter et bredere og dypere fokus på sektorens mange utfordringer.

– Dette er noe som må vokse seg forsiktig frem, og det tror jeg det gjør i samarbeid med en rekke universitets- og høyskolemiljøer. Samarbeidet på tvers av institusjonene

PIONER: Ordningen med undervisningssykehjem ble mye større enn Marit Kirkevold hadde trodd. Hun synes det er morsomt at det nå også får internasjonal oppmerksomhet.

bør også øke. I dag fungerer institusjonene litt for isolert. Men alt i alt er jeg positiv. Det er tross alt kort tid siden det hele kom i gang.

– *Hvordan føles det å være hjernen bak noe så stort?*

– Det er blitt mye større enn jeg trodde, og det har vært et privilegium å få samarbeide med så mange engasjerte mennesker, både de som arbeider ved sykesengen og de med overordnet ansvar. Veldig morsomt at det nå også får internasjonal oppmerksomhet.

– *Å ja?*

– Blant annet har flere store private og frivillige organisasjoner som driver sykehjem i Australia vært på studiebesøk. Helping Hand er et eksempel.

tekst **Eivor Hofstad**
foto **Erik M Sundt**





Anne Brit Sandberg,
Undervisningssykehjemmet
i Oslo

For at veiledningen skal bli best mulig er det nødvendig å planlegge den og rydde plass til tid sammen med studentene.

www.sykepleien.no

Les mer og finn litteraturhenvisninger på
www.sykepleien.no

Søkeord:
Undervisningssykehjem
Studentmappe
Praksis
Utdanning

Verktøy for god praksis

Innføring av **studentmapper** hever kvaliteten på praksis i sykehjem.

Undervisningssykehjemmene i Norge arbeider for å heve og sikre kvalitet i eldreomsorgen, heve omsorgsarbeidets faglige prestisje, og legge tilrette for et godt praksismiljø for helsefaglige studenter. Undervisningssykehjemmet i Oslo har gjennom et studentrettet prosjekt fokusert på sykepleierstudenters praksis i sykehjem, og søkt å heve praksisens kvalitet.

Faglig utilfredsstillende

Det er en mangel på fagpersonell i eldreomsorgen i Oslo. Andelen ufaglærte er urovekkende høy (1). Det er kjent gjennom media at mange sykepleiere finner det lite utfordrende og faglig utilfredsstillende å arbeide i sykehjem (2), og at få sykepleierstudenter ønsker å arbeide i eldreomsorgen (3). Pasienter i sykehjem er skrøpelige, og den enkelte kan ha flere alvorlige diagnoser på samme tid (4). Dette gir store utfordringer for de som arbeider i sykehjem.

Med en antagelse om at standarden på sykepleiepraksis i sykehjem har en betydning for eldreomsorgens status blant sykepleiere, ble et enkeltprosjekt knyttet til studentpraksis i sykehjem igangsatt. Prosjektet hadde som mål å danne en god ramme for praksisen gjennom å gjøre praksisstedene forberedt på å ta imot studenter, og studentene

forberedt på å møte praksis. På bakgrunn av samtaler med studenter, høyskolelærere, veiledere og avdelingsledelse, ble det utarbeidet en «Studentmappe»; et arbeidsverktøy for studenter i praksis.

Bakgrunn

FoU-avdelingen ved Undervisningssykehjemmet i Oslo ansatte en prosjektleder i 20 prosent stilling for å gjennomføre prosjektet. Vi startet med en spørreundersøkelse blant studentene der opplysninger om forventninger til praksisen ble definert. Målet var å belyse både forventningene til det praktiske arbeidet, og forventningene til samarbeidet med veilederen og arbeidsplassen forøvrig. Det var også interessant å vite hva slags erfaringer studentene hadde fra tidligere omsorgsarbeid.

Videre hadde vi en samling med alle avdelingsledere og andre ansatte som har i oppgave å være veiledere. Vi var ute etter å få vite hva som er positivt ved det å være veileder og ha studenter i praksis, men også hva som kan være utfordrende. I løpet av denne samlingen ønsket vi å tydeliggjøre hvordan veiledere og avdelingsledere kan forbedre rutiner, slik at det blir enklere å være en god veileder i en hektisk hverdag. Det å veilede studenter er en tilleggsoppgave som



skal gjøres ved siden av annet daglig arbeid. For at veiledningen skal bli best mulig er det nødvendig å planlegge den og rydde plass til tid sammen med studentene. Her spiller avdelingssykepleier en viktig rolle. Det er viktig at avdelingssykepleierne formidler dette behovet



BEDRE PRAKSIS: God innføring ved praksisstart gir trygge arbeidsforhold for studentene. Foto: Vida Breivyte Buhs

til alle i avdelingen, slik at veileder og studenter får aksept for at de trenger tid til refleksjon i løpet av uken. Hvis det ikke er forståelse for dette blant kollegaer kan det bli en ekstra stressfaktor for veilederen, noe som antas å gå ut over opplæringen til studentene.

Tilrettelegging

Ved å tilrettelegge for, og å opplyse andre kollegaer om hva en slik veiledningsoppgave innebærer, vil det kunne bli større forståelse og velvilje for at studentrelaterte oppgaver prioriteres og tas hensyn til av alle på arbeidsplassen. Hvis vi gir studentene en god og trygg innføring i arbeidet ved praksisperiodens start, vil det kunne bidra til at vi får flere dyktige medarbeidere som gjør at arbeidsdagen blir lettere for alle på avdelingen.

Studentene, veilederne og lærerne bruker mye tid til etiske refleksjoner i praksisperioden. Ved å stadig vurdere det vi gjør blir vi minnet om viktige sider ved rollen som pleier i forhold til pasienter og kollegaer. Dette er med på å gjøre oss bevisste det ansvar og de utfordringer vi står overfor i pleie- og omsorgsarbeid for syke eldre i sykehjem. Sykehjemmet har rekruttert flere studenter, som har hatt en positiv opplevelse av å arbeide ved sykehjemmet, til å ta jobb som ekstravakter og sommervikarer. For sykehjemmene er det en stor fordel å få studenter som kjenner avdelingene, og som har et bedre kunnskapsgrunnlag enn helt ufaglærte pleiere.

Studentmappen

Ut fra de behov vi kartla hos veiledere og studenter utarbeidet vi en «Studentmappe». Denne får studentene utlevert første dag i praksis. Mappen er ment som et arbeidsverktøy de skal bruke mens de er i praksis. I tillegg får studentene en omvisning på huset og anledning til å hilse på andre ansatte ved sykehjemmet. Studentmappen inneholder:

- En velkomsthilsen og diktet «Hva ser du søster».
- Opplysninger om sykehjemmet og navn på kontaktpersoner.
- Avtaleskjema for samtale med veileder både i forhold til tid og tema.
- Kalender til å avtale turnus med veileder. Vår erfaring er at stu-

dentene i størst mulig grad skal følge turnusen til veilederen for å få den beste oppfølgingen.

- Spørreskjema der studentene skal definere sine forventninger til praksisperioden, til arbeidet og til veileder, og de skal også si litt om tidligere yrkeserfaringer.
- Våre forventninger og vårt tilbud til studentene.
- En enkel innføring om datasystemet vi bruker slik at studentene skal kunne skrive pasientrapport og lese om pasientene.
- En introduksjon til Praktiske Prosedyrer i Sykepleietjenesten (PPS) (5). PPS er et meget nyttig verktøy vi oppfordrer studentene til å bruke. Det kan brukes når de skal skrive oppgaver, finne rutiner for ulike prosedyrer eller oppdatere seg på ulike sykepleiefaglige intervensjoner.
- En sjekklister for sykepleiestudenter i praksis, ment som et supplement til de målsetninger undervisningsplanen fra høgskolen krever at studentene skal nå i løpet av praksisperioden. Sjekklister skal hjelpe studenten til å bli kjent på en sykehjemsavdeling, og gi dem en oversikt over hva de bør kjenne til av oppgaver. Her ligger det også en definisjon på sykepleiefunksjon og hjelpepleiefunksjon.
- KPO (6) kartleggingsguide med eldre – omsorgsfokus.

Respons

Ved sykehjemmet har vi første- og andreårsstudenter. De har ulik erfaring fra omsorgsarbeid. Studenter med liten erfaring gir uttrykk for at det første møtet kan virke overveldende. Det er mange inntrykk og mye informasjon på en gang.

Studentmappen gjør det lettere og orientere seg i den nye arbeidssituasjonen: «Det kan være vanskelig å få med seg all informasjonen, og det var trygt å vite at vi fikk denne informasjonen skriftlig», er en tilbakemelding. Andre studenter gav uttrykk for at velkomsten virker godt forberedt og at vi har et profesjonelt opplegg. Videre ga

studentene uttrykk for at mappen inneholdt relevant informasjon, og at mange studenter bruker mappen daglig: «Det er praktisk å ha alt samlet i en perm».

KPO modellen er et nyttig redskap når studentene arbeider med studiekrav og pleieplaner, og bidrar til bevisstgjøring når det gjelder å trene opp det «kliniske blikket»: «Samarbeidet med veileder blir bedre når man har avklart hvilke forventninger man har til hverandre, og man kan planlegge når og hvordan man skal jobbe sammen, og når man skal jobbe selvstendig», var en annen tilbakemelding på studentprosjektet vårt.

Flesteparten av studentene ga uttrykk for at de ble tatt godt i mot på arbeidsplassen, og at de hadde en god og lærerik praksisperiode ved Undervisningssykehjemmet i Oslo. Studentmappen er tilgjengelig på www.undervisningssykehjem.no.

LITTERATUR

1. Ensbj L, Vesje K. Ufaglærte jobber som sykepleiere. 2007 [cited 2007 13.09]; Available from: <http://www.nrk.no/nyheter/distrikt/ostlandssendingen/1.3460206>
2. Aften A. Sykepleiere vil ikke jobbe i eldreomsorgen. Aftenposten Aften. 2007.
3. Vesje K, Stensland A. Skyr hjemmesykepleien. 2007 [cited 2007 13.09.07]; Available from: <http://www.nrk.no/nyheter/distrikt/ostlandssendingen/1.2291448>
4. Hofseth C, Norvoll R. Kommunehelsetjenesten - gamle og nye utfordringer: en studie av sykepleietjenesten i sykehjem og hjemmesykepleien. Trondheim: SINTEF, Unimed; 2003.
5. Akribe. [cited 2007 02.12]; Available from: <http://www.akribe.no/text.cfm?path=10>
6. Krogh Gv, Dale C. KPO-modellen: kvalitetssikring, problemløsning, omsorg: en teorigenerert modell for dokumentasjon av sykepleie i EPJ. Oslo: Akribe; 2007.



Månedens bok

Av Tor-Johan Ekeland og Kåre Heggen (red.)
Gyldendal Akademisk 2007, 253 sider, ISBN 978-82-37491-1
Anmelder: Karl-Henrik Nygaard, rådgiver



Språk er makt

God bok fra høgskolemiljøet i Volda.

Anmeldelse: Mestring og myndiggjøring er sentrale begrep i den nye helse og sosialpolitikken. Denne boken har som mål å forstå disse begrepene i en bredere sammenheng gjennom fag som sosiologi, pedagogikk, sykepleie, psykologi og statsvitenskap, litteraturvitenskap, filosofi og idéhistorie. Forfatterne har sin bakgrunn fra Høgskolen i Volda.

Flere av kapitlene har fokus på kommunikasjon. Empirisk forskning viser at god kommunikasjon i seg selv kan fremme helse. Det forutsetter imidlertid at den gir mening og er relasjonsorientert. Det handler først og fremst om å være åpen for den andre, pasienten og hans livsverden. Med utgangspunkt i blant annet filosofien til Hans Skjervheim og Jürgen Habermas får Jan Inge Sørbo godt frem dette perspektivet. Han peker blant annet på at den gode kommunikasjon og reell myndiggjøring av pasienter, vanskelig i en helsesektor som i stor grad er preget av fokus på produktivitet og økonomi. Dette kritiske perspektivet preger kapitlene i boken.

Et kapittel om språk og kommunikasjon viser hvordan språk både kan myndiggjøre og umyndig-

gjøre. Språk er makt. Her blir det lagt vekt på at god kommunikasjon forutsetter en gjensidig subjektrelasjon der de kommuniserende har et fortolknings- og forståingsfelleskap.

Med utgangspunkt i psykologen Urie Bronfenbrenner blir vi presentert for mestring innenfor en bio-økologisk modell. Her blir individets mestringskompetanse satt inn i en større sammenheng med begrep som saltogenese og sosial

kapital. Viktig er også diskusjonen om makronivåets betydning for utvikling av sosial kapital. Det konkluderes med at universelle velferdsordninger, slik vi har det i Norge, gir det beste grunnlaget for å oppnå mestring. Hvordan myndiggjøring er koblet til makt og medborgerskap er tema for to av kapitlene. Pasientens medvirkerrolle i forhold til behandlingen blir satt i et etisk perspektiv. Det etiske perspektivet er også sentralt i forhold til det psykiske helsevernet der

myndiggjøring innebærer å leve, fungere og bli sett som en vanlig samfunnsborger.

Sykepleieren Anne Sofie Egset tar opp utfordringene knyttet til demens i hjemmebaserte tjenester. Hun har et spesielt fokus på de pårørende.

Den profesjonelle helsearbeider handler ut fra en bestemt forforståelse – en handlingsteori. I boken blir denne diskutert i forhold til normalitet og avvik. En individ-

orientert modell med fokus på egenskaper hos personen, settes opp mot en kollektiv modell. I den kollektive orienteringen blir det lagt vekt på sider ved omgivelsene, systemet, som hemmer personen. Det kommer godt frem hvordan persondiagnoser først får mening når de settes i en kultur- og system-sammenheng.

Didaktisk relasjonstenkning er sentralt i et kapittel om helsearbeideren som pedagog. En slik tenkning innebærer blant annet at plan-

leggingen og selve undervisningen sees som en helhet og at det ikke er mulig å planlegge eller å forutsette alle utfordringene som kan dukke opp på forhånd. Samspillet og helheten i den pedagogiske situasjonen skaper det pedagogiske resultatet. Dette forutsetter en stor grad av skjønn. Opp mot denne modellen settes en mål-middel-modell, som forfatteren mener i liten grad kan ta vare på målesetninger om mestring og myndiggjøring.

Et kapittel tar for seg helse i et livsløpsperspektiv. Empowerment-idealet som en profesjonsetisk grunnverdi diskuteres i den siste artikkelen. Her sees myndiggjøring som et postmoderne prosjekt. Myndiggjøringsbegrepet settes inn i en kritisk idehistorisk sammenheng der individualisme, humanisme, forbrukersamfunn og troen på fremskritt er fremtredende forhold.

Dette er en lærerik bok som synliggjør godt den forskning og kunnskap som finnes i høgskolemiljøet i Volda. Det kritiske perspektivet i forhold til en tenkemåte som mer og mer vinner frem, er viktig. Boken har en bredde og perspektiv som bør vær av interesse innenfor de fleste fagmiljøer i helsesektoren.

Fjodor Dostojevski og Gustave Flaubert led av samme sykdom. Hvilken?

Svar: Epilepsi

Trenger vi den?

Anmeldelse: Denne boken er utgitt i anledning psykiatrisk sykepleier og professor Jan Kåre Hummelvolls 60-årsdag. Det er en hyllest han fortjener. Hummelvoll er grundig lest og hyppig sitert i hovedoppgavene i psykiatrisk sykepleie fra 1990-tallet. En foregangsmann innen sitt felt, hvilket han bekrefter i det innledningsvise intervjuet med redaktøren. Her kommer han blant annet med en reflektert oppklaring av forskjellen mellom psykiatrisk sykepleie og psykisk helsearbeid. Det er avgjort Hummelvoll som går av med seieren her. Og det er også hensikten. Gyldendal Akademisk burde likevel tatt seg råd til en språkvask. Når redaktøren skriver ulike «arbeider, interesser og FOKUSER», blir det ganske håpløs norsk. Språket er generelt noe tiltvunget akademisk.

Temaene derimot, er aktuelle nok. De forskjellige bidragsyterne tar opp emner som anerkjennende tilnærming, den farlige pasient og den farlige behandler og deretter møtet med livet etter selvmordsforsøk.

Så hvorfor føler jeg meg hensatt til skolebenken igjen? Fordi jeg har lest det meste før, og synes Hummelvolls egne bokutgivelser er bedre. Her står det i fare for å bli drøvtygging på hans mange verk. Men det finnes absolutt hederlige unntak. Spesielt vil jeg fremheve de danske bidragsyterne. Det er noe ved mangelen på kamuflasje i den faglige terminologien, ja, i språket generelt, som går rett hjem hos denne leser. De virker mer selvsikre med sin presise ordbruk, noe som skjerper oppmerksomheten. Og de har mindre hang til leddsetninger.

Hummelvoll er en meget klok fagperson, og etter hans virke som utøver og formidler gjennom 30 år hadde jeg ønsket et litt mer løssluppent manifest. Slik stoffet fremstår, opplever jeg det som en opplagt fagbok som er litt tørr i formen. De mange eksemplene fra praksis bøter imidlertid på dette, så det gjelder å ikke falle av lasset underveis. Boken er heftet, og omslaget er vakkert, med foto av Trym Ivar Bergsmo.

De som skal ta fatt på studier i psykisk helsearbeid kan med stort utbytte gå løs på denne boken. Strandlektyre er det neppe, men derimot en verdig sammenfatning av Hummelvolls mange viktige bidrag.

Oversiktlige litteraturlister er et pluss.

Livssyn i tiden

Anmeldelse: Richard Dawkins er en av vår tids fremste representanter for evolusjonslæren og nydarwinismen. I boken Gud – en vrangforestilling skiller han klart mellom den kunnskap som er resultat av forskning og vitenskap og den som eventuelt skulle ligge i religionen.

Vitenskapen oppfordrer til kritikk og utvikler seg gjennom at «kjent viten» blir imøtegått og motsagt av ny kunnskap. En vitenskapsmann/kvinne gleder seg over at ny kunnskap bryter ned gammel viten, i motsetning til den religiøse fundamentalisten som kommer i forsvarsposisjon når det rettes kritikk mot de religiøse dogmene. Dette skillet er grunnleggende. I boken nevnes en rekke eksempler på forskere som har valgt en religiøs, bibeltro tilnærming til naturen (kreasjonisme) heller enn vitenskaplig. I USA, der nyateismen særlig har fått fotfeste blant intellektuelle og vitenskapsmenn, er striden mellom kreasjo-

nisme og darwinisme et særlig hett tema, som også Dawkins tar opp og til en viss grad harselerer med.

Dawkins forstår religionens fremvekst i et evolusjonsmessig perspektiv. Han ser på religion som en bieffekt av noe annet. Han bruker begrepet *memer* når han søker å finne en forklaring på religionens røtter. Memer er all informasjon som kan spres og lagres av organismer. Spredningen av *memer* skjer gjennom læring, etterligning, indoktrinering eller lignende. Dawkins argumenterer også for at moral i en utviklingsmessig sammenheng kom forut for religionen.

Boken er polemisk i formen og ikke alltid vitenskaplig i sin tilnærming. Eksemplene Dawkins nevner, fremstår ofte som latterlige og utenfor det de fleste kristne i Norge oppfatter som relevant for sin tro. Eksemplene vil nok være mer representative for amerikanske forhold.

Selv om det først og fremst er

de monoteistiske religionene med sitt opphav i jødedommen som får gjennomgå, kommer Dawkins også med en rekke spark til agnostikere og liberale, religiøse mennesker som ikke har en fundamentalistisk trosoppfatning.

Boken er et tidsmessige viktig dokument. Den synliggjør mye av den kritikk som i dag rettes mot fundamentalistisk tro og gir innsikt i nyere darwinistisk vitenskapsforståelse. Den legger imidlertid lite vekt på viktigheten av dialog mellom ulike livssynsoppfatninger. Richard Dawkins fremstår som en forkjemper for et naturalistisk menneskesyn. Boken kan med fordel leses sammen med bøker som i større grad vektlegger livssynsdialog. Det betyr imidlertid ikke at det varsku Dawkins reiser mot fundamentalistisk tenkning og religiøs indoktrinering innen kristendom og islam, ikke må tas på alvor.



Se mennesket

Av Bengt Karlsson (red.)
220 sider
Gyldendal Akademisk 2008
ISBN 978-82-05-38035-6

Anmelder: Inger Frogg Jørgensen,
psykiatrisk sykepleier



Gud – en vrangforestilling

Av Richard Dawkins
406 sider
Monstro forlag 2007
ISBN: 978-82-92769-02-7

Anmelder: Karl-Henrik Nygaard, rådgiver



En forfatter er en mann som ikke kan holde sine vrangforestillinger for seg selv.

Aksel Sandemose

Usynlige hjelpere

I «Hva med deg da? Når partneren blir syk» har **Tove Skagestad** intervjuet ti pårørende mellom 30 og 80 år.

1 Hvorfor har du skrevet denne boken?

Denne boka skrev jeg fordi jeg opplevde hvordan min mor slet seg ut da min far ble langvarig syk. Samtidig så jeg hvor mye hun betydde for ham og hvor avhengig han var av henne i denne perioden. Jeg har også selv vært pårørende og erfart hvor viktig det var å snakke med andre i samme situasjon. Å lese om andres erfaringer kan bidra til at man takler sin egen situasjon på en bedre måte. Det er et tankekors at vårt velferdssamfunn sykeliggjør pårørende fremfor å synliggjøre dem. For å få trykderettigheter blir pårørende påtvunget egne diagnoser – gjerne en depresjonsdiagnose – som senere blir hengende ved dem som en merkelapp. Jeg kan ikke forstå at det er lønnsom samfunnsøkonomi å sykeliggjøre friske personer. Pårørende burde i stedet få økonomisk, praktisk og psykologisk hjelp, slik at de lettere klarer å stå i rollen som omsorgspersoner. Og nå som det er sekstiåttergenerasjonens tur til å bli gammel og syk tror jeg dette blir et hett tema!

2 Hva liker du best ved boken?

At den er ærlig. Da jeg skulle intervju menneskene i boka, gruet jeg meg i forkant fordi jeg skulle be dem om å fortelle om sine innerste, mest private følelser. Jeg ønsket å beskrive de «forbudte» og inntengte tankene mange pårørende sliter med



spørsmål til Tove Skagestad

på en ærlig og usminket måte. Men alle jeg spurte sa ja til å stille opp, og dette bekreftet min følelse av at dette var en viktig bok. Ved å lese boka håper jeg at andre pårørende kan kjenne seg igjen og skjønne at de ikke er alene om slike tanker. Alle intervjuene er kommentert av to fagpersoner, førsteamanuensis Ellen Karine Grov og familierapeut Egil Øritsland. Jeg er glad for tilbakemeldingene fra pårørende som har fortalt hvordan det å lese boka sammen med den syke, har bidratt til å åpne dialogen dem imellom.

3 Hva synes du boken mangler?

Det burde kanskje vært mer fokus på hvordan kampen mot byråkratiet gjør situasjonen enda verre for mange når sykdommen rammer.

4 Hvem bør lese boken?

Dette er først og fremst en bok om og for pårørende, men håpet var også at fagfolk ville ta den på alvor. Tilbakemeldingene jeg har fått viser at det har de gjort, og det er jeg veldig glad for. Det er på tide at de pårørende settes i fokus.

