

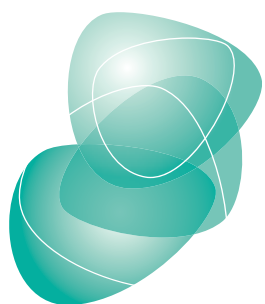
6 | 2012

10. mai 2012
100. årgang

Sykepleien *100 år*

Den engelske pasienten

England er ikke lenger det det en gang var.
På godt og på vondt. Side 22



sorbact[®]
green wound healing

Hvorfor **Sorbact**[®] ved soppinfeksjon?

Sorbact-metoden er en effektiv og sikker metode som binder og eliminerer patogene mikroorganismer, så vel i sår som ved soppinfeksjoner i hudfolder. Sorbact-metodens effekt bygger på prinsippet hydrofob interaksjon.

- **Sorbact eliminerer effektivt sopp i hudfolder!^{1,2}**
- **Sorbact gir ingen resistensutvikling!**
- **Sorbact er enkel i bruk!**



ABIGO Medical AS – www.abigo.se – Tlf: +47 93 43 26 21

Ref 1: Journal of Wound Care, volym 15, nummer 04, april 2006. Ref 2: Data on file, ABIGO Medical AB





SKRINET MED DET FINE I

Det kan være klokka du arvet fra bestefar eller giftingen du har hatt på deg i 11 år. Kanskje er det en ting som bare har verdi for deg. Vi tror uansett smykkeforbudet ved norske sykehus er en god idé, men forstår at det kan være vanskelig å ta av seg noe som føles som en naturlig del av kroppen, selv om det bare er for en liten stund. Derfor har vi laget en eske du kan oppbevare det du er ekstra glad i mens du er på jobb. Da vet du at det blir tatt godt vare på, akkurat som du tar vare på menneskene du møter i jobben.

Vi støtter smykkefri arbeidsdag i kampen mot helserelaterte infeksjoner og tilbyr esken gratis.

Esken bestilles enkeltvis gjennom å sende en personlig e-post til: kontakt@antibac.no



www.antibac.no

Tidene har endret seg

Før var det oss. Nå er det deg!

I Sykepleiens jubileumsutgåve, som kommer ut i desember, inviterer vi våre lesere til å utforme bladet selv, sammen med oss.

Du får med andre ord anledning til å skape et DRØM-MEBLAD, fullt av innsiktsfulle betraktninger, intervjuer og reportasjer, slik du selv kunne ønske det.

En rekke lesere har allerede meldt seg – men vi vil gjerne ha flere som kan være med på å gjøre Sykepleien nr 14/2012 til en uforglemmelig opplevelse. Skummelt? Overhodet ikke! Honorar får du også.

Send en mail, med en ide om hva du eventuelt kan bidra med, til redaktør Barth Tholens. Tlf 40852179, epost barth.tholens@sykepleien.no

Husk: Vi hjelper deg gjerne til å realisere din ide!



A TARGINIQ «mundipharma»

Analgetikum ved sterke smerter.

ATC-nr.: N02A A55

DEPOTTABLETTER 5 mg/2,5 mg, 10 mg/5 mg,

20 mg/10 mg og 40 mg/20 mg: Hver tablett inneholder: Oksykodonhydroklorid tilsv. oksykodon 4,5 mg, resp. 9 mg, 18 mg og 36 mg, naloksonhydrokloridhydrat tilsv. nalokson 2,25 mg, resp. 4,5 mg, 9 mg og 18 mg, laktosemonohydrat 71,8 mg, resp. 64,3 mg, 54,5 mg og 109 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: 5 mg/2,5 mg: Brijantblått FCF [E 133], titandioksid [E 171]. 10 mg/5 mg: Titandioksid [E 171]. 20 mg/10 mg og 40 mg/20 mg: Jernoksid [E 172], titandioksid [E 171].

Indikasjoner: Sterke smerter som kun kan behandles tilfredsstillende med opioide analgetika. Opioidantagonisten nalokson er tilsatt for å forhindre opioidindusert obstruksjon ved å blokkere oksykodons virkning på opioidreseptorer lokalt i tarmen.