5 Hva er den siste fagboken du har lest?

Den siste fagboka jeg har lest er doktoravhandlingen «Tid for trøst» av Trine Kleppe som handler om tilknytningen mellom mor og barn. Trine Kleppe er barnevernsforsker og samarbeider med meg i min neste bok som handler om barn som pårørende.

6 Og siste skjønnlitterære?

Jeg er nettopp ferdig med en biografi om Henrik Ibsen, «Henrik Ibsen. Mennesket» av Ivo de Figueiredos. En svært spennende bok der Ibsen og tekstene hans settes i et samfunnsmessig perspektiv.

7 Hva inspirerer deg til å skrive?

Jeg har vært frilansjournalist i 17 år og har vært glad i å skrive så lenge jeg kan huske. Inspirasjonen til denne boka fikk jeg fordi jeg selv savnet en slik bok om pårørende. Jeg synes det er galt at alt fokuset er på den syke, mens pårørende blir de usynlige hjelperne ingen bryr seg om.

8 Hvilken bok drømmer du om å skrive?

Jeg har etter hvert lyst til å gi meg i kast med biografier, fordi jeg selv synes det er spennende å lese om andres tanker og liv.

9 Blir du rik av boken?

Nei det tror jeg nok ikke. Men det er heller ikke derfor jeg har skrevet den. Denne boken er skrevet for å løfte frem et viktig tema og ikke på grunn av penger.

tekst **Susanne Dietrichson**
foto **William Mikkelsen**

Vi deler ut
250.000
kroner!

Du trenger ikke å finne opp HJULET på nytt



Smart-prisen 2008 er i gang! Har du en idé som forbedrer hverdagen på ditt arbeidssted? Uansett om ideen er realisert eller ikke satt ut i livet, vil vi gjerne høre fra deg. Da kan du bli en av de heldige vinnerne av opp til 100.000 kroner! Send inn ditt forslag i dag – og husk at det enkleste ofte er det beste! Siste frist er 1. september.

Sykepleien arrangerer nå Smart-prisen for tredje år på rad. Prisen er en kåring av den beste ideen eller oppfinnelsen som kan lette hverdagen for både pasienter og ansatte innen helsevesenet. Smart-

prisen 2008 arrangeres i samarbeid med Innovasjon Norge og KS, og vinnerne kåres både av en leserjury og en fagjury. [Les mer om Smartprisen og hvordan du sender inn ditt forslag på \[www.sykepleien.no\]\(http://www.sykepleien.no\).](#)



Vær smart nå!

Fristen for å sende inn forslag til Sykepleiens smartpris 2008 nærmer seg. La ikke sjansen til å vinne penger for avdelingen din gå fra deg!

1. september er fristen for å sende inn forslag til årets Smartpris. Sykepleiens redaksjon har fått inn noen forslag, men vi venter fortsatt på flere briljante ideer til hvordan sykepleieroppgavene kan gjøres lettere, smartere eller mer effektive.

De to årene vi har arrangert Smartpris, har vi sett hvor mye som rører seg rundt på arbeidsplassene. Kreative løsninger på praktiske problemer er ingen mangelveire blant sykepleiere. Heller ikke løsninger som springer ut fra omtanken for pasientene og ønsket om å gjøre en best mulig jobb.

Vår samarbeidspartner Innovasjon Norge satser spesielt på kvinnelige gründere og har stor tro på at sykepleierne har ideer å vise fram. Ideer som kan deles med andre, ideer som kan vise seg å bli god forretning eller som kan gi avdelingen penger til å komme ett skritt videre i en eller annen retning.

Nytt av året er samarbeidet med Kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon (KS). KS ønsker spesielt at innsatsen som gjøres av sykepleiere rundt i kommunene skal komme fram i dagen.

Venter på posen

Tidligere vinnere av Smartprisen jobber videre med ideene sine.

Smartprisen har gitt mye positiv oppmerksomhet og et kraftig dytt framover.

Kari Jaastad Grov på Stord merker det godt. Hun var en av vinnerne av Sykepleiens smartpris for 2007. Hennes produkt, en bleiepose for menn, vant prisen for beste urealiserte idé. Stadig ringer folk hjem til henne og spør hvor de kan få tak i produktet hun har funnet opp.

– De ringer fra apotek, institusjoner og som enkeltpersoner. Jeg må forklare at jeg dessverre ikke har noe å selge ennå, forteller Kari Jaastad Grov.

Etter prisutdelingen har hun vært på etablererkurs og hatt møte med Innovasjon Norge, som jobber videre med hvordan ideen kan settes ut i livet.

På Rikshospitalet ser Barne-enheten frem til helgeseminar på Maarud gård for hele avdelingen i midten av august. Det blir feiring av hovedprisen for «Kortversjon» og faglig innhold, forteller avdelingsleder Kirsten Ladegård.



GRÜNDER: Kari Jaastad Grovs oppfinnelse (arbeidstegning i bakgrunnen) kan bli satt i produksjon. Etterspørselen synes å være til stede.
Foto: Marit Hommedal

De 100 000 priskronene avdelingen fikk er ikke brukt opp. Det blir mer faglig påfyll, og pengene skal brukes til beste for hele avdelingen. Flere har vist interesse for infokortene, blant annet flere avdelinger på Ullevål.

Stolt kommune

I Bærum har prisen på 50 000 kroner fra fagjuryen ført til mye goodwill, blant annet fra kommunen som har bevilget penger til å drive prosjektet videre ut over prosjektperioden. Hilde Egge ved Bekkestua helsestasjon forteller at pakken med materiellet til samtalegruppene for skilsmissebarn selges til stadig flere. Prisen på 50 000 kroner går blant annet til å trykke opp et nytt opplag. En ny utgave kommer i august. Prosjektgruppen er i ferd med å planlegge et tilsvarende opplegg for videregående skole. Og det er allerede

utvidet til barnehagealderen der innholdet i større grad dreier seg om å bevisstgjøre personalet.

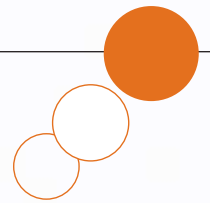
Egge ser at det er en trend at fokuset flyttes mer over til barna i skilsmisssituasjonen, fra tidligere å ha vært rettet mer mot de voksnes problemer.

– Flere forskningsprosjekter har hatt dette som tema den siste tiden, sier hun.

– Smartprisen har gitt økt tro på at jobben vi gjør er viktig. Å få faglig anerkjennelse betyr mye, mener vinneren av fagjuryens pris.

Melkerør i 2006

Smartprisen for 2006 var en hovedpris på 100 000 kroner stemt frem av leserne. Den gikk til nyfødtposten på Haukeland sykehus. Deres oppfinnelse var et stålrør som brukes til å ta prøver av frossen donert morsmelk.



RENDE TEKSTIL

G
ERIALE

DE FØRSTE SMARTINGENE:
I 2006 vant Helle Milde og
Kari Tøsdal fra Haukeland
sykehus Sykepleiens
Smartpris for melkerøret.
Foto: Marit Fonn



TIDEN OG VEIEN

- ▶ **1. september 2008:** Frist for innsending av forslag
- ▶ **November 2008:** Presentasjon av godkjente forslag i Sykepleien
- ▶ **Desember 2008:** Avstemning på sykepleien.no
- ▶ **Januar 2009:** Utdeling av Smartprisene

1 Forslag sendes til smartpris@sykepleien.no eller til Sykepleien, postboks 456 Sentrum, 0104 Oslo, merket «Smartpris».
Frist 1. september 2008.

2 Med påmelding skal følge en **presentasjon** som blant annet skal inneholde en beskrivelse av ideen/løsningen:

- Hva er dette?
- Hva er nytt?
- Hvilken nytteverdi har ideen/løsningen?
- Hvilke andre fordeler har ideen/løsningen?
- Hvor langt har man kommet?
- Hvilke tanker har man for fortsettelsen?
- Kontaktinformasjon til de/den som har eierskap til ideen. (navn, adresse, telefon samt e-postadresse)
- Det anbefales at det legges ved en uttalelse fra en relevant fagperson som kan gå god for forslaget.

3 **Vurderingskriterier:**

- Løsningen må være selvutviklet.
Det skal ikke stå kommersielle aktører bak.
- Ideen kan være en rutine, et system eller en praktisk ting som en eller flere sykepleiere har funnet opp.
- Kandidater må dokumentere eller argumentere for at de er først ute med dette.
- Kandidater kan foreslå seg selv, sin avdeling eller andre.

4 Alle bidrag til konkurransen behandles konfidensielt.
Bidragene vurderes av en fagjury som skal bestå av blant annet helsefaglig personell, personer med kompetanse innen forretningsutvikling og en representant fra Kommunenes Sentralforbund. Alle bidragsyttere vil få skriftlig tilbakemelding.

FAGVINNERE: I 2007
fikk Hilde Egge og Tordis
Labraaten på Bekkestua
helsestasjon fagjuryens pris
for opplegget til samtale-
grupper for skilsmissebarn.
Foto: Erik M. Sundt



FØRSTE VINNER:
Melkerøret.
Foto: Anne Sidsel
Herdelvær



KORT OG GODT: Kortene
med enkel beskrivelse av
prosedyrer og rutiner ble
lesernes favoritt i 2007.
Kirsten Ladegård og Barne-
enheten på Rikshospitalet
fikk 100 000 kroner.
Foto: Stig Weston



ELASTIKK MED
LEKKA
STIKK FOR LEKKAS
TERE
LEKKA
TERE
-I -PUSE
TT A-A (INNSIDE)
SCALE 1:1



Halvtime ikke nok

Skal vekta holdes nede etter en slankekur, er det ikke nok med en halv times gange hver dag, slik vi har hørt lenge. Derimot er det nærmere fem timer mosjon i uka som må til, ifølge en amerikansk studie fra universitetet i Pittsburgh. En fjededel av de 201 kvinnene som var med i studien klarte å opprettholde vekttapet på 10 prosent også to år etter at de startet. Det viste seg at disse kvinnene mosjonerte 55 minutter fem dager i uka, i motsetning til de andre, som nøyde seg med en halvtime. I tillegg var de mer aktive enn de andre på gruppemøter og rådgivningstelefon.

Kilde: forskning.no

Trondheim kaller

Årets sykepleierkongress 17.–19. september nærmer seg raskt. Med 1360 påmeldte når dette bladet går i trykken, er det fremdeles mulig å være med. Påmeldingsavgiften har riktignok økt til 5200 kroner for tre dager, men du kan fortsatt melde deg på helt fram til 1. september. Studenter får med seg de tre dagene til under halv pris (2000 kroner). Det er også mulig å delta bare én eller to dager.

Godt og vel 120 postere og 50 utstillere på den tekniske utstillingen er foreløpig bekreftet, foruten programmet som du kan lese i sin helhet på nettsidene til Norsk Sykepleierforbund. Dessuten kommer kanskje helse- og omsorgsministeren til åpningen.

Leserpanelvinner

Sykepleien har nylig avsluttet en leserundersøkelse av bladet. Fra leserpanelet ble det trukket en vinner av et reisegavekort til en verdi av 10 000 kroner. Den heldige er Aina Tustervatn fra Korgen i Nordland. Hun jobber som sykepleier på Korgen sykehjem på en avdeling med åtte demente pasienter.

Sykepleien gratulerer og vil gjerne takke alle som var med i leserundersøkelsen. Slike undersøkelser er viktige for oss når vi skal planlegge bladet og lage best mulig lesestoff.

Brente barn

Brannskader er fem ganger så hyppig hos barn under fem år som i resten av befolkningen, og det er særlig gutter som rammes. Av 35 barn under ti år innlagt ved brannskadeavsnittet på Haukeland universitetssjukehus i fjor, var 20 barn under tre år innlagt med skåldingsskader. De vanligste årsakene til at barn brenner seg, er varm mat og drikke eller peis, varme- og vedovn.

Helsesøstre kan minne småbarnsforeldre om enkle, men viktige ting som ikke å drikke varm kaffe med minstemann på fanget, gjømme vannkokeren og ikke la småbarn leke i dusjen alene.

Kilde: Hospitalet

Vinn en splitter ny bærbar PC!

Del dine sterkeste øyeblikk på sykepleien.no - og vinn flotte premier i vår store høstkonkurranse.

Øyeblikk 2008

Bamsen Bjørnar opereres

Med teddybjørnen Bjørnar ønsker Sykehuset Telemark å forberede barn som skal legges inn på sykehus. – På våre nettsider kan barna følge Bjørnar i bilder og tekst når han skal opereres, forteller anestesisykepleier Helga Sogn Plassen.

Bjørnar er en stor og bløt teddybjørn. Med sine store runde øynene ønsker han barna velkommen til sykehuset. Han er på plass ved de ulike avdelingene som tar imot barna i forbindelse med operative inngrep.

Ideen om Bjørnar ble utviklet som et ledd i et prosjekt om smertebehandling av barn ved sykehuset. Helga Sogn Plassen satt i gruppen som skulle se nærmere på ikke-medikamentell smertelindring.

– Målet er at barna blir kjent med sykehuset og Bjørnar før de kommer hit. Dette gir sykepleiere og leger en unik mulighet til å bruke Bjørnar til avledning og lek når de møter barna. Forhåpentligvis vil dette bidra til økt mestringfølelse og mindre smerteopplevelse hos barn som skal gjennom smertefulle prosedyrer eller operative inngrep, sier hun.

Smertebehandling

Klinikkrådgiver ved Barne- og ungdomsklinikken, Randi Dovland Andersen, forteller at prosjektet er et viktig ledd i sykehusets arbeid med å bedre smertebehandlingen for barn.

– Å gjøre informasjon tilgjengelig for barn er en viktig del av dette, mener hun.

Andersen forteller at de som skal inn til planlagte operasjoner får et informasjonsskriv i posten. Her er det en veiledning til hvordan de kan søke opp disse sidene på internett. I tillegg finnes det informasjonsspermer på avdelingene slik at de som kommer uten at det er planlagt, også kan bli kjent med Bjørnar.



INFO MED LEK: Barn som får god informasjon via lek, vil føle mindre smerte, håper fagfolk ved Sykehuset Telemark.

Lek er viktig

Leder i barnesykepleierforbundet (NSF) Andrè Grundevig kjenner ikke Bjørnar, men sier på generelt grunnlag at det er viktig å ta seg god tid når man skal forberede

barna på et sykehusopphold.

– God informasjon bidrar til å redusere stress. Derfor må man gi barna informasjon som er lett å forstå, og som forteller dem hva de skal igjennom på en konkret

måte, mener Grundvig.

Han legger til: – Å informere gjennom lek er en god tilnæringsmåte. Se www.sthf.no/bjornar for mer informasjon.

Tilsyn i hjemmetjenesten

Fremdeles har mange hjemmesykepleiere store arbeidsbelastninger. Men mye har blitt bedre.

I fem år har Arbeidstilsynet arbeidet med kampanjen Rett Hjem. Over 2300 tilsyn er blitt gjennomført i alle landets kommuner. På bakgrunn av disse har de ulike enhetene fått pålegg om forbedringer, og med hjelp og oppfølging av Arbeidstilsynet har målet vært å bedre arbeidsmiljøet for de ansatte.

– I landet som helhet har situasjonen blitt bedre, men det finnes fremdeles en del kommuner som ikke gjør nok for å bedre situasjonen i hjemmetjenesten. Det er helt avgjørende for arbeidsmiljøet at det er forståelse og kunnskap i toppledelsen for arbeidsmiljøloven også gjelder i brukernes hjem. Det har vært en utfordring, men vi opplever en betydelig bedring på dette punktet, sier prosjektleder Edle Utaaker.

Arbeidsmiljø

Kampanjen har sett på arbeidsmiljøfaktorer, som er viktige årsaker til utstøting fra arbeidslivet. Det ble undersøkt i hvilken grad hjemmetjenesten arbeidet for å forebyg-

ge uheldige belastninger som følge av tidspress, ergonomiske forhold som tunge løft og arbeidsstillinger, og vold og trusler om vold.

Arbeidstilsynet har gjort tre tilsynsrunder. Den første var i 2002 og 2003, den andre i 2003 og 2004 og den siste i 2007. Alle rundene avdekket uheldige belastninger. Men parallelt med økt forståelse og kunnskap for at arbeidsmiljøloven gjelder i hjemmetjenesten, er det nå flere enheter som arbeider med å redusere de belastningene som bidrar til arbeidsrelaterte skader og sykdommer.

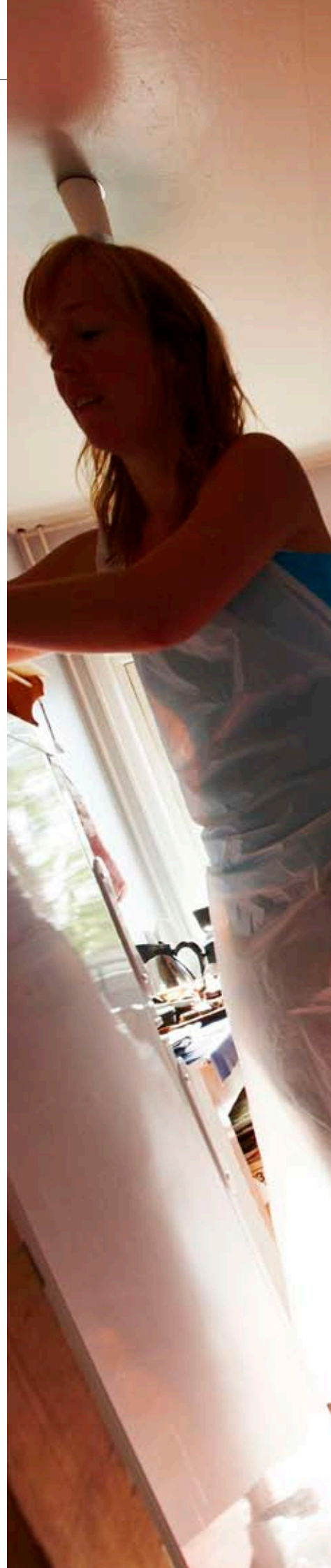
– Funnene synliggjør at det fremdeles er behov for å bedre arbeidsmiljøet. Det er viktig at lederne tar tak i dette og ser på den enkeltes arbeidsbelastning, organiserer møteplasser og involverer de ansatte i systematisk arbeidsmiljøutvikling, sier Liv Overaae i Kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon (KS).

En grenseløs tjeneste

Økende oppmerksomhet på

individuelle rettigheter og kortere liggetid på sykehusene bidrar til at presset i hjemmetjenesten øker. Nå er det over 171 500 personer som mottar hjemmetjenester. Flertallet av disse er over 80 år, men den sterkeste veksten de siste årene har vært i gruppen under 67 år. Til sammen utgjør denne gruppen nesten en tredel, men den krever to tredeler av ressursene i hjemmetjenesten. Et viktig bidrag til dette er reformen for utviklingshemmede og opptrappingsplanen for psykisk helse, hvor det er et uttrykt mål at flest mulig skal få bo hjemme.

– Hjemmetjenesten er grenseløs. Den begrenses ikke av antall sengeplasser eller rom. Den skal yte helse- og sosialtjenester til en veldig kompleks gruppe, og det forventes at tjenesten skal gi hjelp til alle som trenger det. Her finnes ingen ventelister. De ansatte skal «matche» alle utfordringene, ofte innenfor stramme økonomiske rammer, sier Anne Marie Flovik i Norsk Sykepleierforbund (NSF).





Rett hjem

- Arbeidstilsynets kampanje «Rett hjem» kontrollerte og veiledet virksomhetene som hadde størst potensial for forbedring av arbeidsmiljø
- I første tilsyn ble enheter i hjemmetjenesten i alle kommunene kontrollert, mens i de to neste ble det gjort tilsyn på bakgrunn av pålegg fra forrige tilsyn
- 161 unike enheter fulgt opp og kontrollert i alle tre tilsyn

Gjennomgående funn:

- Tidspress/ stor arbeidsbelastning er et problem som mange steder øker
- Manglende forankring og oppfølging av helse-, miljø- og sikkerhetsarbeidet på overordnet nivå i kommunene
- Mellomledere er mer utsatt for tidspress nå enn i første tilsynsrunde
- Flere enheter har etablert møteplasser hvor ledere og arbeidstakere kan møtes regelmessig og diskutere arbeidsmiljø
- Det har blitt mer aksept for at for arbeidsmiljøloven gjelder i brukers hjem

BYHJEM: Karianne Østensen og Randi Engan jobber i hjemmetjenesten i Grünerløkka bydel.

– De venter oss

Sykepleier Asle Fegth Holst forteller at det er mest travelt om morgenen.



TEKNISKE HJELPEMIDLER: Ved behov installeres hjelpemidler i pasientens hjem.

Kampanjen Rett Hjem viste at mange ansatte i hjemmetjenesten mener tidspress er et økende problem. Holst jobber i hjemmetjenesten i Grünerløkka bydel, og forteller at pasientene gjerne venter på ham når han kommer.

– De fleste vil gjerne ha hjelp så tidlig som mulig, så morgenen kan være litt travle. Men nå kjenner jeg alle pasientene så godt at jeg vet hvem jeg skal gå til først, sier han.

Å redusere tidspress var et av påleggene bydelen fikk etter Arbeidstilsynets tilsyn. Holst forteller at det ofte er satt av for liten tid til hver pasient.

– For eksempel var det satt av 15 minutter til å lage frokost og gi tilsyn til en pasient med en kreftdiagnose. Det sier deg selv at det er for lite, mener han.

Bydel Grünerløkka i Oslo er en av de enhetene som har hatt sterk vekst i antall vedtak de siste årene. Fagkonsulent Åse Johansen forteller at økningen har skapt utfordringer for å dempe tidspresset.

– Vi har vært heldige og fått ti nye stillinger. I tillegg samarbeider

vi tett med bestillerkontorene, og møter gehør når vi melder fra om at vi trenger mer tid til en pasient, sier hun.

To ryggombud

Dårlig samsvar mellom oppgaver og økonomi er en viktig årsak til uheldig arbeidsmiljø. Hjemmetjenesten i Ski kommune fikk pålegg som blant annet gjaldt tidspress, ergonomi, avvikshåndtering og arbeidsplassvurdering i pasientenes hjem. Kommunen fikk pålegg i alle tre tilsynsrundene. Til slutt ble rådmannen kalt inn til et møte med Arbeidstilsynet.

Virksomhetsleder Ingegerd Klevidal sier at de har satt i verk en rekke tiltak, og at påleggene nå er lukket.

– Blant annet har vi ansatt to ryggombud i hver av våre tre soner som skal ta ansvar og rapportere om fysiske belastninger. Vi har også utarbeidet retningslinjer for opplæring. I tillegg har vi laget en retningslinje for «kartlegging og risikovurdering av tidspress og stor arbeidsbelastning for medarbeidere som arbeider i brukers



SAMARBEID: I bydel Grünerløkka pleier de å være to når de besøker de mest pleietrengende.

hjem», opplyser hun.

Prosjektleder Edle Utaaker understreker betydningen av innsikt om arbeidsmiljøloven i kommunene.

– Administrasjonen og toppledelsen må ta ansvaret for arbeidsmiljøet på alvor. De må gi rammevilkår slik at det er mulig for enhetene å løse de påleggene de får fra oss. I noen tilfeller er vi blitt nødt til å innkalle rådmannen for å skape forståelse for dette, sier hun.

Hjemmet som arbeidsplass

Pasientenes hjem er arbeidsplassen

for dem som jobber i hjemmesykepleien. Dette gir arbeidsgiverne ekstra utfordringer. For eksempel er det ikke alltid så lett å få installert tekniske hjelpemidler, og man jobber stort sett alene.

– Det betyr at vi skal gå inn og vurdere i over 420 hjem, sier Kleivdal og legger ikke skjul på at dette er en krevende utfordring.

– Men samtidig er det viktig å tilrettelegge arbeidsplassen slik at sykefraværet går ned, og å gjøre for eksempel forflytting mest mulig behagelig for våre brukere, sier hun.

Flovik i NSF poengterer at det er veldig viktig at kommunene, i samarbeid med pasienter og pårørende, iverksetter tiltak for å redusere arbeidsbelastningene mest mulig i hvert enkelt hjem.

– Rapporten viser at bare fire av ti enheter gjør slike vurderinger. Det betyr at mange ansatte i hjemmetjenesten utsettes unødvendig for belastningslidelser, sier hun.

Reservelager

Også hjemmetjenesten Grünerløkka bydel i Oslo fikk pålegg om å finne løsninger for å bedre

arbeidsbelastningene. Johansen forteller at en av utfordringene var å skaffe hjelpemidler raskt nok når de fikk en ny pasient.

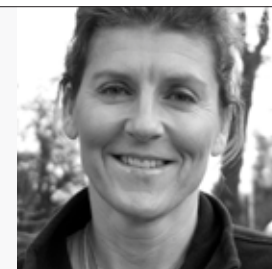
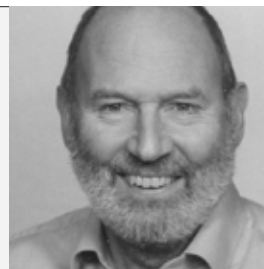
– Nå har vi fått tre elektriske senger som tilhører avdelingen, og vi jobber for å få et reservelager med et lite utvalg av de vanligste hjelpemidlene. På den måten slipper vi å vente på at hjelpemiddelsentralen skal fatte vedtak, sier hun.

Bydelen har nå fått lukket alle sine pålegg.

Kampen mot hjerte- og karsykdommene

Dag S. Thelle professor, Universitetet i Oslo

Carina S. Alm intensivsykepleier og ansvarlig for Nasjonalforeningens Hjertelinje



– En suksesshistorie, men ikke for alle

Den positive trenden når det gjelder dødelighet av hjerte- og karsykdom blant yngre mennesker er i ferd med å snu.

Det var en sterk politisk vilje, og handlekraft når det gjaldt forebyggende tiltak i 1970-årene og fremover. Og det virket! Økningen i dødelighet stanset opp i 1970-årene, begynte å falle fra midten av tiåret, og har fortsatt å falle frem til i dag. Sammenliknet med siste halvdel av 1960-tallet er risikoen for at menn i alderen 40–49 år i dag skal dø av hjerteinfarkt redusert til en tredjedel av hva den var for snart førti år siden.

Kosthold og røyking

I 1963 ble daværende regjering overlevert en innstilling med tittelen «Betenkning om forholdet mellom fett og hjerte- og karsykdommer». Her ble det vist til den dramatiske økningen av ischemisk hjertesykdom (angina og hjerteinfarkt) med en femdobling i sykdomshyppighet fra 1947 til 1960 hos menn i alderen 40–59 år. Samtidig viste man at økningen hos kvinner i alderen 60–69 år tilsvarte den man så hos menn i alderen 50–59 år. Man la stor vekt på betydningen av alder, blodtrykk, sigarettkonsum, og stress, men mest på blodets kolesterolinnhold og sambandet med fettinntaket i kosten, og konkluderte med at det var tilstrekkelig grunnlag for å tilrå en reduksjon av fett i vårt nasjonale kosthold.

Noen år senere kom også arbeidet med å redusere sigarettøyking i gang, med Statens Tobakksskaderåd som viktigste koordinerende organ. I kjølvannet av dette fulgte en rekke politiske tiltak, som har vært med på å legge grunnlaget for mye av det som senere skjedde i andre land, og som kulminerte med Tobakksskadelovens regler mot røyking i offentlige lokaler.

Nedgangen i dødelighet av hjerte- og karsykdommene har man sett så godt som i hele vestverden, og nesten halvparten av reduksjonen tilskrives forebyggende tiltak, det vil si endringer i kosthold og røykevaner. En tilsvarende andel kan forklares ved en langt mer effektiv

behandling, både i den akutte sykdomsfasen og i oppfølging av de overlevende. Men bildet må nyanseres betraktelig. Forbedringen er meget ujevnt fordelt. For det første ser vi store sosiale ulikheter. Det er ingen stor nyhet, men ulikhetene synes å øke. I tillegg ser vi en tendens til økende hjerte- og karsykkelighet blant yngre kvinner i land som Sverige, Finland og Danmark (I Norge kan vi foreløpig ikke si noe om dette siden vi ikke har et landsdekkende hjerte- og karregister). Samtidig har man i USA og Storbritannia sett at den gunstige trenden når det gjelder dødelighet av hjerte- og karsykdom er i ferd med å snu.

Negativ trend

For første gang ser man en negativ trend i utviklingen av hjerte- og kardødelighet når det gjelder de yngre i alderen 34 til 55 år i disse to landene. Den generelle trenden fortsetter å være gunstig med nedgang i dødelighet slik den har vært helt siden 1970-tallet, men i de yngste aldersgruppene ser man altså at trenden snur og dødeligheten øker fra 2002. Disse negative forandringene har skjedd til tross for utbredt tilgjengelig og akutt behandling og en massiv bruk av kolesterol- og blodtrykkssenkende medikamenter.

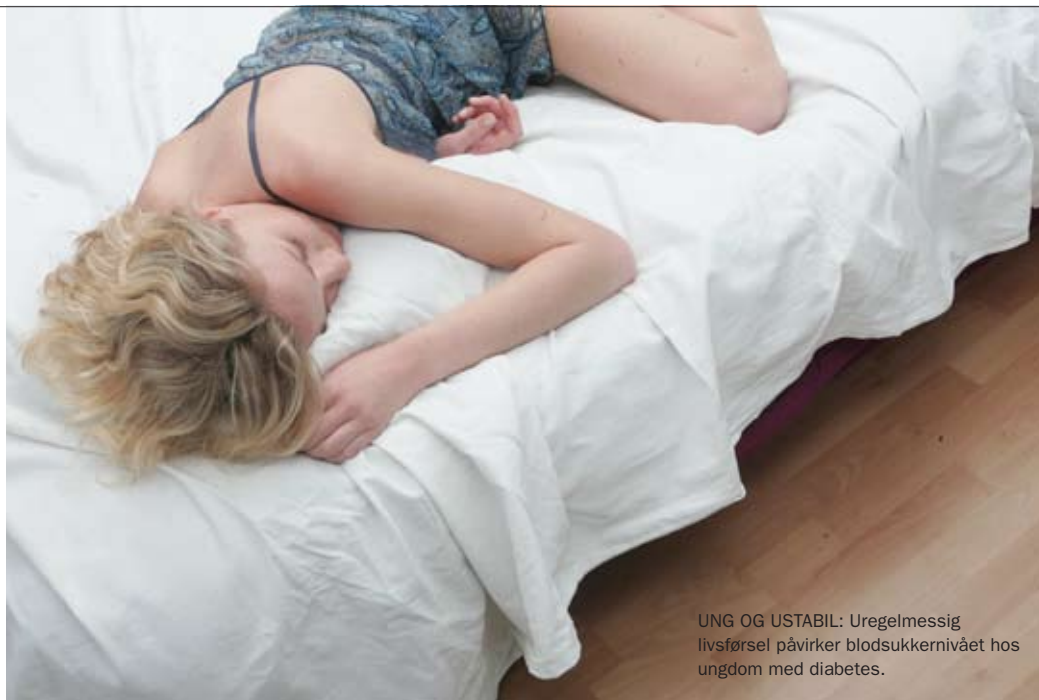
Utviklingen demonstrerer med urovekkende tydelighet at hjerte- og karsykdommene er dynamiske sykdommer der sykdomsrisiko kan forandre seg raskt når ytre omstendigheter som livsstil og sosial situasjon endres. Det er ikke tilstrekkelig å bygge ut behandlingsapparatet om man ønsker å holde denne sykdomsgruppen i sjakk. Årsakene til de ugunstige endringene er i hvert fall delvis kjent og omfatter først og fremst lav fysisk aktivitet, økende diabeteshyppighet og til dels feilernæring. I USA konkluderer man med at det er nødvendig med en kraftinnsats på det forebyggende området. Da er det politiske innspill som må til, og de må rette seg mot de

yngre aldersgruppene. For første gang ser det ut som at påfølgende generasjoner får en dårligere helse enn foreldregenerasjonen i fremtid.

Forebygging

OECD har nettopp rangert Norge langt ned på listen i en internasjonal oversikt over hvor stor andel av helsebudsjettene som går til forebyggende tjenester. Men som nevnt over har norske myndigheter en ærerik historie når det gjelder politiske forebyggende tiltak. Stortingsmelding nr 16 (2004), handlingsplanen for økt fysisk aktivitet (2005) og handlingsplanen for bedre kosthold i befolkningen (2007) har også satt forebygging på agendaen. Bak begge handlingsplanene står flere departementer samlet og det ser ut som om det rår en erkjennelse av at her må det kraftinnsats og samarbeid til på mange nivåer. På europeisk hold er EU en sterk initiativtager på det forebyggende området. I juni 2007 vedtok EU et politisk charter med åtte punkter som retter seg mot hjerte- og karsykdommene. Her samles politiske krefter som rettes mot tobakksindustri (vi er vel vitende om EUs dobbelmoral når det gjelder tobakks-subsidier), fysisk aktivitet, kosthold, overvekt, blodtrykk, blodkolesterol, blodsukker og stress. Det er disse åtte punktene som er nedfelt i det europeiske charteret, og som vil være rettesnoeren for det videre arbeidet på europeisk nivå. I Norge har Landsforeningen for hjerte- og lungesyke fått oppdraget med å implementere charterets intensjoner og norske myndigheter har støttet opp. For å nå de ambisiøse målene er det ikke nok med gode handlingsplaner. Det må konkrete målrettede tiltak, økonomiske ressurser og samarbeid til på alle nivåer. I tillegg må et nasjonalt hjerte- og karregister på plass slik at det blir samme muligheter for å følge utviklingen og behandlingen av hjerte- og karsykdommer i Norge som det er i våre naboland. En manglende innsats lar seg meget snart avlese på dødsårsaksstatistikken, og nå gjelder det de yngre generasjonene, ikke bare middelaldrende menn!

For første gang ser det ut som at påfølgende generasjoner får en dårligere helse enn foreldregenerasjonen i fremtid.



UNG OG USTABIL: Uregelmessig livsførsel påvirker blodsukkernivået hos ungdom med diabetes.

Deppa av diabetes?

Diabetikere er mer disponerte for psykiske lidelser enn den øvrige befolkningen.

Psykiske lidelser opptrer oftere hos personer med diabetes enn hos andre. Dette gjelder særlig angst, depresjon og spiseforstyrrelser. Ifølge Norges Diabetesforbund, dobler diabetes depresjonsrisikoen.

Psykiske lidelser hos diabetikere kan ha mange forskjellige årsaker. Forskere fra NTNU har i en omfattende studie undersøkt sammenhengen mellom depresjon og diabetes type 1 og 2, for å finne ut om det er andre årsaker til depresjon hos diabetikere enn hos normalbefolkningen. Funnet var at diabetes alene trolig ikke fører til depresjon. Dette tyder på at årsakene til depresjon hos diabetespasienter er andre og mer sammensatte.

Mye ansvar

Personer med kroniske sykdommer rammes oftere av depresjon, dette gjelder både diabetikere og andre. Men i artikkelen «Diabetes og psykisk helse» poengterer psykolog Randi Abrahamsen at i motsetning

til en del andre kroniske sykdommer, innebærer diabetes at pasienten selv står ansvarlig i forhold til behandlingsresultatene. Insulinbehovet varierer hos den enkelte og faktorer som vekt, kosthold, fysisk aktivitet og følelsesmessige forhold spiller inn. For høyt blodsukker over tid kan gi senkomplikasjoner i form av blant annet hjerte- og karsykdommer, mens for lavt blodsukker kan gi føling og føre til bevisstløshet. Sykdommen innebærer med andre ord et stort følelsesmessig press. Diabetikere lever med en konstant bekymring i tilknytning til egen helse, noe som igjen kan gi angst, frykt og depresjoner. Angst kan også medføre høye blodsukkerverdier, sannsynligvis på grunn av høyt nivå av stresshormoner.

Diabetes er en krevende sykdom å leve med. Den innebærer at den som rammes må ta vurderinger hver eneste dag hele livet. I tillegg krever sykdommen at man lever et regulert liv med tanke på søvn,

måltider og fysisk aktivitet. Dette er ikke så lett å gjennomføre i ungdomstiden, som er en periode i livet hvor man har et sterkt behov for å identifisere seg med de rundt seg på samme alder.

Bjørn Karlsen, sykepleier og førsteamanuensis ved Høgskolen i Stavanger, har forsket på diabetikers mestring av dagliglivet. Hun bekrefter at mange diabetikere sliter med angst og har symptomer på depresjon.

– Mange diabetikere strever med livet sitt og trenger ekstra oppfølging i tilknytning til angst og depresjon.

Undersøkelsen Karlsen deltok i ble avsluttet i 2003 og viste at unge diabetes 2-pasienter, det vil si fra 40 år og oppover, var mer plaget av angst og depresjon enn de eldre.

– Men det er vanskelig å si hva som kom først, depresjonen eller diabetes, påpeker hun.

– Det kan jo være at depresjon har ført til endring av livsstil; mer



Diabetes

- Cirka 265 000 nordmenn har diabetes.
- 25 000 av disse har diabetes 1, resten har type 2-diabetes.
- På verdensbasis regner man med at 246 millioner mennesker har diabetes.

mat og mindre mosjon, noe som igjen har ført til diabetes. Karlsen kjenner ikke til at ungdommer med diabetes 1 er mer deprimerede eller plaget med angst enn andre, men medgir at det kan oppstå et økt motsetningsforhold mellom livsførsel og helse hos denne aldersgruppen:

– Ungdom ønsker å leve som alle andre, og det kan oppstå en konflikt mellom dette ønsket og den reguleringen av hverdagen som diabetes krever.





Randi Nordahl Løding,
sykepleier/gruppeterapeut
ved barne- og ungdomspsykiatrisk
avdeling Sykehuset Levanger.

Det at diabetessykepleier fra barnepoliklinikken kom innom regelmessig bidro til at miljøpersonalet på posten følte seg trygge.

Diabetes på ungdom

Psykiske lidelser hos mennesker med kronisk sykdom er ofte underdiagnostisert.

Angst, depresjoner og spiseforstyrrelser forekommer hyppigere blant personer med diabetes enn hos andre. (1). Med jevne mellomrom blir det innlagt ungdommer med diabetes på barne- og ungdomspsykiatriske avdelinger (BUP). Dette er en utfordring for ansatte på BUP avdelinger, som ofte er bemannet av yrkesgrupper som ikke har kompetanse på diabetes. I møtet med ungdommer med diabetes og psykiske lidelser bør helsearbeidere kunne tilby et samarbeid mellom personer med ulike fagbakgrunn (1).

Ungdom med diabetes

Type 1 Diabetes er en av de hyppigste kroniske sykdommer hos barn og ungdom i Norge. Sykdommen skyldes insulinmangel (2). Regelmessig tilførsel av insulin er derfor nødvendig. Insulinbehovet er individuelt og her er det flere ting som spiller inn, for eksempel hva og hvor mye en spiser og fysisk aktivitet. En viss grad av regelmessighet er også viktig for personer med diabetes, noe som i mange tilfeller er vanskelig å forene med ungdommers livsstil. Høye blodsukkerverdier over lang tid øker risikoen for komplikasjoner. Derfor er det viktig å holde blodsukkeret mest mulig stabilt (3).

I ungdomstiden søker mange spenning og utforsker nye ting. Ungdommene tilbringer gjerne mye tid borte fra heimen og hverdagen kan bli mindre strukturert med lite søvn og uregelmessige måltider (3). Dette kan i noen tilfeller medføre

økt helseisiko for ungdommer med diabetes. For enkelte kan det være slitsomt å identifisere seg med frisk ungdom og i noen tilfeller kan dette føre til at de tar for lite hensyn til sykdommen.

Dette året har vi ved vårt sykehus, i samarbeid med diabetespoliklinikken på barneavdelingen, prøvd å lage et eget opplegg for ungdommer med diabetes som legges inn på BUP Ungdomspost. I løpet av en åtte måneders periode hadde vi to ungdommer med diabetes innlagt ved BUP. Begge var henvist fra barneavdelingens diabetespoliklinikk. De hadde problemer i tillegg til kronisk sykdom og behov for å være innlagt til observasjon for en periode. Begge hadde tatt lite hensyn til sin diabetes over tid og gått med høye blodsukkerverdier lenge.

Tilpasset opplegg

Tidligere erfaringer med denne gruppen pasienter gjorde at vi ønsket å lage et opplegg som ivaretok dem på en god måte. Hittil hadde vi ikke lyktes så bra med dette, noe som gjorde at vi slet med å gi et fullverdig tilbud. Det er viktig at personalet ved ungdomsposten føler seg trygge på hvordan de skal forholde seg til ungdommenes diabetes. Det ble derfor opprettet retningslinjer i elektronisk journal for hvordan en skulle opptre ved komplikasjoner som følge av diabetes, som for eksempel føling. Denne informasjonen ble gjentatt på rapportene når nytt personale kom på jobb.

Utstyr til blodsuktermåling og

glucagon ble hentet til posten, og oppbevart i nærheten av pasientens rom. Alle sykepleierne på vakt måtte kunne bruke det. Pasientene skulle bruke sitt eget utstyr, så dette var en beredskap hvis de trengte hjelp fra miljøpersonalet. Sykepleier på vakt hadde til enhver tid ansvar for at dette utstyret var intakt.

En sykepleier fra barneavdelingens poliklinikk kom innom to til tre ganger i uka og så på blodsuktermålinger og eventuelt pumpe/insulindoser sammen med pasienten. Hvis det ble gjort forandringer ble det gitt beskjed til miljøterapeuten som hadde ansvar for pasienten den dagen. Alle forandringer ble foretatt i samråd med pasienten. Disse møtene ble dokumentert i pasientens somatiske journal og i miljøterapeutenes daglige rapporter.

Ansvarliggjøring

Pasienten ble gjort oppmerksom på at vi forventet at han ordnet med medisinene sine og målingene på en god måte, og ble bedt om å si ifra om han trengte hjelp i den forbindelse. Dette var en viktig samtale å ta, ettersom vi er avhengige av samarbeid med pasienten for å få opplegget til å fungere. Pasienten tok dette på alvor i begge tilfeller, noe som skapte trygghet på posten. Det ble ellers ingen endringer i postens rutiner. Vi ansvarliggjorde pasientene ved å informere om at vi forventet at de tok de forhåndsreglene som var nødvendig i forhold til dosering av insulin, mat og de aktiviteter de var med på.

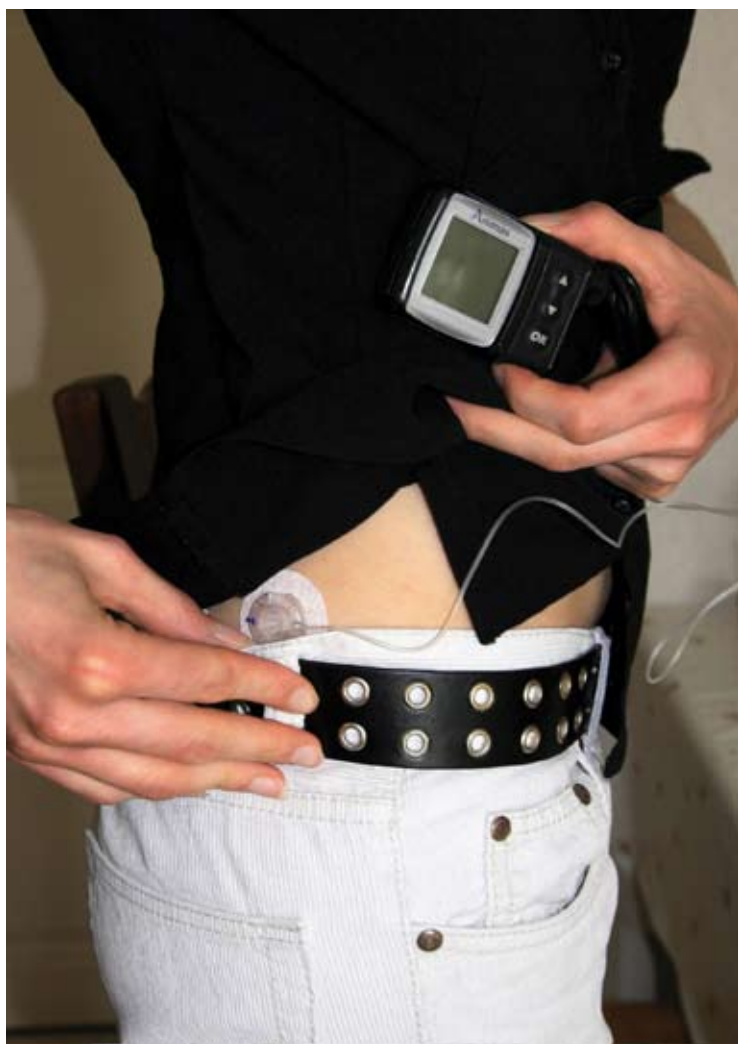
www.sykepleien.no

Les mer og finn
litteraturhenvisninger på
www.sykepleien.no

Søkeord:

Diabetes
Psykisk helse
Ungdom

spsykiatrisk avdeling



EGET ANSVAR: Pasientene ordnet med medisiner og målinger selv, men fikk hjelp av sykepleier ved behov. Foto: Colourbox

Foreldrene ble informert om opplegget ved innleggelsen. Hvis de hadde spørsmål angående pasientens diabetes skulle de rettes til sykepleier på barnepoliklinikken og ikke til miljøpersonalet på

posten. Dette ga både foreldrene og miljøpersonalet trygghet. Begge pasientene hadde i stor grad neglisjert sin diabetes og satt lite insulin før innleggelsen, så foreldrene hadde naturlig nok en del bekymringer

omkring dette. Den gode oppfølgingen av pasientens diabetes gjorde at basisteamet omkring pasienten kunne konsentrere seg om samtaler og observasjoner som kunne belyse hva som lå til grunn for pasientens psykiske problemer.

Positive erfaringer

Det at diabetessykepleier fra barnepoliklinikken kom innom regelmessig bidro til at miljøpersonalet på posten følte seg trygge. For pasientene representerte det en trygghet at hun kom innom slik at de fikk hjelp til å justere insulin doser. Det medførte også at de satte mer insulin enn før de ble innlagt.

Den ene av pasientene som var innlagt tok stort ansvar for sin diabetes i starten, men etter hvert ble det for mye for ham å ha ansvaret alene. Det ble laget en egen plan for måltidene der disse ble brukt til trening på at pasienten lagde seg mat selv. Dette ble gjort sammen med miljøpersonalet på posten uten at de involverte seg i pasientens diabetes. Den andre pasienten tok det hele og fulle ansvaret for sin diabetes, og ba kun om hjelp ved følger.

Blodsukkerverdiene gikk kraftig ned hos begge pasientene i løpet av innleggesperioden. Dette var noe som ble tatt opp i utskrivningssamtalene og som begge syntes var veldig flott, særlig fordi de hadde greid det på egenhånd.

Til slutt

Vi mener at denne måten å samarbeide på bør være et grunnlag for

senere innleggelse. Jevnlige møter mellom behandlerne er nødvendig, slik at både somatikk og psykiatri/miljøterapi blir ivaretatt på en god måte. Opplegget skapte en stor trygghet blant miljøpersonalet på ungdomsposten. En tett dialog mellom de to avdelingene gjorde at personalet følte seg trygge i forhold til uforutsette ting som kunne oppstå. Det fikk også pasientene, og ikke minst foreldrene, til å føle seg trygge og ha tillit til den jobben som ble gjort.

Ved vårt sykehus er BUP en del av Barne- og Familieklivikken. Dette betyr at det er tett kontakt mellom avdelingene, blant annet ved at legene møtes en gang hver uke for å diskutere pasienter. I tillegg ligger begge avdelingene innenfor samme sykehusområde, noe som gjør et slikt samarbeid lett gjennomførbart. Andre sykehus som ikke har mulighet til å ha et slikt tett samarbeid må kanskje legge det opp på en annen måte.

LITTERATUR

1. Frostad S, Abrahamsen R, Mjøsund N H, Frahm Jensen MJ, Liavaag AM. Diabetes og psykiske lidelser. Oslo: Norges Diabetesforbund, 2003.
2. Vaaler S, Møinicken T, Grendstad I. Diabeteshåndboken. Oslo: Universitetsforlaget AS, 1995.
3. Hanås R. Type 1 diabetes hos barn, ungdom og unge voksne. Oslo: NKS Forlaget, 2002.



Heidi Nordahl
Sykepleier og student ved UiO:
Samfunnsgeografi

Omsorgsaspektet i de innfødtes samfunn innbefatter respekt for alt levende, respekt for alder, sjenerøsitet, å dele goder, å lytte og forstå, og i det å være tilstede for hverandre.

www.sykepleien.no

Les mer og finn litteraturhenvisninger på www.sykepleien.no

Søkeord:
Forebyggende helsearbeid
Kulturell forståelse
Minoritetsgrupper

Kulturkunnskap inn i sykepleien

Kjennskap til andre kulturer kan bedre pleiens kvalitet og styrke det forebyggende helsearbeidet

Kulturell forståelse er viktig for å utøve en helhetlig helseomsorg for minoritetsgrupper. Dette erfarte jeg da jeg var utvekslingsstudent på Augustana College, høsten 2007. Selv om dagens helseutdanning i stor grad fokuserer på økt internasjonallisering, vil jeg oppmuntre høyskoler til å inkludere kulturkunnskap i sykepleieutdanningen. Kulturell erfaring kan trekkes inn i daglig sykepleiekontekst, gi kompetanse om kulturelle koder og nøkler til omsorg.

Indianersermoni

I løpet av den første uken av mitt opphold i USA tilbrakte jeg tre dager på Cheyenne Reservation i Eagle Butte, sammen med fire andre norske studenter. Vi deltok i feiringen av «Pow Wow», en årlig samling for urinnfødte amerikanere. Der stilte folk opp i sine vakreste indianerdrakter og danset i god gammel indianerstil på en arena på størrelse med en fotballbane. I tillegg var vi til stede under en give-away seremoni, der familier brakte med seg gaver til andre familier. Under denne seremonien var det sang og dans, og fredspipen ble tent og sendt rundt i forsamlingen. Det jeg observerte i reservatet, gjorde meg interessert i indianernes levemåte. Jeg ble spesielt opptatt av de historiske traumene de urinnfødte bærer med seg og hvordan dette påvirker deres levemåte

i dag. Kulturen i reservatene er i stor grad preget av fattigdom, vold, selvmord og misbruk av alkohol og andre rusmidler.

Dr. Leiningers Sunrise Model

Leininger er internasjonalt kjent for sitt akademiske arbeid med transkulturell og antropologisk sykepleie, med fokus på komparativ menneskelig helseomsorg, teori og forskning. Dr. Leininger har i løpet av sitt liv som sykepleier høstet erfaringer fra store deler av verden. I sin bok «Cultural Care Diversity and Universality – A Worldwide Nursing Theory» presenterer hun «The Sunrise Model» (1). Modellen illustrerer et holistisk og gestaltisk syn på kultur og omsorg. Den viser ulike faktorer som er med på å forme menneskets syn på omsorg og helse, som teknologiske, religiøse, filosofiske og sosiale forhold, politikk, økonomi og utdanning. Denne artikkelen fokuserer kun på religiøse/filosofiske og økonomiske forhold, samt sosiale levemåter og slektskap.

Helse, fødsel og død

Ifølge indianere reflekterer en persons helse livet. Livet er i harmoni med resten av naturen og har evnen til å overleve selv under ekstremt vanskelige omstendigheter. Menneskeheten er i intim relasjon til naturen rundt seg. De betrakter jorden som en levende organisme med

legeme og ånd. Dette innebærer at jorden har en vilje og et ønske om å være sunn og frisk. Jordens helse er periodevis god eller mindre god, på samme måte som menneskets helse er det. Indianerne mener at ethvert menneske skal behandle jorden med samme respekt som de behandler sitt eget legeme. Når mennesker øver vold på seg selv, øver de vold på moder jord og omvendt. Indianere tror det er en spesiell årsak til sykdom, smerte og lidelse. Sykdom, smerte og lidelse er en pris å betale for noe som har skjedd i fortiden eller for noe som vil skje i fremtiden. Det er en årsak-virkning-relasjon som skaper en evig kjede hvor alt ses på som et resultat av noe annet.

Fødsel og død ses på som naturlige hendelser. Indianerne tror på en eksistens før livet på jorden. Når et menneske dør begraves kroppen i jorden, men personens ånd fortsetter å være tilstede hos familien i ett år. I dette året minnes indianerne den avdødes ånds tilstedeværelse. Eksempelvis settes en tallerken med mat frem til den døde når familien spiser. Når familien kjøper klær, kjøper de også klær til den avdøde. I større slektstreff forteller de historier om den avdøde til glede og sorg. Når året er omme gir de bort alt av materielle goder som er samlet i løpet av året i gave. Dette er et uttrykk for den kjærlighet og omsorg de har for hverandre. Som en av informan-



TRADISJON: Indianernes leveste og helse er under press. Kroppsmaling er en århundrer gammel tradisjon hos wajäpi-indianerne. Her blir Paravaini (6) malt av sin mor Tue-Tue.

Bo Mathisen har tatt bildene av wajäpi-indianerne i Amazonas i Nord-Brasil. Prosjektet er støttet av Fritt Ord og Regnskogfondet.



Pleieren kan ta utgangspunkt i deres trossystem og vise respekt for seremonier de måtte ønske i forbindelse med fødsel eller død.

tene til Dr. Leininger sa i forbindelse med hennes forskning: «Eiendeler har liten betydning, omsorgen ligger i at vi deler og gir til hverandre.» Kjærligheten er mer verdifull enn materielle ting, og det er kjærlighet de avdøde tar med seg inn i den åndelige verden (2).

Omsorg

De urinnfødtes religion er generelt fredfull. En av informantene i Dr. Leiningers undersøkelser sa: «Helse handler ikke om sykdom, men om å leve i harmoni.» Omsorgsaspektet i de innfødtes samfunn innbefatter respekt for alt levende, respekt for alder, sjenerøsitet, å dele goder, å lytte og forstå, og i det å være tilstede for hverandre. I tillegg inkluderer omsorg respekt som en tenkemåte, levemåte, relasjonsmåte, samt en måte å forholde seg til naturen, ånder og Moder Jord på. Det er viktig å leve i harmoni, gjøre ærbare handlinger og å be. En komponent på vei mot å få indre fred er å være takknemlig overfor den store skaper for alt som eksisterer. Bønn er en vei mot åpenhet for den store skapers lærdom. Samtidig er det viktig å leve ut de fire dyder; fred, kjærlighet, harmoni og ydmykhet, noe som betegnes som den hellige sirkel. Denne sirkelen er sentrum for indianernes åndelighet og har bakgrunn i de fire himmelretningene syd, nord, øst og vest. Hver retning representerer de fire stadier i livet; de fire årstider og de fire jordiske elementene ild, vann, jord og luft. For å oppnå tillitt til hos innfødte klienter eller pasienter er det viktig å kjenne til stadiene åndelighet, omsorg, tradisjon, respekt, samhold, holisme og tillitt (1). Til tross for disse verdiene er levemåten hos mange av de innfødte amerikanerne preget av misbruk av alkohol, vold, lav selvfølelse og skam.

Historiske traumer

Innfødte har blitt undertrykt og for-

dømt i over 400 år. Dette har medført historiske traumer som har innvirket på helsestatus og sosialt miljø. Et historisk traume defineres som kumulerende og kollektiv emosjonell og psykologisk skade gjennom generasjoner over tid, forårsaket av «cataclysmic history of genocide». Kontakten med postkoloniale grupper og europeere har forårsaket stress gjennom mange generasjoner. Historisk sett startet kontakten med europeerne i 1492. Fra da av ser vi en mangeartet vedvarende krig fra amerikanernes side. De okkuperte landområder og kultur, og forviste urbefolkningen til reservater. Innfødte barn ble tvunget inn i kirkelige eller kommunale skoler, deriblant kostskoler. Andre ble tvunget inn i lokale urbane sentre med påtvunget språk, religion og kultur. Noen av disse hendelsene fant sted helt frem til 1950-årene. Symptomene på historiske traumer er mangfoldige og influerer psykologiske, sosiale, økonomiske, intellektuelle, politiske, fysiske og åndelige områder. Dette blir av mange amerikanere sett på som et raseproblem. Derfor vil traumatiserte grupper bli betraktet som mindre dyktige og uønskede med flere problemer enn gjennomsnittet. Gruppene blir klandret for å være mer opprørske enn andre, og tiltak for å separere og marginalisere dem fra omverden blir iverksatt. Marginaliseringen blir opprettholdt av rasistisk motstand som er konstant til stede i det amerikanske samfunnet. Historiske traumer kan også være en vesentlig årsak til fattigdom og alkoholmisbruk blant urinnfødte amerikanere. Det er viktig å huske at dette historiske traume er noe som ble påført indianerne, og derfor ikke er deres egen skyld.

Misbruk og selvmord

Bohn (3) hevder at vold mot kvinner og barn sannsynligvis var en sjeldenhet før kolonitiden. I dag er dette et



RUS: Reservatindianerne i USA sliter med rusproblemer. I Amazonas er økonomiske interesser

utbredt problem i ulike stammesamfunn. Bohns undersøkelser viser at misbruk av alkohol og narkotika er blant de hyppigste årsakene til fysiske og seksuelle overgrep. Samtidig ble tilfeller av undertrykkelse, diskriminering og fordømmelse betraktet som en delvis årsak til voldelige handlinger. Innfødte, særlig kvinner, er mer utsatt for voldelige handlinger enn den øvrige delen av USAs befolkning. Sannsynlig-

ten for at indianere dør av skader relatert til alkohol er 62,7 prosent. På samme vis er de mer utsatt for selvmord (72 prosent) og mer utsatt for drap (63 prosent) enn resten av befolkningen. Mange tiltak er satt i verk av de føderale myndigheter i forsøk på redusere problemene, men uten særlig effekt. Samtidig vil jeg påstå at disse alvorlige og helsemessige problemer må bli satt i fokus om nåtidens og fortidens sår



en trussel for de 800 wajapi-indianerne som fortsatt lever tradisjonelt. Her drikker Siro, Temiri og Kuresesi øl laget av maniok-roten. Foto: Bo Mathisen.

skal leges i det enkelte individ og i fellesskap.

Endringstiltak

I artikkelen «Rebuilding Native Americans Community», skrevet av to indianere, presenteres et program som kalles «The Wellbriety Movement» (4). Wellbriety er ord som kan oversettes med «sober and well» – edru og frisk. Bevegelsen tar utgangspunkt i en tradisjon av visdom

og nærvær som de «eldre» innfødte har innført. Den starter med en basisundervisning om de fire lover for endring; «Four Laws of Change» og modellen om den helbredende skog; «The Healing Forest Model».

Four Laws of Change:

- 1. Endring må skje innenfra. Enkeltmennesket må endre tankegang, verdier, trossystem og holdninger før et samfunn kan

erfare en varig legedom.

- 2. Forut for fremgang og vekst må det være en visjon. Hvorfor vil vi ha endring? Hvilke mål vil vi se i samfunnet?
- 3. Det må være en læringsprosess tilstede. Alle mennesker i alle aldre må lære om helbredelse, styrke selvfølelsen og utvikle tekniske ferdigheter.
- 4. «Skogen» må helbredes. «The Healing Forest Model» sier at

ledere må finne de syke trærne i skogen. De syke trærne må ha et ønske om å bli friske og forlate den syke skogen for å få behandling og bli helbredet.

White Bison introduserte de fire lovene til innfødte samfunnsgrupper i 1988. Organisasjonen som er bygget på veldedighet, og ikke profit, oppnådde 95 prosent edrueighet blant unge urinnvånerne i løpet av



I indianernes tilfelle gir det historiske traume en forståelse av hvorfor tilstedeværelsen av vold og misbruk er utbredt blant de innfødte.

år 2000. Målet i dag er å oppnå det samme i 100 samfunn innen år 2010.

«Medisinhjulet»

I 1999 ble det arrangert en «Native Elders Gathering» i Colorado. Coyhis og Simonelli (4) forteller at de der fikk anledning til å spørre de eldre om de trodde det var mulig å snu et samfunns negative utvikling. De eldste svarte at om et samfunn var i en nedadgående spiral, kan det komme tilbake til sin «Red Road» – som er den rett måte å tenke på. Dette kan oppnås hvis visse lover følges. De introduserte forsamlingen for «The Medicine Wheel». Et prinsipp hvor alle livets aspekter er forbundet med hverandre. Dette er illustrert med et slagord: «The honour of one is the honour of all – the pain of one is the pain of all». De eldre lærte også bort «The talking circle», der alle i en gruppe blir lyttet til. Dette er en demokratisk prosess, der en av gangen snakker uten å bli avbrutt. Slike sirkler har vist seg å være et nyttig middel for å få gjennomført tiltak.

Coyhis og hans medarbeidere begynte å arbeide i ulike ursamfunn, og oppdaget at skadelig oppførsel gikk i arv fra en generasjon til den neste, og at problemene ble dypere, og manifestert som blant annet alkoholisme. «The Healing Forest Model» viser at aggresjon, skyld, skam, og frykt ligger til grunn for alkoholisme. Nøkkelen til å helbrede det «skadde» samfunn/den syke skogen» er å starte med å undervise innfødte studenter om de tradisjonelle prinsippene, lover og verdier i egen kultur. Dette innebærer ikke å neglisjere det moderne liv i en stereotyp fasong, men å forsøke å leve i et multikulturelt samfunn ved å trekke veksler på deres egne tradisjoner og fundamentale helseverdier.

De 12 steg som Anonyme Alkoholikere (AA) benytter er identiske med prinsippene de innfødte amerikanske

forfedrene levde etter. Medisinhjulet og de 12 steg er begge basert på verdier som ærlighet, håp, tro, mot, integritet, vilje, ydmykhet, tilgivelse, rettferdighet, utholdenhet, åndelighet, årvåkenhet og tjenestevillighet. Når de plasserer de 12 steg i en sirkel kommer de i samsvar med den sirkeltenkning de er kjent med fra sine stammer og alt blir mer kjent for dem, noe som gjør dette kulturspesifikke programmet til en nyskaping (4). Det å implementere et program basert på de eldres tenkning er verdifullt og virkningsfullt, og Wellbriety bevegelsen har vist at det er mulig å endre en nedadgående spiral i samfunnet.

Utdannelse

Innfødte studenter lider i det amerikanske utdanningssystemet. Mange dropper ut av videregående og universiteter på grunn av diskriminering og av økonomiske årsaker. De får minimal støtte og oppfølging. Bare cirka 16 prosent av de innfødte begynner på universiteter. I Sioux Falls skoledistrikt var frafallsprosenten på 13,27. I 2002 begynte 112 innfødte studenter på videregående. Etter fire år var det kun 13 studenter som tok avsluttende eksamen. Qadir Aware som er direktør ved Multicultural center i Sioux Falls fremhever at en viktig årsak til at de unge dropper ut av skolen er foreldrenes manglende evne til å følge opp på grunn av deres eget lave utdanningsnivå. Det multikulturelle senteret tilbyr derfor leksehjelp. Andre hjelpeprogrammer er for eksempel Native Reads, Native Scholar Program, and South Dakota Indian Education – Gear Up program. Imidlertid viser de store «drop out» tallene at det trengs en enda større opptrapping av slike hjelpeprogrammer. Man må også forberede studentene bedre på hva de kan møte av vanskeligheter under utdannings-situasjonen.

Det er viktig å skape positive

holdninger til de innfødte blant den generelle amerikanske elev og student. Positive holdninger vil overføres til nye generasjoner. Det faktum at indianere får utdanning og forblir i systemet vil bidra til å gjenoppbygge samfunnet. Å endre de rasistiske holdninger kan skje ved å bygge broer gjennom for eksempel idrettsfelleskap, og ved å støtte de innfødtes utdanningsprogrammer kan man heve utdanningsnivået. Det er også viktig at regjeringen inkluderer de innfødte i økonomiske og sosiale programmer og gir dem utdanningsmessige fordeler eller goder.

Tilgivelsens makt

Når folkegrupper lider av påførte historiske traumer, er det avgjørende at det blir tatt et oppgjør med dette og bedt om tilgivelse. Allan et al. hevder at ofre for alvorlige menneskerettighetsbrudd har lettere for å tilgi når de forstår at de som har påført skadene oppriktig beklager det de har gjort (5). I tillegg vil det å be om tilgivelse bidra til forsoning, slik at offeret har mulighet til å legge overgrepet bak seg. Om overgrepene er skjedd i bredt omfang over tid, kan det offentlige unnskyldes på vegne av overgriperne. Det er beklagelig at amerikanske myndigheter per dags dato ikke har beklaget ovenfor de innfødte amerikanere.

Overføringsverdi

Kjennskap til kulturer kan bedre kvaliteten på pleien og det forebyggende helsearbeidet. Det handler om å bruke kulturelle nøkler for å nå frem til pasienten. Når pasienten forstår at sykepleieren kjenner til deres tenkemåte og historie, og viser respekt for dette, øker samarbeidet og pleien kan bli mer effektiv. Pleieren vet hvordan hun bør kommunisere med en indianer med respekt; snakke lavt og uten å se en indianer i øynene, da det siste regnes som svært uhøflig. I tillegg kan informasjonen tilpasses indianeres kunnskap. Pleieren kan ta utgangspunkt i deres trossystem og vise respekt for bindelse med fødsel eller død. Samtidig kan pleieren opptre ydmykt ovenfor tro,

men likevel skape nye tankeganger der man blir gjort ansvarlig for egne handlinger som kan føre til sykdommer. En annen fordel er at pleieren vet hvor skoen trykker. Med en kulturell bakgrunnsforståelse vil pleieren være godt rustet til å lykkes i å utøve god pleie til denne pasientgruppen.

Avslutning

Kunnskap om kulturelle verdier, levemåter, religion, slektskap og sosiale faktorer innenfor grupperes kultur kan benyttes i sykepleiesituasjonen. I indianernes tilfelle gir det historiske traume en forståelse av hvorfor tilstedeværelsen av vold og misbruk er utbredt blant de innfødte. Hovedansvaret for en gjenopprettelse og gjenoppbygging av samfunnet ligger imidlertid hos de innfødte selv. De må gjøre det tyngste arbeidet, bryte de onde sirklene og skape nye sunne skoger. For fremtiden bringer dette håp til programmer som «Wellbriety Movement». Samtidig har den amerikanske regjering med stor økonomisk makt mulighet til å influere den mentale helse gjennom sosiale tiltak og utdanning. Men det er i alle tilfeller opp til enhver amerikaner å velge holdninger og handlinger som skaper en positiv forskjell for de innfødte amerikanere.

LITTERATUR

1. Leininger M, McFarland MR. Culture Care Diversity and Universality. Jones and Bartlett Publishers, 2006.
2. Avera Health, Caring Voice. Pine Hill Press, Sioux Falls, 2000.
3. Bohn DK. Lifetime physical and sexual abuse, substance abuse, depression and suicide attempts among Native American women. Taylor and Francis healthsciences, 2003.
4. Coyhis D, Simonelli R. Rebuilding American Societies. Child Welfare League of America, 2005
5. Allan A, Allan MM, Kaminer D, Stein DJ. Exploration of the Association between Apology and Forgiveness amongst Victims of Human Rights Violation. Behavioral Sciences and the Law 2006;24: 87-102.
6. Maples MF, Dupey P, Torres-Rivera E, Phan LT, Vereen L, Garrett T. Ethnic diversity and the use of humor in counselling: Appropriate or inappropriate?, Journal of Counseling and Development 2001; 79: 53-60.

Aksjefall etter Ullevålstudie

Resultatene av en norsk-initiert studie på hjerte-klaffpasienter skapte uro i finansmarkedet på Wall Street i slutten av juli.

SEAS-studien startet i 2001 etter initiativ fra professor Terje Pedersen på Ullevål universitetssykehus. 172 andre sykehus og spesialisentra i Nord-Europa deltok i studien.

Målet var å teste om kolesterolsenkende medikamenter ville påvirke hjertesykdommen trang hjerteclaff (aortastenose). Men det gjorde de ikke, ifølge Ullevål universitetssykehus. Da resultatene ble offentliggjort, raste aksjekursene til to internasjonale legemiddelfirmaer.

Omfattende

Nesten 1900 pasienter som befant seg i et tidlig stadium av hjertesykdommen var med i testingen. En gruppe fikk kombinasjonen av Simvastatin og Ezetrol, den andre gruppen fikk lignende tabletter uten virkestoffer.

Hadde legemidlene hatt positiv effekt, kunne pasienter ha sluppet

kirurgiske inngrep ved innsetting av ny hjerteclaff. Men det ble ikke påvist noen effekt på hjerteclaffen. I tillegg fikk flere av pasientene i gruppen som hadde fått legemidlene kreft. Men det ble ikke påvist noen sammenheng mellom medikamentbruken og utviklingen av kreft.

Færre hjerteinfarkt

– Medisinene hadde riktignok positiv virkning ved at færre pasienter fikk hjerteinfarkt og angina. Vi reduserte også antallet med behov for bypasskirurgi, der vi setter inn nye blodårer i hjertet. Disse resultatene var kjent fra tidligere studier, sier professor Terje Pedersen til Ullevål.no

Da resultatene av SEAS ble offentliggjort, falt aksjekursen på legemiddelselskapet Schering-Plough med 11,8 prosent. Merck falt med 6,6 prosent.



VIRKET IKKE som de skulle. Illustrasjonsfoto: Colourbox

Flukt fra sykepleierutdanningen

For 14 år siden søkte 15 805 seg til sykepleierutdanningen. Siden da har det gått jevnt og trutt nedover. I dag er det 9909 søkere til rundt 4500 studieplasser. Bare de to siste årene har søkningen gått ned med 11 prosent.

– Celina Midelfart er et større ideal for mange jenter i dag enn Florence Nightingale. Det har sikkert ikke de som styrer helsevesenet fått med seg, sier Birgitte Mehl til Bergens Tidende. Hun er sykepleier på lungeavdelingen på Haukeland universitetssykehus og mener bedre lønn er det som skal til for å rekruttere flere sykepleiere.

Nestleder i NSF, Jan Erik Nilsen, sier begynnerlønnen for nyutdannede sykepleiere ligger på 260 000 kroner. I det private næringslivet kan man få minst 100 000 mer med tilsvarende utdanning. Høyere lønn og faste, fulle stillinger mener han er veien å gå for å øke rekrutteringen.

Kilde: bt.no

Vinn en splitter ny bærbar PC!

Del dine sterkeste øyeblikk på sykepleien.no - og vinn flotte premier i vår store høstkonkurranse.

Øyeblikk 2008

Sveinung Monstad

Sykepleier/høgskolelektor ved Høgskolen i Bergen



Autonomi og omsorg

– Jeg er uenig med påstander og krav som står i de yrkesetiske retningslinjene. Og ikke bare er jeg uenig, jeg påstår at noe av det som står i retningslinjene kan være direkte uetisk. Dette skriver Sveinung Monstad i sitt tilsvarende til Marie Aakre og Anne Clancy.

Jeg takker Rådet for sykepleieetikken for det grundige svaret på min artikkel om de nye yrkesetiske retningslinjene. Det er fint å se at vi på en del områder er enige. Når det gjelder punktet om rettferdighet kommer dere meg langt på vei i møte. Det loves at dette vil bli tatt med i fremtidige drøftinger og revideringer. Og på ett punkt må jeg gi dere rett. Å hevde at det i de nye retningslinjene var en helt ny etikk, var å ta for hardt i. Jeg beklager overdrivelsen. Det jeg ønsket å få fram var at heller ikke Marie Aakre og Rådet for sykepleieetikks uttalelser om at endringene hovedsakelig var redaksjonelle og språklige stemte helt. Det er gjort viktige substansielle endringer. Jeg har pekt på noen få av disse. Og dere uttrykker også i svaret deres at dere er enige i at endringene ikke er tilfeldige.

Omsorg og sykepleie

Når det gjelder begrepene omsorg og sykepleie gjentar Rådet det vi er enige om; at det i mange tilfeller var rett å erstatte ordet omsorg med ordet sykepleie, rett og slett fordi det er mer dekkende for hva som menes. Det er bra. Forholdet mellom begrepene omsorg og sykepleie er imidlertid etter min mening ikke så entydige som det Rådet synes å mene. Dette er et stort tema som jeg håper å kunne komme tilbake til ved en senere anledning.

Poenget jeg forsøkte å få fram i min debattartikkel var enklere. Omsorg er et langt videre begrep enn sykepleie. Det å erstatte ordet omsorg med ordet sykepleie vil derfor noen ganger føre til formuleringer som blir for snevre. Og nettopp det mener jeg skjer en del ganger i de nye retningslinjene. Rådet unnlater da også

å ta stilling til det konkrete eksempelet jeg nevnte. Å bidra til «prioriteringer som tilgodeser pasienter med størst behov for sykepleie», som det heter i de nye retningslinjene, vil etter min mening oppmuntre sykepleiere til snevre prioritering av sin egen sektor, og vil derfor ikke alltid være i pasientenes interesse.

Globalt ansvar

Jeg skrev at det globale perspektivet er blitt borte, om en så bort fra punktet om at sykepleiere skal holde seg «orientert om den sosial- og helsepolitiske utviklingen både lokalt, nasjonalt og globalt». Dere svarer at det globale perspektivet ikke er borte, men presisert i punkt 6.1, nettopp det punktet jeg har gjengitt her. Nå mener jeg at det er en stor forskjell mellom å holde seg orientert om nøden og urettferdigheten i verden og å erkjenne et etisk medansvar for å gjøre noe med situasjonen.

Så får en selv avgjøre om det var bra å fjerne punktet om at sykepleieren har «et profesjonelt og etisk ansvar ... både i et nasjonalt og globalt perspektiv», og at sykepleieren skal arbeide for «en rettferdig ressursfordeling og -forvaltning innen helsetjenesten, både nasjonalt og globalt». (Mine uthevninger.)

Selvbestemmelsesretten

Det som opptok mest plass både i mitt første innlegg og i svaret fra Rådet for sykepleieetikken var punkt 1.5 i de nye retningslinjene, der det heter at «Sykepleieren respekterer pasientens rett til selv å foreta valg, herunder å frasi seg selvbestemmelsesretten».

Det kan virke som om vi er uenige om det

meste her, inkludert hva som faktisk står skrevet i dette punktet. Slik jeg forstår det står det her at pasientene har en rett til å frasi seg sin selvbestemmelsesrett, og at sykepleierne har en plikt til å respektere dette. Her står det ikke noe om forbehold, at dette bare gjelder i spesielle situasjoner eller for kortere tid.

Her er vi er uenige i sak. Jeg er ikke bare uenig med uttalelser fra Marie Aakre og Anne Clancy. Heller ikke bare med uttalelser fra Rådet for sykepleieetikken. Jeg er uenig med påstander og krav som står i de yrkesetiske retningslinjene. Og ikke bare er jeg uenig, jeg påstår at noe av det som står i retningslinjene kan være direkte uetisk. Dette er alvorlig.

Hva skal yrkesetiske retningslinjer være?

Yrkesetiske retningslinjer bør etter min mening være ukontroversielle i den forstand at de ikke forplikter yrkesutøverne til handlinger eller standpunkter som yrkesutøveren med god grunn kan mene er etisk feil. Uenigheter må tas i åpne diskusjoner. Retningslinjene er ikke stedet for å fremme kontroversielle syn, selv om det måtte være flertallets syn. Særlig må retningslinjene avstå fra å pålegge plikter som noen med god grunn kan mene er uetiske. Det vil redusere retningslinjenes betydning fra å være et viktig, autoritativt dokument til å bli en debattartikkel. Da hjelper det ikke med «bred støtte fra mange instanser».

Etiske retningslinjer må være formulert slik at en med god grunn kan si til de som nekter å følge dem at de må finne seg en annen jobb. Pasienter, arbeidsgivere og samfunnet skal kunne vente av sykepleierne at de retter seg etter de yrkesetiske retningslinjene.



Faksimile fra Sykepleien nr. 5/2008

Selvbestemmelsesrett

Så tilbake til spørsmålet om å frasi seg sin selvbestemmelsesrett. Hvordan skal dette forstås? Selv leser jeg det som en nokså klar påstand om at pasienter har en rett til å frasi seg selvbestemmelsesretten. Denne rettigheten leser jeg som at den gjelder generelt, ikke bare i spesielle situasjoner. Og pasienters etiske rettigheter skal selvsagt respekteres. Når en har frasagt seg en rettighet har en ikke denne rettigheten mer.

Rådet peker helt riktig på at empowerment også har skyggesider. Og jeg deler bekymringen for at pasienter i sårbare situasjoner blir presset til å ta avgjørelser de burde vært forskånet for. Det å presse pasienter til å ta avgjørelser de ikke er i stand til å ta der og da er det motsatte av respekt for pasientens selvbestemmelsesrett. Det kan sikkert fortelles mange historier om manglende profesjonalitet her. Det å la pasienter slippe å ta store og små avgjørelser i slike situasjoner kan være god omsorg. Men er det dette som er å frasi seg sin selvbestemmelsesrett?

Tolkning

Dere skriver at Rådet vil skjerme den syke tydeligere i situasjoner hvor denne er i sjokk, er dement, er psykisk forvirret, mangler språk, er i dyp angst og sorg og er døende. At en som mangler språk kan frasi seg sin selvbestemmelsesrett virker litt pussig. Når det gjelder pasienter i psykisk sjokk, forvirring, dyp angst og sorg vil jeg mene at det nettopp er disse pasientene en må beskytte fra seg selv og sine ønsker om å frasi seg selvbestemmelsesretten. Mennesker i krise har ofte et nærmest desperat ønske om at

andre skal ta over livet deres. At de for en tid kan ha godt av faste rammer og å slippe å ta avgjørelser er etter min mening noe helt annet enn å frasi seg sin selvbestemmelsesrett.

På samme måte er det å overlate beslutninger til de som er eksperter heller ikke å frasi seg sin selvbestemmelsesrett. Skal jeg opereres vil jeg overlate til kirurgen å bestemme hvordan det skal gjøres. Det handler om tillit og erkjennelse av egne begrensninger, ikke om manglende selvbestemmelsesrett.

På en side kan det synes som om uenigheten er språklig. Hva mener vi med en rett til å frasi seg selvbestemmelsesretten? Er retten absolutt eller bundet til visse situasjoner? Rådet er enig med meg i at det finnes situasjoner

Det å presse pasienter til å ta avgjørelser de ikke er i stand til å ta der og da er det motsatte av respekt for pasientens selvbestemmelsesrett.

der pasienters selvbestemmelsesrett bør styrkes og oppmuntres. Jeg er enig med Rådet i at «pasienter kan oppleve det respektløst å bli presset til å ta avgjørelser når de ikke er i stand til det». Det som da gjenstår er å finne ut hva som er en rimelig tolking av punkt 1.5, om det å ha rett til å frasi seg sin selvbestemmelsesrett kan sies å bety det samme som å få slippe å delta i krevede beslutninger i situasjoner der en ikke er i stand til det.

Nærhetsetikk eller kantiansk etikk?

På den andre siden reiser dette en større, mer interessant og mer prinsipiell debatt. Hvis vi tar utgangspunkt i Beauchamp og Childress' fire prinsipper i biomedisinsk etikk, autonomi, velgjørenhet, ikke-skade og rettferdighet vil en komme til å vektlegge disse prinsippene forskjellig avhengig av om en tenker etikk i kantiansk retning eller i omsorgsetisk/ nærhetsetisk retning.

Omsorgsetikken og nærhetsetikken har en tendens til å nedtone betydningen av autonomiprinsippet, rettferdighetsprinsippet og ikke-skade prinsippet til fordel for velgjørenhetsprinsippet. Kantiansk etikk beskyldes for det motsatte, og særlig for overbetoning av autonomiprinsippet.

Her oppfatter jeg det som om Rådet nokså ensidig argumenterer ut fra et omsorgsetisk eller nærhetsetisk synspunkt. Jeg ser en fare i at omsorgsetikk og nærhetsetikk dominerer den etiske tenkningen innen sykepleiefaget. Noe mer balanse vil etter min mening være av det gode både for samfunnet, sykepleierne og pasientene. Å argumentere for et mer kantiansk syn på sykepleietikken er noe jeg håper å kunne komme tilbake til.

Mot slutten av artikkelen skriver Marie Aakre og Anne Clancy: «Men Rådet ønsker ikke å bli tillagt intensjoner eller motiv vi ikke har hatt». Nei, hvem ønsker vel det? Jeg liker dårlig at dere insinuerer at jeg skal ha tillagt dere noen som helst intensjoner eller motiver. Det jeg ønsker å diskutere er sak.

DRÅPER, oppløsning 10 mg/g; 1 g inneholdt: Memantinhydroklorid 10 mg tilsv. memantin 8,31 mg, kalium-sorbat (E 202), sorbitol, renset vann. TABLETTER, filmdrasjerte 10 mg: Hver tablett inneholdt: Memantinhydroklorid 10 mg tilsv. memantin 8,31 mg, laktose, hjelpestoffer. Med delestrek. **INDIKASJONER:** Behandling av pasienter med moderat til alvorlig grad av Alzheimers sykdom. **DOSERING:** Behandlingen bør initieres og veiledes av lege med erfaring i diagnostisering og behandling av Alzheimers demens. Behandlingen skal bare igangsettes hvis en omsorgsperson er tilgjengelig og jevnlig kan monitorere pasientens legemiddelinntak. Diagnostisering bør gjøres i tråd med gjeldende retningslinjer. *Voksne/eldre:* Maks. daglig dose er 20 mg. Risikoen for bivirkninger reduseres ved å gradvis øke dosen med 5 mg pr. uke i de første 3 ukene opp til vedlikeholdsdose på følgende måte: Behandlingen bør begynne med 5 mg daglig (en ½ tablett/10 dråper om morgenen) i den første uken. 10 mg daglig i den andre uken (en ½ tablett/10 dråper 2 ganger om dagen) og 15 mg daglig i den tredje uken (1 tablett/20 dråper om morgenen og en ½ tablett/10 dråper på ettermiddagen eller kvelden) anbefales. Fra den fjerde uken fortsettes behandlingen med en anbefalt vedlikeholdsdose på 20 mg daglig (1 tablett/20 dråper 2 ganger om dagen). Kan tas uavhengig av måltider. Ved moderat nedsatt nyrefunksjon (kreatininclearance <40-60 ml/minutt/1,73 m²) anbefales maks. 10 mg. **KONTRAINDIKASJONER:** Overfølsomhet for memantin eller et eller flere av hjelpestoffene. **FORSIKTIGHETSREGLER:** Forsiktighet utvises hos pasienter med epilepsi, som har hatt tidligere episoder med krampeanfoll eller pasienter som er predisponert for epilepsi. Samtidig bruk av N-metyl-D-aspartat (NMDA)-antagonister som amantadin, ketamin eller deksstrometorfan bør unngås pga. økt risiko for bivirkninger. Overvåking av pasienter ved tilstander med økt pH-verdi i urin (f.eks. drastiske endringer i kosthold, f.eks. fra kosthold med kjøtt til vegetarkost, eller stort inntak av syrenøytraliserende midler, renal tubulær acidose (RTA) eller alvorlige urveinfeksjoner med *Proteus bacteria*) kan være nødvendig. Pga. begrenset erfaring bør pasienter som nylig har hatt hjerteinfarkt, ubehandlet kongestiv hjertesvikt (NYHA klasse III-IV) eller ukontrollert høyt blodtrykk overvåkes nøye. Nedsatt nyrefunksjon: Ved lett nedsatt nyrefunksjon (kreatininclearance 50-80 ml/minutt) er det ikke nødvendig med dosejustering. Ved moderat nedsatt nyrefunksjon (kreatininclearance 30-49 ml/minutt) bør daglig dose være 10 mg. Hvis godt tolerert etter minst 7 dagers behandling kan dosen økes til 20 mg/dag i.h.t. vanlig opptræringsplan. Ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon (kreatininclearance 5-29 ml/minutt) bør daglig dose være 10 mg/dag. Nedsatt leverfunksjon: Ved mild eller moderat nedsatt leverfunksjon (Child-Pugh grad A eller Child-Pugh grad B) er det ikke nødvendig med dosejustering. Det finnes ikke data om bruk av memantin hos pasienter med alvorlig nedsatt leverfunksjon. Pasienter med arvelig galaktooseintoleranse, Lapp-lak-tasemangel eller glukose-galaktose-malabsorpsjon bør ikke bruke tablettene. Pasienter med fruktose-intoleranse bør ikke bruke dråpene. Moderat til alvorlig Alzheimers sykdom pleier vanligvis å nedsette evnen til å kjøre motorkjøretøy og betjene maskiner. I tillegg kan memantin endre reaksjonsevnen, slik at pasienter bør informeres om å være spesielt oppmerksomme når de kjører motorkjøretøy eller betjener maskiner. **INTERAKSJONER:** Effektene av barbiturater og neuroleptika kan bli redusert. Samtidig administrering av memantin med spasmolytiske stoffer som dantrolen eller baklofen, kan modifisere deres effekter og dosejustering kan være nødvendig. Samtidig bruk av memantin og amantadin, ketamin og deksstrometorfan bør unngås pga. risiko for farmakotoksisk psykose. Andre legemidler som cimetidin, ranitidin, prokainamid, kinin og nikotin inneberer en mulig risiko for økte plasmavæver. Redusert ekskresjon av hydroklortiazid eller kombinasjonspreparater med hydroklortiazid er mulig. Enkelttilfeller av økt INR ved samtidig behandling med warfarin er sett. Nøye monitorering av protrombintid eller INR anbefales. **GRAVIDITET/AMNING:** Overgang i placenta: Risiko ved bruk under graviditet er ikke klarlagt. Bør derfor ikke brukes under graviditet uten at det er helt nødvendig og etter nøye vurdering av nytte/risiko. *Overgang i morsmelk:* Risiko ved bruk under amning er ikke klarlagt. Det er ikke kjent om memantin skilles ut i morsmelk hos mennesker, men med tanke på hvor lipofilt stoffet er, antas dette å forekomme. Kvinner som tar memantin, bør ikke amme. **BIVIRKNINGER:** Bivirkningene er vanligvis milde til moderat alvorlige. *Hypypige (>1/100):* Gastrointestinale: Forstoppelse. Sentralnervesystemet: Svimmelhet, hodepine og somnolens. Sirkulatoriske: Hypertensjon. *Mindre hypypige:* Gastrointestinale: Oppkast. Sentralnervesystemet: Hallusinasjoner (stort sett rapportert hos pasienter med alvorlig Alzheimers sykdom), forvirring, unormal gange. Sirkulatoriske: Venetrombose/tromboembolisme. *Øvrige:* Tretthet, soppinfeksjoner. Krampeanfoll er rapportert svært sjeldent. Enkelttilfeller av psykotiske reaksjoner og pankreatitt er rapportert. Alzheimers sykdom er forbundet med depresjon, selvmordstanker og selvmord og er også rapportert hos pasienter som er behandlet med memantin. **OVERDOSERING/FORGIFTNING:** *Symptomer:* Hhv. 200 mg og 105 mg/dag i 3 dager har vært forbundet med enten bare tretthet, svakhet og/eller diaré eller ingen symptomer. Ved overdoser på <140 mg eller ukjent dose har pasientene hatt symptomer fra sentralnervesystemet (forvirring, søvnighet, somnolens, svimmelhet, agitasjon, aggresjon, hallusinasjoner og unormal gange), og/eller mave-tarmbesvær (oppkast og diaré). Den høyeste rapporterte overdosen, 2000 mg, ga symptomer fra sentralnervesystemet (koma i 10 dager, og senere dobbeltsyn og agitasjon). Pasienten ble behandlet symptomatisk og med plasmaferese, og kom seg uten varige mén. En pasient som hadde fått 400 mg memantin oralt fikk symptomer fra sentralnervesystemet som rastløshet, psykose, synshallusinasjoner, krampetendens, somnolens, stupor og bevisstløshet. Pasienten ble restituert. *Behandling:* Symptomatisk. **EGENSKAPER:** *Klassifisering:* Memantin er en spenningsavhengig, ikke-kompetitiv NMDA-reseptorantagonist med moderat affinitet. *Virkningsmekanisme:* Ved neurodegenerativ demens er det i økende grad bevis for at svikt i glutamaterge neurotransmittere, særlig ved aktivering av NMDA-reseptorer, medvirker til både symptom- og sykdomsforverrelse. Memantin modulerer virkningen av patologisk økte spenningsnivåer av glutamat som kan føre til neuronal dysfunksjon. *Absorpsjon:* Absolutt biotilgjengelighet ca. 100%. T_{max} oppnås etter 3-8 timer. «Steady state»-plasmakonsentrasjoner fra 70-150 ng/ml (0,5-1 µmol) med store interindividuelle variasjoner. *Proteinbinding:* Ca. 45%. *Fordeling:* Distribusjonsvolum ca. 10 liter/kg. *Halveringstid:* Memantin elimineres monoeksponensielt med terminal t_{1/2} på 60-100 timer. Total clearance (Cl_{tot}) 170 ml/minutt/1,73 m². Renal eliminasjonsrate av memantin ved alkalisk urin kan bli redusert med en faktor på 7-9. *Metabolisme:* Ca. 80% gjenfinnes som modersubstansen. Hovedmetabolittene er inaktive. *Utskillelse:* Gjennomsnittlig 84% utskilles innen 20 dager, og mer enn 99% utskilles renalt. **OPPBEVARING OG HOLDBARHET:** *Dråper:* Åpnet flaske bør brukes innen 3 måneder. **PAKNINGER OG PRISER:** *Dråper:* 50 g kr 798,70. *Tabletter:* 30 stk. kr 528,60. 50 stk. kr 792,10. 100 stk. kr 1549,80. Sist endret: 29.10.2007

REFERANSER:

- 1) Gauthier S et al: Int J Geriatr Psychiatry 2005; 20;
- 2) Reisberg B et al: N Engl J Med 2003, Vol 348: 14; 1333-1341.
- 3) Winblad B et al: Int J Geriatr Psychiatry 1999, Vol 14; 135-146.



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

Kirsten Margrethe Østerriis Waagø

Kirsten Waagø ble født 4. mai 1939 i Danmark. Hun ble utdannet sykepleier ved Centralsygeplejeskolen for Københavns amt i Glostrup i februar 1963. Etter et års arbeid som sykepleier ved Rigshospitalet i København reiste hun til Norge.

Hun kom til Regionsykehuset i Trondheim i 1964 sammen flere andre danske sykepleiere, som var hentet for å være med på etablering av hjertemedisinisk avdeling der. Kirsten ble ved denne avdelingen fra 1964 til 1967. I denne tiden ble hun kjent med sin mann Harald Waagø, som var avdelingsoverlege ved medisinsk avdeling. Fra februar 1967 til 15. oktober samme år var hun lærer ved Sykepleierskolen i Sør-Trøndelag. Familien flyttet deretter til Namsos, hvor alle tre barna ble født.

I begynnelsen av 1970-årene flyttet familien tilbake til Trondheim. Kirsten tok opp sitt arbeid som sykepleier ved Regionsykehuset fra 1974.

Kirsten Waagø var leder av prosedyrebokutvalget ved Regionsykehuset i mer enn 10 år.

Fra 1981 var Kirsten ansatt som sykepleierlærer ved Sykepleierhøgskolen i Sør-Trøndelag og senere ved Høgskolen i Sør-Trøndelag. I den tiden hun var ansatt, tok hun utdanning i praktisk pedagogikk i 1983 og utdanning i helseadministrasjon i 1990. Kirsten Waagø skrev også et kapittel om aktivitet og hvile i læreverket «Grunnleggende sykepleie», utgitt av forlaget Gyldendal Akademisk. Fra 2001 fikk hun godkjenning som høgskolelektor etter blant annet å ha gjennomført et prosjekt over temaet aktivitet som grunnlag for vurderingen.

I tillegg har Kirsten deltatt i utallige kurs og seminarer innenfor sitt interessefelt i

sykepleiefaget. En spesiell interesse hadde Kirsten innenfor område internasjonalisering, først innenfor sykepleierutdannings NordSamnettverk, og fra 1994 European Nursing Module Network. Kirsten Waagø var sykepleierutdannings representant og anerkjente og dyktige medarbeider, kjent langt utenfor Norges grenser.

Kirsten var til enhver tid meget engasjert og grundig forberedt i sitt arbeid som lektor. Hun ble satt meget stor pris på av alle studenter, både i teoriundervisning og praksisveiledning.

Overfor sine kolleger var Kirsten meget sjenerøs og alltid villig til å dele faglige kunnskaper.

Kirsten hadde stor sosial kapasitet og deltok alltid i sykepleierutdannings små og store festlige arrangementer. Hun bidro gjerne med danske spesialiteter, både kaker og lun leverpostei på hjemmelaget rugbrød.

Kirsten Waagø fratrådte for aldersgrensen ved fylte 67 år, og så frem til aktive år som pensjonist og bestemor. I februar 2008 ble livet endret ved en plutselig sykdom, uventet både for henne og familien. Hun døde 21. mai 2008.

Vi har mistet en meget god kollega gjennom 25 år. På vegne av kollegaer ved Høgskolen i Sør-Trøndelag, avdeling for sykepleierutdanning, lyser vi fred over Kirsten Waagøs minne.

Kari Hauge og Sigrd Skjærvold

Til minne om Eva

Det er nå gått et år siden Eva Reine døde etter kort tids sykdom, bare 55 år gammel.

Eva jobbet mange år på Ahus, først som hjelpepleier på kirurgen fra 1983. I 1991 valgte hun å utdanne seg til sykepleier og startet på hjerteovervåkingen i 1994. I 1996 gikk hun videre og utdannet seg til intensivsykepleier. Hun jobbet på overvåkingen helt frem til årsskiftet 2006/2007, deretter på dagkirurgen.

Hun ble syk i januar 2007. Etter kort tids sykdom døde hun 3. juli samme år.

I løpet av det siste året har savnet etter Eva vært stort blant kollegaer på hjerteovervåkingen. Stadig prater vi om henne og tenker på henne. Eva var en naturlig del av landskapet på posten – et midtpunkt det var godt å søke seg til.

Eva var et raust menneske som fant det helt naturlig å by på seg selv. Gjennom tidene har vi opplevd flere generasjonsskifter på hjerteovervåkingen – sommeren 1997 og sommeren 2006 fikk vi 17 nye sykepleiere som skulle begynne hos oss. Da var Eva der og ga støtte og trygghet. Med veiledning og engasjement hjalp hun sine nye og uerfarne kollegaer på vei til selvstendighet.

Eva var et stort forbilde på avdelingen – hun var engasjert og uvanlig dyktig i sitt virke. Hun var en type kollega det var naturlig å rope på når noe skjedde akutt eller søke råd hos hvis man sto i situasjoner som var vanskelige eller krevende. Hun gikk inn i diskusjoner og pekte på dimensjoner og ga råd.

Eva var en type person som var der og forklarte med ro. Ingenting var flaut å spørre om, for uansett kom hun deg i møte med et svar som gjorde deg klokere samtidig som hun ikke fikk deg til å føle deg dum eller underlegen. Eva var opptatt av å bygge kollegaene rundt seg

opp både faglig og personlig. Hun var et menneskene som ga andre selvtillit og hele tiden kom med oppmuntring, bekreftelse og påfyll. Eva hadde lett for å le og spredde glede og trivsel hos dem som var rundt henne.

Ovenfor pasientene sine viste hun frem sitt trygge og gode vesen og bød på empati og støtte. Det å bli lagt inn på en overvåking med hjertesykdom oppleves ofte vanskelig og direkte truende.

Da opplevde mange pasienter hvor trygt og godt det var å møte Eva. Med kunnskapene hun hadde innenfor sykepleie og medisin kunne hun raskt lese pasientsituasjoner og sette i gang tiltak for å stabilisere pasientene. Hun visste hva hun måtte være

spesielt oppmerksom på og hva det var viktig å gjøre for å forebygge. Eva hadde en naturlig plass hos de akutt kritisk syke, både med sitt vesen, sin klokskap om mennesker generelt og med sin faglige kunnskap.

Eva hadde også mot til å si fra når noe ikke var bra nok og snakket pasientenes sak når det gjaldt. Eva turte å sette fingeren på problemer og hvilke konsekvenser de ville få, først og fremst for dem som var syke. Hun stilte spørsmål til dem som bestemte.

Eva er et forbilde for mange av oss på overvåkingen, som fagperson, men kanskje aller mest som menneske. Vi savner henne, og de av oss som fikk lære å kjenne Eva vil alltid huske henne.

Våre tanker går først og fremst til Evas nærmeste, og vi føler med dem i tomrommet de må oppleve etter hennes bortgang.

På vegne av alle ved hjerteovervåkingen på Ahus: Elisabeth Einarson, Nina Løvdal, Gry Flingtorp

Julie Ege

Vår kjære kollega sykepleier Julie Ege døde så altfor tidlig den 29. april i år. Hun arbeidet flere år ved Rikshospitalets øyeavdeling og senere ved Ullevål da avdelingen flyttet dit. Julie var en veldig kjær arbeidskollega, som er dypt savnet av alle.

Julie var et fint menneske som i all sin atferd viste toleranse for ulikhetene oss mennesker imellom. Hennes klare uttrykk «Vi er forskjellige» var en veiviser for hennes forståelse for at mennesker må imøtekommes på deres eget nivå. Hun viste både pasienter og kolleger en unik lojalitet og aksept, var liketil i sin atferd og fin å samarbeide med. Julie likte utfordringer og påtok seg nye oppgaver uten å nøle. En periode fungerte hun som avdelingens pasientkoordinator, en rolle hun fylte med myndighet, klokskap og humor. Men det var på sengeposten, i den direkte kontakten med pasientene, Julie trivdes best. Hun var en herlig miljøskaper med sitt gode humør og smittende latter. Vi ser henne for oss, smilende og vakker, stående på stolen, holde en glitrende «herrenes tale» på en av avdelingens store merkedager.

Under sykdomsperioden satte Julie pris på at hun ble holdt informert om forandringer og nyheter ved avdelingen. «Det er morsomt å høre fra avdelingen.» «Jeg synes jeg ser dere!» skrev hun i hilsninger på e-mail. Vi kjente til Julies alvorlige sykdomsutvikling. Hun hadde et utrolig pågangsmot og en utholdende vilje til å kjempe mot sykdommen, og det beundret vi henne for. Julie ville så gjerne ha levd mye lenger, men ga uttrykk for alvorlet ved sin prognose: «Jeg tar dette med ro selv om jeg skjønner at livet mitt nok blir drabelig forkortet på dette viset.

Det er jo ingenting å gjøre med det.»

Julie var en person man måtte bli glad i. Det er med dyp og stille sorg vi må erkjenne at vi ikke lenger kan forvente en hilsen fra henne, og at hun ikke lenger er iblant oss. I takknemlighet lever bildet av henne i vårt indre som en anerkjennende hilsen og gir en bekreftelse på at hun fortsatt er med oss i alle våre gode minner. Når sorgens tårer bryter fram, stanser de plutselig opp som berørt ved en overnaturlig tanke. Enten den er naiv eller klok, så er den i hvert fall trøstende: Kanskje hun ser oss der ute et sted fra – med sitt varme smil og sitt lune blikk? Våre tanker går til hennes familie, samboer og venner.

Ruth Urdahl Arellano og Astrid Thorstad



BERØMT SYKEPLEIER: Julie Ege, her fotografert i forbindelse med et portrettintervju i Sykepleien i 2002. Ege er fra Sandnes og jobbet som ung på keramikkfabrikk, men er mest kjent for sin tid som fotomodell og skuespiller på 1960- og 70-tallet. Senere utdannet hun seg til hjelpepleier og i 1998 var hun ferdig sykepleier. Hun ble 64 år.
Kilde: Stavanger Aftenblad.

Marie Aakre om samvittighetsfritak

Leder, Rådet for sykepleieetikk, skriver hver måned i Sykepleien

Alder: 60 år

Fra: Trondheim

Utdannet sykepleierleder, -lærer og -veileder



Med rett til å si nei?

Bør helsepersonell få reservere seg mot å hjelpe lesbiske til assistert befruktning?

En lesbisk kvinne sto frem på NRK Dagsrevyen og fortalte om en episode på et legekantor i sommer. Hennes nye fastlege reserverte seg mot å ta henne som pasient fordi hun om kort tid ønsket assistert befruktning. Kvinnen fikk hjelp til å komme til en annen lege, men mange av de store avisene (VG, Dagbladet, Dagsavisen) fulgte opp med unison fordømmelse av legen.

Personlig dilemma

En helsesøster har fått store dilemmaer knyttet til det holdningsskapende arbeidet for barn og unge etter den nye ekteskapsloven. Hun ønsker ikke å formidle lovens «offisielle» syn på homofili i forbindelse med seksualundervisning i skolen. Hun er kristen og spør i et åpent leserinnlegg i lokalavisen om hun bør velge mellom Guds ord eller menneskeskapte lover.

I den aktuelle kommunen er denne saken blitt et faglig og praktisk problem. Kommunen ønsker ikke at helsesøsteren skal ha seksualundervisning så lenge hun ikke vil omtale homofili og homofilt samliv i tråd med gjeldende lover og det syn som ønskes formidlet i denne type undervisning. Helsesøsteren har ikke selv tatt initiativ til å be om fritak fra seksualundervisningen, men hun har søkt seg jobb i en annen kommune.

Kun de liberale?

Temaet reiser nye dilemmaer for Landsgruppen av helsesøstere som skal ivareta kollegers og

medlemmers interesser. Kan og bør alle helsesøstre ivareta det holdningsskapende arbeid om seksualitet og samliv overfor barn og unge selv om fundamentet for den nye ekteskapsloven er uforenlig med egen overbevisning? Eller, er det kun helsesøstre med et liberalt syn på homofili som kan fungere i undervisningsarbeidet? Kan respekt for mangfold og forskjellighet forenes med respekt for helsearbeiderens livssyn?

Kan samvittighetsfrihet sidestilles med andre friheter?

Hvordan bør sykepleiere som opplever lovens forskrift som en type tvang til å gå på akkord med egen overbevisning bli møtt?

Pasientens beste

I yrkesutøvelsen av sykepleie er det alltid pasientens eller brukerens beste som skal ha forrang. Profesjonalitet innebærer å sette sine egne behov til side i utøvelsen av sin faglighet. Mange sider

av sykepleiefunksjonen betinger uegennyttig og krevende tilnærming for den andres beste. Men egen opplevelse av grenser, overbevisning og samvittighet spiller inn, og utvikling av dømmekraft i denne skjønnsutøvelsen er et viktig kompetanseområde.

Reservasjonsrett?

Spørsmålet er om leger, sykepleiere og annet helsepersonell bør ha rett til å reservere seg mot nye oppgaver etter ny ekteskapslov. Skal leger kunne reservere seg mot assistert befruktning for lesbiske par? Reservasjonsretten fikk opprinnelig støtte fra Høyre, Venstre, KrF, Frp og Sp, men likevel sier Trond Lode (Sp) at leger som vil reservere seg heller burde finne seg en annen jobb. Også Torunn Janbu, president i Den norske legeförening, uttaler seg mot at leger skal kunne reservere seg. Både rød-grønne politikere og de fleste store medier har i sommer gitt uttrykk for sin skepsis til reservasjonsretten.

Rom for flere syn?

Fertilitetslege Øyvind Magnus sier til Vårt Land 11. juli: «Jeg utdannet meg til lege for å hjelpe mennesker som er syke, ikke for å bedrive sosialtjenester. Barnløse par som mottar hjelp til å få barn, får hjelpen fordi de av medisinske årsaker ikke kan få barn. Enkjønnede par kan ikke få barn av sosiale årsaker. Assistert befruktning av lesbiske par kan ikke kalles helsehjelp, og det er dermed urimelig å tvinge leger til utføre dette».



Han vil gå til rettssak, om nødvendig til menneskerettighetsdomstolen i Strasbourg, dersom han mister jobben på grunn av sitt synspunkt. Hans viktigste argumenter mot den nye loven er at barnet er fratatt retten til far, og hvis reservasjonsretten begrenses er loven kun en kamp for de homofile og ikke for de svake, mener han. Dette ligner meningsdik-tatur og strider mot legens etiske forståelse av legeyrket.

Helsesøsteren spør også om det er plass til flere syn i hennes funksjon. Ensretting kan oppleves som handlingstvang, respektløst eller som et yrkesforbud for mennesker som representerer mindretallet i vanskelige etiske og eksistensielle spørsmål. Dette kan i så fall berøre flere helsearbeidere.

Samvittighetsfrihet

Kan samvittighetsfrihet sidestilles med andre friheter? Morgenbladet nr. 29 spør på lederplass om det er sommerferien som gjør at alvoret i dette spørsmålet omtales så ensidig. Ønsker vi at samvittighetsfriheten som grunnleggende verdi skal ofres så lett? Harald Thune Gjørstad svarer i et leserinnlegg i Morgenbladet nr. 30 at samvittighetsfrihet kan være fordekt paternalisme eller

egoisme hos helsearbeideren. I det nevnte tilfellet med fastlegen er det pasienten som må underordne seg legens behov. Han sier at det å dekke over egne fordommer og trang til å diskriminere med «samvittighet» ikke er et tilstrekkelig argument.

Religionsfrihet

Respekten for egne og andres moralske grenser er en grunnleggende verdi og en forutsetning for en hel rekke andre friheter. Spørsmål som angår eget livssyn og tro berører særlig sterkt. Ingen kan vel bli stående i arbeidssituasjoner som systematisk avkrever at man går på akkord med eget livssyn. Religionsfrihet er en grunnleggende rettighet for alle mennesker, både brukere og ansatte i helsetjenesten. Den nye ekteskapsloven inneholder en klausul om fritaksrett i enkeltsaker mot bestemte inngrep. Men det kan se ut til at loven kan bidra til dilemma på flere områder som foreløpig ikke er grundig gjennomreflektert i faglige etiske fora.



Månedens dilemma

Hva mener du om følgende spørsmål:

- Er det uetisk at helsepersonell ønsker å reservere seg mot oppgaver og ansvar som er uforenlig med eget livssyn?
- Er det forenlig med respekt og toleranse å kreve at helsepersonell skal legge vekk sin personlige integritet i det som oppleves som samvittighetsspørsmål?
- Hva skal til for at helsesøstre med ulikt syn på familie, seksualitet og samliv kan være gode rådgivere og drive holdningsskapende arbeid for barn og unge?

Send din mening på epost interaktivt@sykepleien.no, eller skriv til Sykepleien, boks 456 Sentrum, 0104 Oslo. Du kan også lese inn din reaksjon på telefon 22 04 33 65. Reaksjoner fra leserne trykkes i neste nummer.

Verdens første armtransplantasjon

I juli ble verdens første transplantasjon av hele armer gjort i Tyskland. 40 kirurger og sykepleiere ved München tekniske universitetssykehus måtte til i en 16 timer lang operasjon. Takket være en nylig avdød donor, ble det to nye armer på en 54 år gammel bonde som hadde mistet begge sine i en arbeidsulykke for seks år siden. En uke etter operasjonen var det fremdeles ikke oppstått komplikasjoner, men om bonden vil kunne bruke armene sine igjen, vil bli klart først etter tre til seks måneder etter operasjonen. Doble hand- og forarmtransplantasjoner har tidligere vært gjort i USA og Østerrike, men dette er første gangen man har forbundet overarmstumper med donorarmer.

Kilde: British Medical Journal

Vellykket skotsk røykeforbud

Siden slutten av mars 2006 har det vært forbudt å røyke på offentlig sted i Skottland. Siden dette har antallet sykehusinnleggelses på grunn av hjerteinfarkt gått ned med 17 prosent. En studie publisert i New England Journal of Medicine den 31. juli, viser at reduksjonen var størst blant ikke-røykere, denne gruppen sto for 67 prosent av nedgangen. Dette kan tyde på at mindre passiv røyking har hatt en allmenn helseeffekt.



Banebrytende norsk hiv-forskning

Firmaet Bionor Immuno som holder til i Skien, Oslo og Washington har vakt internasjonal oppsikt med sin hiv-vaksine som skal gjøre kroppen bedre rustet til å bekjempe hiv-viruset selv. På den måten skal smittede pasienter kunne være uten medisiner i flere år. Vaksinen testes for øyeblikket ut i en stor internasjonal studie og den ble referert til i internasjonale medier etter at den ble presentert på en verdenskonferanse i Mexico City i begynnelsen av august. Foreløpig er det usikkert i hvor stor grad vaksinen kan øke levetiden og redusere alvorlige komplikasjoner.

Kilde: VG Nett

Små forskjeller i kvalmestillende midler

Det første døgnet etter cellegiftbehandling er det små effektforskjeller mellom de kvalmestillende midlene palonosetron og ondansetron. For kreftpasienter som får cellegiftbehandling med stor evne til å framkalle og oppkast, er midlene like effektive. Men for pasienter som får cellegiftbehandling med middels evne til å framkalle de uønskede bivirkningene, er imidlertid palonosetron trolig mer effektivt.

Kilde: Kunnskapssenteret

EU-helse

Feilbehandling, forsinkelser og administrative problemer står for nærmere 10 prosent av sykehusinnleggelsene i EU. Pasientsikkerhet, grensekryssende behandling og kvalitet på helsetjenester vil derfor være tema på de tre neste EU-formannskapene.

Kilde: eu-norge.org

Del dine sterkeste øyeblikk på sykepleien.no - og vinn flotte premier i vår store høstkonkurranse.

Vinn en splitter ny bærbar PC!

Øyeblikk 2008

Gjesteskribent Anders Folkestad

Yrke: Leder av Unio

E-post: anders.folkestad@unio.no



Ei reise i mai

Det gjekk mot kveld etter endå ein hektisk streikedag seint i mai.

Men framleis tikka det inn meldingar på mobilen. Den eine var annleis. Ikkje var det streik. Ikkje media. Eg forstod alvorret. Ein kjapp telefonsamtale. Temposkifte. Beskjedar blei gitt. «Du må berre reise», sa kollegaene. «Vi ordnar opp. Lukke til.»

Eg kjende – joggande nedover Karl Johan – at det hadde blitt smått med trening i det siste. 20 minutt etter at sms-en kom, sat eg på flytoget. Streikeskjorta var sveittefuktig. I kontrollen på Gardermoen var eg irritabel. Tida var knapp. Hastande til utgang 3 fekk eg støttande kommentarar til Unio-streiken frå både kjende og ukjende. Eg nådde flyet – sistemann om bord. Streikeskjorta var endå meir sveittevåt. Prøvde å puste ut. Stal meg likevel til å svare på eit par streike-sms-ar før take-off.

Etter ein times tid er det innflyging. Kjende bygder, fjell, fjordar og vikar. Eg merkar ei spesiell stemning i kroppen – kombinasjonen av ei stigande uro og det heimlege og trygge, nærast som å bla i minneboka.

Etter landing, rett til sjukehuset. Ved inngangen – den bakre, alvorstunge inngangen, møtte eg gjenkjennande nikk frå folk på vakt, ambulanspersonell og andre.

I enden av korridorane stod ein sjukepleiar. Fast i handtrykket, alvorleg smilande i blikket, men roleg i røysta. Ho var tydeleg til stades. Gjennom korridorane spurde ho om streiken – kollegaer i streik.

Så var vi på intensiven. Sjukepleiaren orienterte: «Det er alvorleg, vi gjer det vi kan.» Elektrodar, slangar og instrument, med sine blink og vandrane kurver fortalde sitt. Hjartet

hadde store problem. Sjukepleiaren forklarte litt til meg, litt til pasienten. Som også hadde spørsmål, om enn med svakare røyst enn vanleg.

Vi var fleire rundt senga, alvorlege og usikre. Her var det berre å vente. Vennlege blikk kom frå vaktrommet. Var det noko vi trengte?

«Kanskje pasienten skal få litt ro», sa ein av pleiarane, mjukt, men passe bydande. «Vi følgjer med. Berre set dykk på opphaldsrommet. Og forsyn dykk med kaffe.»

Vi var innom rommet att. Den eine pleiaren hadde hovudansvaret. Ordna, stelte, snakka roleg med pasienten, sjekka instrumenta, noterte. Pasienten kunne både spørje og svare mellom slangane. Men var mest trøyt og tørst.

«No skal du få litt medisn, og så skal vi syte for at du får ligge litt betre.» Ein sjukepleiar til kjem inn. Dei har handlaget. Er effektive. Dei deler tida si. Det er fleire rom å halde oppsyn med, fleire pasientar – unge og eldre – som treng kompetent hjelp.

Det har gått eit par timar. Det kan bli ei lang natt. Kanskje ei roleg natt, men det er best å vere her. Den budskapet kjem frå pleiarane utan bruk av ord.

Brått – ei tydeleg røyst: «Han er dårlegare no. De kan kome.»

Eg skjønar det med det same. Sluttkampen er i gang. Sjukepleiarane veit det endå betre. Den eine snakkar roleg – litt til seg sjølv, trur eg, men mest til oss ved senga.

Etter ei stund: «No er det slutt», seier ho stilt. Sjukepleiaren held handa til mor, trøystar. Tar seg god tid.

«Berre gje dykk tid», seier ho. Om litt – vennleg som før – foreslår ho at vi skal ta oss ein tur på opphaldsrommet. Etter ei stund blir vi henta inn att.

Det er stille og fredeleg. Lys er tende. Det er ikkje tvil. Far lever ikkje lenger. Eg prøver å fatte det. Eg blir verande ei god stund – i ettertanke og sorg. Han var slett ingen ungdom lenger. Og trass alt, han fekk ei verdig slutt. Etter ein vanleg, aktiv dag i heimen slo det til – hjartet ville ikkje gjere jobben sin. Ambulans – til sjukehuset klokka sju. Undersøking, pleie og oppfølging av proffe folk. Døden kom litt etter midnatt.

Eg nådde fram til ein siste prat.

Før eg gjekk ut i mainatta takka eg sjukepleiaren. Ho og kollegaene hadde vore til stades – på ein nær og umerkande måte, heile tida. «Det skulle berre mangle, det er arbeidet mitt», sa ho.

Men eg kunne ikkje la vere å gruble – endå ein gong – over kvifor samfunnet vårt lønner denne type arbeid og kompetanse så dårleg.

Dessutan – somme hevdar at lokalsjukehusa ikkje trengst, at dei er ineffektive. Nei vel, dei meistarar ikkje all avansert medisn og teknologi. Men kompetanse er noko meir. Kompetanse er også å bruke eigen kunnskap, vere trygge i faget sitt i møte med folk i ulike livssituasjonar. Desse proffe sjukepleiarane imponerte og rørte meg.

SYKEPLEIENS ØVRIGE GJESTESKRIBENTER I 2008:



Martine Aurdal
Journalist



Gøhril Gabrielsen
Sykepleier.
Forfatter av boka «Unevnelige hendelser».



Trude Aarnes
Jordmor og privatpraktiserende sexolog.



Jon Hustad
Journalist i Dag og Tid



Konstituert ansvarlig redaktør
Bjørn Arild Østby
tif. 22 04 33 59
bjorn.arild.ostby@sykepleien.no

MAGASINET



Journalist/gruppeleder
Marit Fonn
tif. 22 04 33 68
marit.fonn@sykepleien.no



Journalist
Nina Hernæs
tif. 22 04 33 67
nina.hernes@sykepleien.no



Journalist
Eivor Hofstad
tif. 22 04 33 71
eivor.hofstad@sykepleien.no



Journalist
Susanne Dietrichson
tif. 22 04 33 53
susanne.dietrichson@sykepleien.no



Fagredaktør
Torhild Apall Dybvik
tif. 22 04 33 76
torhild.apall@sykepleien.no

JOBB



Journalist, gruppeleder
Ann-Kristin Bloch Helmers
tif. 22 04 33 73
annkristin.helmers@sykepleien.no



Journalist
Kari Anne Dolonen
tif. 22 04 33 69
kari.anne.dolonen@sykepleien.no

NETT



Journalist/webredaktør
Lily Kalvo
tif. 22 04 33 66
lily.kalvo@sykepleien.no

DESK/LAYOUT



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



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



Grafisk formgiver
Sissel Vetter
tif. 22 04 33 58
sissel.vetter@sykepleien.no

ANNONSER



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



Markedskonsulent, produkt
Lise Dyrkoren
tif. 22 04 33 72
lise.dyrkoren@sykepleien.no



Markedskonsulent, stilling
Finn Simonsen
tif. 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

Spennende døgn

Vil bare takke for en spennende og helt annerledes utgave av tidsskriftet. Jeg leste det fra perm til perm, og alt annet ble bare liggende. Da jeg hadde lest meg ut av døgnet på Legevakten i Fredrikstad, startet jeg på nytt. I hvert fall kikket jeg gjennom «natta» på nytt.

Denne utgaven av tidsskriftet går ikke i papirkonteineren med det første. En kreativ og morsom vinkling på hva det vil si å jobbe som sykepleier. Synes dere har truffet så mange velkjente dimensjoner knyttet til dette yrket – og artiklene rommer både «fingertip»-nærhet og tilstrekkelig avstand slik at helhetsbildet kommer frem.

Jeg kjenner nesten «smaken» av natta på tungen, kjenner den indre kulden det ikke hjelper å kle på seg for å beskytte seg mot. Dagvaktene river meg av gårde og kaster meg inn i stresset og den såkalte «effektiviteten» som er så drepende – kvelden er roligere med mer tid til å dvele... alt får dere frem. Og pasientene er så tydelige, vi kan se dem for oss, uten at det på noen måte er avslørt private detaljer. Dette er noe av det beste jeg har lest i sin sjanger. Det viser hvor omfattende sykepleieryrket er. Bedre kan det knapt beskrives. Så deilig å lese dette som ikke er fullt av kalde og tørre tall, statistikker og kurver! Tall er viktig, men de puster ikke, de har ikke varm hud, de har ikke tanker om fremtiden, de har ikke angst for døden. De har ingen livshistorie. Mer av sånt som dette!

Mvh. Unni Fonneland

Ros 2

Ønsker bare å gi litt ros for siste utgave av Sykepleien-24 historier/24 timer. Dette er den beste utgaven av Sykepleien jeg har lest! Vanligvis skummer jeg gjennom bladet og leser noen av artiklene, samt stillingsannonserne. Denne gangen var bladet interessant fra ende til annen! Det gir et lite innblikk i hvordan det kan være å være sykepleier på et tilfeldig valgt sted.

Tror det meste gjelder for det ganske land. De forskjellige artiklene viser hvor mangfoldig og krevende sykepleieryrket er. Det er veldig synd at det ikke blir mer verdsatt av blant annet de som styrer i dette landet. Selv er jeg etter cirka 20 år fortsatt stolt av valg av yrke, selv om jeg også er ganske oppgitt mange ganger!

Leser gjerne flere lignende artikler i fremtiden.

Med vennlig hilsen Anita Tur

Klara Lie er gull verd

Sykepleien hadde i nr. 7/08 en ganske spesiell omtale av Klara Lie som var tildelt Kongens fortjenstmedalje i gull. Etter presentasjon av et lite utvalg verv, belærer Sykepleiens journalist leserne på feilaktig vis hva Til Helhet står for. En uttalt motstander av Lie får deretter resten av spalteplassen til å messe sitt budskap! Det faller T. Holte Follestad tungt for brystet at Klara Lies allsidige og mangeårige engasjement innebærer at hun også har hatt samtaler med homofile som har oppsøkt henne. Det er jo som kjent svært politisk ukorrekt, fordi her i Norge er det kun anledning til å være homse slik Follestad og hans venner i LLH har bestemt. Det innebærer bl.a. at man ikke bør stille seg grunnleggende spørsmål om verdier, årsaksforhold, endringsmuligheter osv. Saklig sett innebærer dette en klart politisk motivert umyndiggjøring av voksne mennesker. Klara Lie og Til Helhet har ikke villet bøye seg for denne type ensretting. På faglig forsvarlig vis har disse fått hjelp til å avklare ulike valg og støtte i lange prosesser for å komme til rette med eget liv. Klara Lie har aldri fordømt homofile (hvorfor har de i så fall oppsøkt henne?), men ut fra sitt verdigrunnlag har hun lyttet og veiledet den som har bedt om omsorg – uten å ense rådende politiske vindretning. Her har Sykepleien noe de burde fokusere på i større grad ved

kritisk undersøkende journalistikk – ikke nedlate seg til å være servilt mikrofonstativ for politisk/ideologisk markering fra en pressgruppe som representerer makta – helt inn i regjeringskvartalet.

Erling Lundebø, styreleder i Til Helhet

Melder meg ut

Jeg har vært medlem i NSF siden tidlig på 60-tallet. Jeg har vært stolt av min organisasjon og lest bladet med glede i alle år.

De senere årene har det imidlertid skjedd en «dreining» av bladets profil. Radikalt? Hvor er det blitt av respekten for forskjellige syn? Jeg har fulgt utviklingen med undring, — spørsmål og frustrasjon.

Det toppet seg med dekningen av kongens gull til Klara Lie. Det ble på en måte bekræftelsen på den dreining og utvikling som har skjedd med Sykepleien og NSF.

Jeg er ingen sur og sidrumpe gammel sykepleier. Jeg har respekt for de som har andre meninger og oppfatninger enn det jeg har. Det har aldri vært noe problem for meg. Derfor blir jeg fortvilet og lei meg når et hedersmenneske som Klara Lie blir offer intoleranse og sneversynthet.

Jeg melder meg ut av NSF og avslutter abonnementet på Sykepleien.

Reidun Louise Holten, medlem nr.239400

Sykepleien har fått flere innlegg med reaksjoner på vår omtale av Klara Lie. Vi trykker ikke alle disse siden meningsinnholdet er det samme som i innleggene vi trykket i nr. 8 og 9, og i innleggene over.

Redaksjonen

Neste nummer

Pleie i grenseland

Hva kan en sykepleier, hjelpepleier eller pleieassistent ta av private oppdrag på fritiden? Vi ser på pleie i etiske og juri-

Ikke undervurder sykepleierstudentene!

I Sykepleien 3. april i år har studentrådgiver i NSF Morten Kristoffersen lite til overs for Fagforbundets framgangsmåte i forbindelse med at vi ble invitert til å holde et informasjonsmøte på Høgskolen i Oslo. Ifølge Kristoffersen lyver og lurer Fagforbundet studentene. Påstandene er ganske tynne og bunner nok heller i at Kristoffersen ikke liker at Fagforbundet i det hele tatt var til stede.

La oss være tydelige: Fagforbundet er et naturlig valg også for sykepleiere. Vi har gode tilbud til sykepleiere og sykepleierstudenter. Blant annet har vi et utdanningsstipend som godt tåler sammenlikningen med det NSF tilbyr. Fagforbundet har også etablert et eget nettverk for sykepleiere. Vi arrangerer kurs og konferanser for sykepleiere, og Fagforbundet har utarbeidet en egen kliniske fagstige. Ved siden av dette har vi Norges største korps av tillitsvalgte til å ta vare på våre medlemmers interesser. Fagforbundets politiske ståsted og samfunnsengasjement gjør at vi er et alternativ for mange. Vår forståelse av utformingen av våre felles arbeidsplasser, tverrfaglig tilnærming og respekt for bruk av egen kompetanse på riktig plass

er også gode argumenter for medlemskap hos oss. Kristoffersen framsetter det litt snurrige argumentet at Fagforbundet skulle forvirre studentene på Høgskolen i Oslo. Jeg tror Morten Kristoffersen gjør lurt i å ikke undervurdere sine egne potensielle medlemmer. Jeg tror de er i stand til å vurdere hvilket tilbud de selv syns er best. Det er organisasjonsfrihet her i landet, og man har ikke hevd på mennesker. NSF må gjøre seg fortjent til tilliten til nye medlemmer på lik linje med alle andre organisasjoner. Jeg vil gjerne understreke at Fagforbundet ikke prøver å ta NSF sine medlemmer – vi var invitert til Høgskolen i Oslo for å informere om hva vi kan tilby studentene. Vi konsentrerer oss om å organisere de uorganiserte. Fagforbundet ønsker å snakke om oss selv og hva vi kan tilby, framfor å snakke om andre organisasjoner. Det syns vi er et godt prinsipp. Derfor er det ikke naturlig for oss å snakke om NSF når vi er ute for å informere om hva vi kan tilby. Hvis noen skulle føle seg lurt (som Kristoffersen påstår) eller ganske enkelt har ombestemt seg, står de selvfølgelig fritt til det. Vi lover å gjøre en utmeldingsprosess så grei som overhodet mulig. Det er både i Fagforbundets og medlemmets interesse.

Kjellfrid Blakstad, leder av seksjon helse og sosial i Fagforbundet.

Ja til mobilfri sone

Jeg leser i Sykepleien nr 7/08 om mobilbruk på operasjonsstua og er forbauset over at det forekommer. Jeg mener at privat mobiltelefon ikke hører hjemme på jobb i institusjoner, verken på sykehus eller sykehjem. Jeg jobber selv på sykehjem, vi har diskutert dette på personalmøter. Det henstilles til oss om ikke å ha med oss mobiltelefon i avdelingen annet enn når det er spesielle situasjoner, som for eksempel sykdom i familien. I de situasjonene skal vi informere leder for å få tillatelse til å ha mobiltelefonen i lomma, vi sier fra til våre kolleger på vakta og har selvfølgelig mobiltelefonen på lydløs Ellers kan telefonen sjekkes og brukes i pausen. Vi har jo eldre folk på sykehjemmet, flere demente, for disse er mobiltelefon et nytt og ukjent fenomen. De skjønner ikke alltid hva som piper i lomma vår, heller ikke hvorfor oppmerksomheten blir flyttet fra dem. De kan tro vi snakker til dem og prøver å svare oss. Hvis vi er i en stellesituasjon eller måltidssituasjon tas oppmerksomhet og tid vekk fra det vi holder på med, det samme også under medikamenthåndtering og andre sykepleieoppgaver. Det vitner om liten respekt for våre

brukere, pårørende og også kolleger hvis vi bruker arbeidstida vår til privat snakk og avtaler. Vi er ikke tilstede med hele oss hvis det hele tida skal sjekkes en mobiltelefon, svares på sms eller ringes tilbake. Dessuten har de fleste av oss som jobber i en institusjon mulighet for å kunne nå på avdelingens fasttelefon hvis det for eksempel er akutte situasjoner i familien. Når vi er på jobb, bør vår oppmerksomhet være hos våre brukere. Vi prøver også å henstille til nyansatte, vikarer, studenter osv. om at mobiltelefonen holder vi vekk fra avdelingen, hvilket ikke alltid er like lett, da man kan bli oppfattet som pirkete og streng. Ikke alle forstår hvorfor, for mobiltelefon er jo noe «alle» har på seg nå. Ikke alle på avdelingen følger denne henstillingen fra leder. Noen vil alltid gjøre som de vil uansett. Det jeg synes blir et dilemma da er hvem som minner vedkommende om avdelingens «tause forbud»? Min konklusjon er i alle fall at det bør være mobilfri sone på avdelingene for oss som jobber der.

Medlem nr 194670



Faksimile fra Sykepleien nr. 7/08



Svar til desillusjonert sykepleier

Er man misfornøyd med fagforeninga si, er det bare å melde seg ut. Men siden du spør om råd om det er smart (i Sykepleien nr. 09/08), tar jeg meg tid til å fortelle deg hvordan jeg tenker om å være medlem.

Jeg betaler maksimal kontingent, da jeg jobber i hel stilling. Når jeg fyller ut selvangivelsen, kan jeg trekke fra 2700 kroner. Det betyr at staten honorerer meg fordi jeg er medlem i ei fagforening og dermed bidrar til gode kollektive ordninger i norsk arbeidsliv. For restbeløpet som blir min reelle kostnad, får jeg bistand fra min fagforening om det for eksempel skulle krølle seg for meg i arbeidslivet, til å forhandle lønn både sentralt og lokalt osv.

Jeg er enig med deg i at lønna er urettferdig lav sammenlignet med andre. Hadde det vært fagforeninga alene som bestemte lønna, er jeg sikker på at den hadde vært mer i tråd med mine forventninger. Slik er det ikke.

Jeg vil arbeide mot at uorganiserte skal få samme fordelere lønnsmessig, men det finnes ennå arbeidsgivere som jevner ut lønnsforskjellen mellom organiserte og uorganiserte etter lønnsoppgjør. Det betyr at jeg er med i spleiselaget for at mine uorganiserte kolleger skal få det samme som meg, de har aldri spurt meg om det er greit. Det er som at jeg skulle ha med ekstra stor matpakke for å dele med dem som ikke har med mat på jobb!

Men det finnes heldigvis arbeidsgivere som tar signaler fra staten om at det skal lønne seg å være fagorganisert. Og hvorfor skal uorganiserte ta den siste ferieuka som en selvfølge? Den del av ferien som ikke står i ferieloven, har min fagforening vært med på å kjempe frem med bidrag fra min kontingent. De arbeider for gode arbeidstidsordninger, selv om vi ennå sliter med å likestille skift og sammenlignbar turnus. For ikke å snakke om pensjonskampen!

Det er forresten mange som har pensjonssparing, selv om de er fagorganisert. Dette er bare smakebiter av områder som mine penger går til, noe jeg svært gjerne bidrar til, selv om jeg vet at det alltid er noen som skummer fløten og stjeler noen av disse kronene fra meg.

Betalingsvilje har jeg for mangt og meget. Jeg har for eksempel betalt brannforsikring for huset mitt i mange år, men det har aldri brent hos meg (bank i bordet), men selvfølgelig betaler jeg. Det er utrolig mye penger for en ekstremt lav risiko, men det er klart det blir dyrt om man skulle bli rammet. Risikoen for at man skal bli

«overtallig» i disse omstillingstider, er langt større. Jeg betaler derfor gjerne for at tillitsvalgte skal begrense skadene for meg, selv om de kanskje ikke klarer å avverge en oppsigelse i første runde. Jeg betaler for at de skal gjøre alt de kan.

Jeg ble forskrekket når jeg leste om din yrkesskade. NSF er jo så god på yrkesskadesaker! Vi må selv melde fra til fagforeningen. Det er ingen selvfølge at arbeidsgiver gjør det, selv om det burde ha vært slik. Hadde jeg vært deg ville jeg fluksens ha tatt kontakt med fylkeskontoret mitt og diskutert denne saken.

Så til din irritasjon over leder av faggruppe i anledning videreutdanning: Hvorfor er det naturlig å henvende seg til en faggruppelider om spørsmål vedrørende videreutdanning, når det er høyskolene som er ekspertise og ansvarlige for dette? Jeg er ikke enig i at min kontingent skal brukes til å skolere faggruppelidere for at de skal være à jour på utdanningsfronten. Jeg er definitivt ikke enig i din dom over bladet Sykepleien!

Jeg setter stor pris på å få informasjon om hva som rører seg i sykepleierkretser over hele landet og utomlands, om forskning som er

gjort, om ny faglitteratur, om hva forbundet kjemper for til enhver tid og ikke minst å dra etikken inn i hverdagen gjennom dilemmaer som Rådet for sykepleieretikk presenterer. Jeg kjenner ikke til andre tidsskrifter som vil dekke mitt behov på dette området. Nei, tidsskriftet er ikke søppel for meg. Jeg kan ikke argumentere for at du skal få yrkesstolthet. Men jeg forstår at det kan bli slik, når kvaliteten på sykepleien på mange arbeidsplasser balanserer på forsvarlighetsgrensen, og kanskje bikker under noen ganger. Om du tror yrkesstoltheten vil komme om du melder deg ut av NSF, må du jo gjøre det. Håper dette kan være et bidrag til å hjelpe deg med valget. Lykke til.

Ragnhild Lien

Vås fra NSF

Sender over noen synspunkter på en sak jeg leste i siste sykepleien og imøteser svar fra NSF...

Leser i siste utgaven av Sykepleien Jobb (8. mai), hvor en student etterspør lønnsinfo, at det i praksis er opp til arbeidsgiver å bestemme studenters lønn.

Jeg er klar over at det selvfølgelig er anledning til å forhandle for studenter, som for andre, men studenter har altså ingen tariffavtale hvor et minstekrav til lønn er avtalt. Dette er en praksis fra en fagforening som jeg finner hårreisende! Hvilke andre fullverdige medlemmer i NSF hadde godtatt en slik behandling? Skal vi kanskje spørre for eksempel anestesisykepleierne om de godtar at deres tariffer fjernes og de stilles på bar bakke hva gjelder krav til minstelønn? Godtar de dette?

Jeg mener også at denne praksisen er med på å «legge lista» for hvor tøffe vi blir til å forhandle senere i arbeidslivet. Om man fra første dag, som student i en arbeidssituasjon, har

vært nødt til å ta til takke med arbeidsgivers forslag til lønn, vil man heller ikke senere klatre opp på barrikadene for å krangle og sloss for lønnsøkning. Jeg finner det særdeles komisk at NSFs tillitsvalgte klager over at de må løpe avdelingene rundt og nesten true folk til å slenge ut ett tall som forslag til lønnsøkning, når de samtidig tydeligvis bidrar til å skape denne kulturen.

Så har det fra forhandlingsavdelingen kommet utsagn som: «Vi vil ikke forhandle fram en felles studenttariff fordi noen da kan risikere å måtte gå noe ned i lønn». Mitt svar er: Og så? Om man legger til rette for en tariff som gjør at størstedelen av gruppen går ned i lønn, bør man finne seg en annen jobb enn lønnsforhandler! Om noen FÅ må gå litt ned i lønn for å få medstudenter opp i lønn, så er dette solidaritet i praksis. Det er slike ting man er med i fagforeninger for!

Det nevnes også at noen foretak har klart å få til løsninger på dette. Jeg jobber selv i St. Olavs Hospital HF der tillitsvalgte for NSF har slått seg på brystet og sagt at her har man kranglet seg til at sykepleierstudenter er bedre verdsatt enn andre lønnsmessig. Dette er vås! Om en snekker skulle komme til min avdeling for å jobbe på lik linje som meg (tredjeårsstudent), og han ellers har den samme ansienniteten, får han nøyaktig lik lønn som meg! Altså bidrar NSF til at folk helt uten helsefaglig utdanning og kompetanse stiller på lik linje som helsepersonell når det gjelder avlønning! Dette skjer selv om man utad roper høyt at regjering og kommuner ikke må finne på å ansette folk uten helsefaglig utdanning eller kompetanse. Hva har NSF gjort for at vi med helsefaglig kompetanse skal finne det lønnsmessig innbydende å jobbe i helsesektoren? Ingen verdens ting!

Medlemsnummer 1377118

Faglig forsvarlighet som høyeste standard?

Jeg husker godt den solfylte dagen i juni i fjor da jeg sammen med avgangskullet mitt mottok autorisasjonen min som fortalte at vi alle nå var offisielt godkjente sykepleiere. 3 år med hardt arbeid og lærerike utfordringer hadde endelig gitt et sluttresultat. Vi var nå sykepleiere, og den tanken tror jeg fylte de fleste av oss med både glede, frykt og spenning. Hvis jeg skal trekke frem noe jeg synes representerer noe av det vi har lært mest av i løpet av utdanningen vil det være helhetlig sykepleie, individuell sykepleie og god sykepleie. All honnør til det, da jeg mener dette er fundamentet i vårt fag. Vi burde derfor alle være rustet til å gå ut og gi nettopp det, noe jeg tror de aller fleste også gledet seg til. Så kom da dagen hvor jeg og mine medstudenter begynte som praktiserende sykepleiere. Jeg kan vel ikke bruke ordet sjokk om hva som møtte meg som sykepleier, i og med at vi har hatt så mye praksis og sett mye av virkeligheten allerede. Men det var tøft, i perioder veldig tøft å kjenne på følelsen av å ikke strekke til. Det ble et kappløp mot tiden, og det følte ofte som om det hele dreide seg om å bare komme i «mål». Jeg skal ikke legge skjul på at jeg flere ganger lurte på om jeg hadde valgt feil yrke. For følelsen av å ha strekt seg i alle retninger gjennom en hel arbeidsdag, men allikevel gå hjem med en følelse av å ha kommet til kort, gjorde seg stadig gjeldende. Samtaler med andre nye sykepleiere viste også at de begynte å stille seg spørsmål om hvor lenge de ville orke dette jaget. En slik hverdag resulterer til slutt i en følelse av utilstrekkelighet, motløshet og fortvilelse. Og hvor lenge vil det være tilfredsstillende, eller i det hele tatt holdbart? For alle har vi lært hva slags standard som er ønskelig for sykepleie, og alle ønsker vi å gi god sykepleie. Men

virkeligheten er dessverre på langt nær ikke sånn. Det kan virke som faglig forsvarlighet blir nærmeste mål ganske ofte, og flere tilfeller viser også at til og med dette ikke nås.

Alle dager er forskjellige, og jeg skal ikke si at det konsekvent ikke er tid til god sykepleie. Men både gjennom egen erfaring og ikke minst gjennom det de andre ferske sykepleierne forteller om hvordan de har det på jobben, synes det å være en rød tråd at det å være sykepleier ikke helt sto til forventningene. Det er veldig synd å høre om medstudenter du vet er dyktige til å utføre sykepleie, ikke følte de klarte det i den graden de ønsket. Det er trist å høre at så mye kunnskap, kreativitet og kompetanse som er blant sykepleiere går tapt på grunn av knappe ressurser.

Jeg tror det er flere enn meg som mange ganger føler at tidspresset kveler alt man har av motivasjon og engasjement for å gjøre en god jobb som sykepleier. For å være ærlig synes jeg det er veldig trist å se på at faget sykepleie blir mer eller mindre revet ned, og jeg føler meg makteløshet i forhold til å gjøre noe med det. Veien til å gjøre forskjell i det store systemet virker veldig lang og kronglete. Jeg tror det er en felles enighet om at noe må gjøres for at vi skal få bevare vår mulighet til å yte god sykepleie.

I det siste har det vært svært mye fokus på effektivisering, nedskjæring og omplassering. I kjølvann av dette har det heldigvis kommet mange debatter rundt temaet om faglig forsvarlig sykepleie, og særlig manglende mulighet for å utføre dette. Mange urovekkende og til tider sjokkerende tilstander i helse-Norge har kommet frem gjennom media. Kan vi skyld oss selv at vi er i den situasjonen vi er i, eller snakker vi for døve ører hos dem som har makten og virkelig kan

gjøre den store forskjellen? Det er vel ganske stor enighet om at en stor del av skylden, om man kan kalle det det, ligger i for lite penger og ressurser. Men det er vel heller ikke liten tvil om at sykepleiere har vært en yrkesgruppe som har «ropt» for lite om hvordan situasjonen egentlig er. Mens jeg var student hadde vi en stor kongress som het «Tydelig, stolt og modig». Tittelen for kongressen ble utarbeidet med bakgrunn i at sykepleien står i risikozonen for å bli et diffust fagområde med behov for tydeliggjøring. Jeg tror mye av kjernen ligger her. Vi må være stolte over faget vårt, og tørre å forsvare at det er et viktig og helt nødvendig fagfelt. I en travel hverdag som ofte preger helsevesenet i Norge, kan god sykepleie stå i fare for å bli en sterk mangelvare. Det handler i bunn og grunn om en synliggjøring som nok har vært for dårlig, og her må vi ta et ansvar selv også. Hva kan vi selv gjøre for å beholde standarden på faget vårt? Ressurser er selvfølgelig helt essensielt. Men hva kan vi gjøre med de ressursene vi allerede har? Hva kan vi selv gjøre for å heve kvaliteten? Jeg mener det er helt nødvendig med refleksjoner medarbeidere imellom. Det må være rom for slike refleksjoner, som kunne vært en naturlig del av for eksempel personalmøter. Hva kan vi gjøre på nettopp vår avdeling? Hva kan vi gjøre med de ressursene vi har tilgjengelig? Refleksjoner og idémyldring fører ofte til en økt bevissthet. Dette tror jeg uten tvil vil heve standarden på avdelingen og bidra til en mer gjennomtenkt sykepleie. En ting er sikkert: Sykepleie er et unikt yrke til å påvirke mange menneskers liv i en sårbar periode. Dette fikk jeg nylig en påminning om da jeg leste boken «Etter Karlsvogna- brev fra 1000 stjernebikkere» av

Jon Magnus. Her var det mye fortvilelse å lese fra pårørende og pasienter om opplevelser i møte med helsevesenet. Det var mange vonde opplevelser i en spesiell sårbar periode i livet. Noe som nesten utelukkende var på bakgrunn av liten tid til god sykepleie, og dermed ikke bli sett som enkeltindivider og på en helhetlig måte. Men det var også historier der om unike møter med sykepleiere som ga alt i en stressende hverdag, og det kom frem hvor enormt mye det betyr å få en helhetlig sykepleie nettopp i en slik sårbar tid. Det var også innlegg fra fortvilte sykepleiere som følte at de aldri fikk gjort det de ønsket og burde, og som var glad for at temaet ble brakt på bane så det kunne skape nye diskusjoner. Det viste meg at det er mange ildsjeler blant sykepleierne som virkelig var fortvilet over situasjonen, og som ønsket å gjøre noe med den. Jeg kjente virkelig hvordan boken ga meg et økende engasjement til å fortsette å kjempe for en hverdag som gjør det lettere for oss sykepleiere å gi god sykepleie. Sykepleie er et fag som vi må verne om og fortsette å arbeide for. Dette tror jeg må skje gjennom en tydeliggjøring av faget vårt, og med mot til å vise hvem vi sykepleiere er og hva vi gjør. For retten til å gi god sykepleie kommer tydeligvis ikke naturlig ved å få autorisasjonen «sykepleier». Jeg håper virkelig debatten fortsetter videre i lang tid fremover, og at den etter hvert vil gi tydelige resultater!

Nyutdannet sykepleier, medlem 1306182

Quiz Er du en kompetent sykepleier ?

Ta vår aktuelle og nådeløse kunnskapsquiz.



1 Hva heter helse- og omsorgsministeren?

- A: Bjarne Håkon Hanssen
- B: Bjarne Håkon Jenssen
- C: Bjarne Brustad

2 Hva er rhinitt?

- A: Nyrebekkenbetennelse
- B: Nyresvikt
- C: Betennelse i nesens slimhinne

3 Hva er aspergilose?

- A: Aspergers syndrom
- B: Mistanke om Aspergers syndrom
- C: En type muggsopp

4 Hva betyr ordet anestesi?

- A: Annet sted
- B: Ikke følelse
- C: Andre følelser

5 Et annet ord for lien?

- A: Lillefingeren
- B: Ligament
- C: Milt

6 Hvor ligger Langheranske øyer?

- A: I hornhinnen
- B: I bukspyttkjertelen
- C: I Middelhavet

7 Hva produserer disse øyene?

- A: Tårevæske
- B: Mandler
- C: Insulin

8 Hvem leder Verdens helseorganisasjon?

- A: Margaret Chan
- B: Ban Ki-Moon
- C: Gro Harlem Brundtland

9 Hvilken funksjon har virkestoffet warfarin?

- A: Smertelindrende
- B: Psykosedempende
- C: Blodfortynnende

10 Hvem utviklet egenomsorgsteorien?

- A: Florence Nightingale
- B: Dorothea Orem
- C: Siv Jensen

😊 **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.)



Er dette de Langheranske øyer?

Foto: Colourbox.

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, skjørhet av hudvener, iktyose, akne rosacea, hudsår/-skader, perianal og genital kløe. Ved guttat, erytrodermisk, eksfoliativ og pustuløs psoriasis. Ved alvorlig nyreinsuffisiens eller alvorlig leversykdom. **Forsiktighetsregler:** Unngå applikasjon og utilsikket overføring til hodebunn, ansikt, munn og øyne. 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 hudfolder 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 pustuløse form eller «rebound»-effekt ved seponering. Det er økt risiko for lokale og systemiske kortikosteroidbivirkninger ved langtidsbehandling. Behandlingen bør seponeres hvis bivirkninger oppstår som følge av lang tids bruk av kortikosteroider. Det er ingen erfaring med bruk av produktet i hodebunnen. Det er ingen erfaring med samtidig bruk av andre psoriasismedler gitt lokalt eller systemisk, eller samtidig bruk av fototerapi. **Graviditet/Amning:** Overgang i placenta: Det foreligger ingen data for bruk til gravide. Bør derfor kun brukes under graviditet der fordelene synes større enn risikoen. Overgang i morsmelk: Betametason går over, men risiko for barnet synes lite sannsynlig ved terapeutiske doser. Det foreligger ingen data på overgang av calcipotriol i melk. Forsiktighet bør utvises ved forskrivning til ammende. Skal ikke smøres på brystene ved amning. **Bivirkninger:** Hyppige (>1/100): Hud: Kløe, utslett, sviende følelse i huden. Mindre hyppige: Hud: Smarter i huden eller irritasjon, dermatitt, erytem, forverring av psoriasis, follikulitt, pigmentforandringer i huden på applikasjonsstedet. Sjeldne (<1/1000): Hud: Pustuløs psoriasis. Calcipotriol: Rapporterte bivirkninger omfatter lokale reaksjoner, kløe, hudirritasjon, en sviende og stikkende følelse, tørr hud, erytem, utslett, dermatitt, eksem, forverring av psoriasis, fotosensitivitet og overfølsomhetsreaksjoner inkl. meget sjeldne tilfeller av angioødem og 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 pustuløse form. Systemeffekter ved lokalbehandling av kortikosteroider er sjelden hos voksne, men de kan være alvorlige. Adrenokortikal suppressjon, katarakt, infeksjoner og økt intraokulært trykk kan forekomme, særlig ved langtidsbehandling. Systemeffekter sees oftere ved okklusjonsbehandling (plast, 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 915,20

Refusjonskoder:

ICPC: S 91 - Vilkår nr. 25
ICD: L 40 - Vilkår nr. 25

Sist endret: 28.05.2008

10B Dorothea Orem

Svar: 1A Bjarne Håkon Hanssen, 2C Betennelse i nesens slimhinne, 3C En type muggsopp, 4B Ikke følelse, 5C Milt, 6B Bukspyttkjertelen, 7C Insulin, 8A Margaret Chan, 9C Blodfortynnende.



Tre diakonisser på Landsutstillingen i Bergen år 1928.

Festkleddede diakonisser

Landsutstillingen i Bergen i 1928 ble besøkt av rundt 600 000 personer de fire månedene utstillingen varte. «Alle» ville ha med seg denne folkefesten, og mange av dem stakk også innom fotograf K. Knudsens utstillingsatelier for å bli avbildet. Blant andre disse tre diakonissene, pyntet i sine diakonisseuniformer. Bildet er tatt 60 år etter at den første diakonisseutdanning i Norge startet opp. Det skjedde i 1868 da Cathinka Guldberg ble forstanderinnen på Diakonissehjemmet i Oslo. Høsten samme år flyttet hun inn på anstalten sammen med en elev. Det

var kun ugifte kvinner mellom 18 og 40 år som kunne bli rekruttert til utdanningen. Elevene måtte ikke ha noen form for forpliktelse når det gjaldt familie eller foreldre. I 1918, 50 år seinere, tok Bergen Diakonissehjemmet imot sin første elev. Diakonissehjemmene var en omsorgstjeneste, og anstaltene la i stor grad vekt på oppdragelsen til diakonisseelevene. Formålet til et diakonissehjem skulle ikke være «at være et sykehus, men at være en oppdragelsesanstalt for sygepleiersker». Hos de første faglærte sykepleierne

i Norge – diakonissene – var kalls-tanken helt sentral. En betingelse for å bli tatt inn ved diakonisseutdanningen var å kjenne seg kallet til en kristelig kjærlighetsgjerning. De som ville bli diakonisser var kallet som kristne, men også som kvinner fordi kvinner tradisjonelt ble ansett å være særlig egnet til å ta seg av hjelpeløse og syke. I 1919 holdt leder og stifteren av Norsk Sygepleierskeforbund, Bergljot Larsson, et foredrag på Norske Kvinders nationalraads landsmøte. Hun avsluttet foredraget med følgende oppfordring: «Naar vi ikke blir

hustru eller mor og faar danne et hjem – da faar vi utnytte de evner og anlæg som er nedlagt i enhver kvinde i sygepleiens skjønne kald.» På dette fundamentet framstod faglærte sykepleiere som en yrkesgruppe med ambisjoner om å hjelpe og tjene andre på en uegennyttig og selvpoppofrende måte. Idealene skapte respekt og aktelse. I dag finnes det diakonale utdanningstilbud ved Diakonhjemmet i Oslo, Lovisenberg diakonale høgskole, Høyskolen Diakonova og Diakonissehjemmets høgskole i Bergen.



Lønnsoppgjøret for helseforetakene er ferdig

20. juni sluttførte Unio og Spekter lønnsforhandlingene for de statlige eide helseforetakene. Sett under ett har Norsk Sykepleierforbund fått et godt resultat for sine medlemmer.

Sentrale minstelønnsjusteringer og økte kvelds- og nattillegg ble partene enige om 9. mai (se Sykepleien nummer 9/2008), og deretter har det vært lokale forhandlinger i det enkelte helseforetak. Det var de avsluttende, sentrale forhandlingene som ble fullført 20. juni.

Konstruktive forhandlinger

– I seks helseforetak kom vi ikke fram til et akseptabelt resultat i lokale forhandlinger. Det har vært avgjørende at vi har hatt konstruktive forhandlinger sentralt i siste runde, sier forbundsleder i NSF og forhandlingsleder for Unio-Spekter, Lisbeth Normann.

– Totaløkonomien er akseptabel. Men jeg vil understreke at resultatet i enkelte helseforetak er



MOTPARTER: Anne-Kari Bratten i Spekter og NSF-leder Lisbeth Normann. Foto: Helene Dannevig/Spekter.

dårligere enn forventet, sier Normann.

I enkelte helseforetak er det avtalt at det skal gis individuelle tillegg, og fordelingen av disse skal forhandles lokalt. Rammen for oppgjøret i helseforetakene ligger om lag på nivå med offentlig

sektor for øvrig.

– Når vi ser økonomien og øvrige forbedringer i medlemmenes rettigheter under ett har vi fått et positivt resultat, sier Normann.

Resultater

Ut over lønnstilleggene har med-

lemmene blant annet fått bedre ulempetillegg, gjennomslag for helldagstillegg etter klokken 12:00 dagen før skjærtorsdag og en sterkere rett til fritak for nattevakter etter fylte 55 år.

Likestiller ikke yrkesskade

– Fortsatt prioriteres sykdommer som primært rammer mannsdominerte yrkesgrupper. Regjeringen blir sittende med en stor likestillingspolitisk utfordring, sier forbundsleder Lisbeth Normann i en kommentar til ekspertutvalgets

innstilling til ny yrkessykdomsliste.

Ekspertutvalget leverte 24. juni sin innstilling til hvilke sykdommer som bør godkjennes som yrkessykdom. Norsk Sykepleierforbund har vært pådriver for

at blant annet belastningslidelser generelt skal inkluderes i den nye listen. Det har ekspertutvalget ikke tatt høyde for.

– Dagens yrkesskadeordning gir ikke kvinner og menn samme rett til kompensasjon ved belastnings-

skader som er påført gjennom arbeidet. Det nye forslaget bedrer ikke ordningen nevneverdig, og den forblir et enormt likestillingshinder dersom ikke regjeringen velger å snu, mener Normann.

NSF støtter opp om likelønnskommisjonen

Norsk Sykepleierforbund (NSF) stiller seg i hovedsak bak likelønnskommisjonens forslag til tiltak for likelønn. Men NSF advarer mot at et likelønnsloft må forutsette en lønnspolitisk avtale mellom partene i arbeidslivet.

NSF har levert høringsvar på likelønnskommisjonens utredning. Høringen i sin helhet er publisert på NSF's nettsider. Det følgende er noen av hovedpunktene:

Likelønnskommisjonen deler NSF's vurdering av at det er særlig de kvinnedominerte yrkene med inntil 4 års høyere utdanning i offentlig sektor som er de største lønnstaperne. Selv om vi mener at tre milliarder ikke er nok for å lukke lønnsgapet, så er NSF fornøyd med forslaget om at myndighetene må bidra for å løse likelønnsutfordringene.

Rapporten slår fast at den store utfordringen er verdsettingsdiskriminering, særlig knyttet til de kvinnedominerte utdanningsgruppene i offentlig sektor i forhold til mannsdominerte yrkesgrupper med tilsvarende utdanning i privat sektor. Likevel tar de utgangspunkt i lønnsforskjeller innen de ulike tariffområdene når de foreslår og beregner kostnader ved et likelønnsloft. NSF forventer at departementet tar tak i verdsettingsdiskrimineringen også mellom sektorer og tariffområder.

Generelt

NSF mener at lønnsdiskriminering må opphøre, og at å gripe inn overfor partene når disse demonstrerer manglende evne og vilje til å løse likelønnsproblemet, ikke er uforholdsmessige inngrep i prinsippet om frie forhandlinger. Forhandlingsretten skal bestå – men ikke retten til å diskriminere. At

myndighetene skal finansiere et likelønnsloft bør være like naturlig som at staten bidrar i forhold til for eksempel AFP.

Styrking av likestillingsloven og ombudet

NSF støtter forslaget om en styrking av virksomhetenes aktivitets- og redegjørelsesplikt. Videre støtter vi forslaget om å styrke LDOs veilednings- og håndhevingskapasitet.

Vi stiller oss fullt bak intensjonen om økt åpenhet om lønnsfastsettingsprinsipper, lønnsystemer og individuell avlønning. Arbeidsgiver må pålegges å utarbeide lønnsstatistikk. I tillegg foreslår vi at tillitsvalgte gis innsynsrett i lønnsforhold ved virksomheten, slik det er gjort i arbeidet mot sosial dumping.

Gruppesøksmål og Ombudets søksmålskompetanse er virkemidler som vil minske presset på den enkelte arbeidstaker, styrke Ombudet og bidra til å få fram flere likelønnsaker.

Lønnsloft i offentlig sektor

Likelønnskommisjonens forslag om en lønnsloftplan for kvinnedominerte grupper i offentlig sektor er et radikalt og riktig tiltak. Forslaget om 3 milliarder friske midler for å rette opp skjevhetene innfor tariffområdene i offentlig sektor er en god begynnelse, men vil ikke gjøre noe med den verdsettingsdiskrimineringen som foregår på tvers av sektorene, og som kommisjonen selv påpeker er den store utfordringen.

NSF vil sterkt advare mot å forut-

sette en lønnspolitisk avtale mellom arbeidslivets parter for å gjennomføre likelønnsloft. En slik avtale er i utgangspunktet både ønskelig og riktig. Men det kan ikke være slik at dersom partene ikke skulle klare å enes om en forpliktende lønnspolitisk avtale, så vil tiltaket ikke gjennomføres. Norske myndigheter er gjennom nasjonale og internasjonale lover og avtaler forpliktet til å forhindre lønnsdiskriminering mellom kvinner og menn. Dersom konklusjonene fra rapporten ikke følges opp, vil regjering og Storting være direkte ansvarlige for diskriminering av norske kvinner.

Foreldrepermisjon

NSF er enig i at en mer likestilt bruk av bl.a. fødselspermisjon og at arbeidslivet må legge til rette for at mannlige arbeidstakere kan ivareta sitt omsorgsansvar som fedre i større grad, både er ønskelig og nødvendig. Ved gjennomføringen av en utvidet fedrekvote bør man imidlertid vurdere å utvide den samlede permisjonstid. En utvidet fedrekvote må ikke innføres på bekostning av kvinnens muligheter for restituering etter fødsel eller til å følge nasjonale anbefalinger i forhold til amming.

Dette tiltaket kan ha en langsiktig innvirkning på likelønnsutviklingen, men vi vil advare mot å se dette som et tilstrekkelig grep for å løse likelønnsproblemet.

Du kan lese mer om NSF's høring om likelønnskommisjonen på www.sykepleierforbundet.no.

NSF på nett

På Norsk Sykepleierforbunds egen nettside finner du saker NSF og sykepleierne er engasjert i. Gå inn på www.sykepleierforbundet.no/sistenytt og les mer.

Justeringsforhandlingene avsluttet

Justeringsforhandlingene mellom staten og hovedorganisasjonene er i havn. Resultatet innebærer at grupper i politiet, en del vitenskapelig ansatte på høyskoler og universitet og mange prester får et løft.

Støtter utvidelse av BHT

Norsk Sykepleierforbund (NSF) støtter forslaget om å utvide ordningen med bedriftshelsetjeneste (BHT). Godkjenningsordningen for leverandører av BHT bør samarbeide med Statens helsetilsyn, og NSF advarer mot endringer i kompetanseprofilen innenfor BHT.

Canadisk forbund 100 år

Sykepleierrollen, sykepleierens samfunnsansvar, sykepleiermangelen og arbeidsmiljø var i fokus da det canadiske sykepleierforbundet (CNA) markerte sitt 100 års jubileum.

Alle godkjent

Da Nokut gjennomgikk utdanningene i 2005, var det bare én bachelorutdanning i sykepleie som tilfredsstilte kravene. – Når alle nå er stempelt godkjent, er det fordi både skolene og de ansatte har nedlagt en betydelig innsats for å heve kvaliteten, sier forbundsleder Lisbeth Normann i Norsk Sykepleierforbund.

Forbundsleder Lisbeth Normann

Stilling: Forbundsleder i NSF

E-post: lisbeth.normann@sykepleierforbundet.no



Tre ting jeg vet...

– Jeg lever, jeg skal dø, og sykepleie gjør en forskjell!

Det sa den canadiske sykepleieprofessoren Ann Tourangue da hun nylig var innom kontoret mitt. Hun har godt belegg for utsagnet. I en årrekke har hun forsket på sammenhengen mellom dødelighet og sykepleiekompetanse. Jo mer hun undersøker, dess sikrere blir hun i sin sak: God sykepleie og nok sykepleiekompetanse gjør at dødeligheten blant pasientene reduseres, og helse og livskvalitet bedres.

Tourangue er ikke den eneste som har kommet til denne konklusjonen. Den amerikanske forskeren Linda Aiken kan vise til tilsvarende resultater. Bedre sykepleierbemanning, både i antall og kompetanse, kan knyttes til lavere pasientdødelighet og kortere sykehusopphold. Trygg bemanning gir færre medikamentfeil, postoperative urinveisinfeksjoner, fall, lungebe-

tennelser og sjokk. Ved å øke arbeidsmengden for sykepleiere fra fire til seks kirurgiske pasienter, økte risikoen for pasientdød innen 30 dager med 14 prosent. Det bør være grunn god nok til å ta en grundig gjennomgang av kompetanse- og bemanningssammensetning i norsk helsetjeneste.

I USA har de såkalte Magnet-sykehusene, som gjennom målrettet vektlegging av fagkompetanse, ledelse og kunnskap, skapt en «gullstandard» for sykepleiepraksis. Det er basert på en erkjennelse av at sykepleiernes kompetanse innvirker direkte på så vel pasientresultater som pasient- og medarbeidertilfredshet.

Dette er funn norske helsemyndigheter og politikere bør se nærmere på. Da Bjarne Håkon Hanssen overtok roret i Helsedepartementet i juni, var reformer som kan styrke samhandlin-

gen mellom kommunene og sykehusene en av hans «programklæringer». Det er en riktig og viktig prioritering. For å få det til, må det gjøres store, gjennomgripende endringer i den måten helsetjenesten drives på i dag. Det forventer jeg at Hanssen våger!

Hva skal sykehusene gjøre, hva kan ivaretas på sykehjem og hva kan drives poliklinisk eller i pasientens hjem? Med en konstant utfordring i forhold til kapasitet i spesialisthelsetjenesten, må det foretas nye helhetlige vurderinger knyttet til om «de rette pasientene er i de rette sengene» på tvers av forvaltningsnivåene. Uansett hvordan kartet blir tegnet, er økt satsing på sykepleie en forutsetning. I alle fall dersom pasientenes behov skal være styrende – og det forventer jeg at de skal!

Fastlegeordningen er etablert, og tiden er overmoden for å supplere med en fastsykepleierordning. Den kan bli et funksjonelt ledd for å koordinere pasientflyt mellom de ulike helsetilbudene.

Fastsykepleieren kan følge opp eksempelvis pasienter med kroniske lidelser slik at de både unngår innleggelser, og kan skrives raskere ut etter sykehusbehandling. Dessuten vil muligheten til å gi befolkningen en bedre forebyggende helsetjeneste bli betraktelig styrket. Sårbehandling, oppfølging av diabetespasienter og pasienter med psykiske lidelser, samt arbeid for å begrense livsstilssykdommer er bare noen av de konkrete oppgavene fastsykepleierkontorene kan ivareta.

Når helseministeren påbegynner arbeidet med å skape et bedre og mer funksjonelt helsetilbud til befolkningen, skal han vite at NSF og sykepleierne står parat til å bidra med erfaring, kompetanse og faglig funderte og effektive forslag. Sykepleie gjør en forskjell. Derfor må sykepleie være et sentralt fundament i «nye helse-Norge». Alt annet vil være å gå baklengs inn i fremtiden!



I TRYGGE HENDER: Trygg bemanning gir færre medikamentfeil, postoperative urinveisinfeksjoner, fall, lungebetennelser og sjokk, skriver Lisbeth Normann. Arkivfoto: Lars-Erik Vollebæk

Det finnes ingen mirakelkur, men det nytter å behandle. Det ser du av resultatene.¹⁾²⁾³⁾

Alzheimers sykdom – Hukommelsen svikter.
Språket forsvinner. Oppførselen forandres.

Ikke bare er det en alvorlig sykdom, det er en dobbel byrde å bære fordi personligheten dør før kroppen.

Ebixa® er ingen mirakelkur, men resultatene viser at det nytter å behandle.



Se preparatomtale og referanser på side 68

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

www.ebixa.com

– Livet er verdt å huske!

Ebixa[®]
memantin

Vår største suksess!



Over 150.000 Antibac automatdispensere er i dag utplassert på forskjellige helseinstitusjoner i Norden for å bekjempe smitteoverføring.

Siden starten i 2001 har vi hatt en årlig vekst på 20% og er nå absolutt markedsleder innen desinfeksjon i helsevesenet. Da vi lanserte dispenseren var den å anse som en revolusjon innen helsevesenet i Norge. Man unngikk nå et felles berøringspunkt slik at mikroorganismene ikke lenger ble overført mellom personell. Mange så dermed at dette systemet kunne forbedre hygien, effektiviteten, tilgjengeligheten og økonomien i helsevesenet.

Automatdispenseren ble raskt en stor suksess og ved vårt laboratorium blir Antibac-produktene til enhver tid videreutviklet etter innspill fra våre brukere. Nye produkter blir også lansert for å dekke et bredere spekter av desinfeksjonsområder. Velger du Antibac velger du derfor et velprøvet og sikkert produkt.

VI TAR RENHET PÅ ALVOR.

Kemetyl Norge AS, tlf 64 98 08 01.
www.kemetyl.no