Dosering: Tilpasses smertintensitet og pasientens følsomhet. **Voksne:** Den analgetiske effekten er ekvivalent med depotformuleringer av oksykodon. Vanlig startdose ved første gangs bruk av opioider er 10 mg/5 mg hver 12. time. Pasienter som allerede får opioider kan starte med en høyere dose, avhengig av tidligere erfaring med opioider. 5 mg/2,5 mg er tiltenkt dosetitrering ved oppstart av opioidbehandling og individuell dosejustering. Maks. døgndose er 80 mg/40 mg oksykodonhydroklorid/naloksonhydroklorid. Ved behov for høyere doser bør det i tillegg gis oksykodondepot til samme tidspunkt. Maks. døgndose er 400 mg oksykodondepot. Naloksons gunstige effekt på tarmfunksjonen kan da reduseres. Etter full seponering med påfølgende bytte til et annet opioid, kan forverring av tarmfunksjon forventes. Preparatet er ikke tiltenkt behandling av gjennombruddssmerter. Behov for analgetika med umiddelbar frisetting som akuttmedisin mot gjennombruddssmerter, kan derfor oppstå. En enkelt dose akuttmedisin bør tilsvare en sjettedel av den ekvivalente døgndosen av oksykodonhydroklorid. Behov for akuttmedisin >2 ganger daglig er vanligvis en indikasjon på at dosen bør økes. Doseøkning bør foretas hver eller annen hver dag, med 5 mg/2,5 mg, eller ved behov 10 mg/5 mg oksykodonhydroklorid/naloksonhydroklorid 2 ganger daglig, til en stabil dose nås. Målet er dosering hver 12. time som kan opprettholde adekvat analgesi, med bruk av så lite akuttmedisin som mulig. Hos enkelte pasienter kan asymmetrisk dosering tilpasses smertemonsteret være gunstig. Skal ikke brukes lengre enn absolutt nødvendig. Behov for langtids smertebehandling krever grundig og regelmessig revurdering. Når pasienten ikke lenger har behov for opioidbehandling anbefales det at dosen nedtrappes gradvis. **Barn og ungdom <18 år:** Preparatet anbefales ikke pga. manglende sikkerhets- og effektdata. **Administrering:** Kan tas med eller uten mat med tilstrekkelig væske. Tabletten skal svelges hele og ikke deles, tygges eller knuses, da dette medfører raskere frisetting av virkestoffene og absorpsjon av en potensielt dødelig oksykodondose.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for innholdsstoffene, enhver situasjon hvor opioider er kontraindisert, alvorlig respirasjonsdepresjon med hypoksi og/eller hyperkapni, alvorlig kronisk obstruktiv lungesykdom, cor pulmonale, alvorlig bronkialastma, ikke-opioidindusert paralytisk ileus, moderat til alvorlig nedsatt leverfunksjon.

Forsiktighetsregler: Ikke egnet til behandling av abstinenssymptomer. Ved parenteralt, intranasalt eller oralt misbruk hos individer som er avhengige av opioidagonister, som heroin, morfin eller metadon, forventes uttalte abstinenssymptomer, pga. av naloksons opioidreseptorantagonistegenskaper. Ethvert misbruk hos stoffmisbrukere frarådes på det sterkeste. Det foreligger ingen klinisk erfaring hos pasienter med kreft relatert til peritoneal karsinomatose eller med subokklusivt syndrom ved fremskredne stadier av gastrointestinal kreft og bekkenkreft. Bruk i denne pasientgruppen er derfor ikke anbefalt. Største risiko ved opioider er respirasjonsdepresjon. Det bør utvises forsiktighet hos eldre eller svake pasienter, ved opioidindusert paralytisk ileus, alvorlig nedsatt lungefunksjon, myksehode, hypotyreose, Addison's sykdom (binyrebarkinsuffisiens), toksisk psykose, gallestein, prostatahypertrofi, alkoholisme, delirium tremens, pankreatitt, hypotensjon, hypertensjon, underliggende hjerte- eller karsykdom, hodeskader (pga. fare for økt intrakraniell trykk), epileptisk sykdom/disposisjon for krampet, ved bruk av MAO-hemmere og ved lett nedsatt lever- eller nyrefunksjon. Grundig medisinsk overvåking er spesielt nødvendig ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon. Diaré kan anses som en mulig bivirkning av nalokson. Etter langtidsbehandling med høye opioiddoser kan overgang til Targiniq innledningsvis utløse abstinenssymptomer som kan kreve spesiell oppfølging. Ved langtidsbruk kan det utvikles toleranse som krever høyere doser for å opprettholde ønsket analgetisk effekt. Kronisk bruk kan medføre fysisk avhengighet. Det er fare for utvikling av psykologisk avhengighet overfor opioidanalgetika. Bør brukes med spesiell forsiktighet hos pasienter med alkohol- og legemiddelmisbruk i anamnesen. Oksykodon har en misbruksprofil tilsvarende andre sterke opioidagonister. Abstinenssymptomer kan oppstå ved brå seponering. Anbefales ikke til preoperativt bruk eller de første 12-24 timer postoperativt. Avhengig av kirurgitype og -omfang, anestesioprosedyre, annen samtidig medisiner og pasientens tilstand, er nøyaktig tid for oppstart av postoperativ behandling avhengig av en grundig individuell nytte-risikovurdering. Den tomme depottablettmatriksen kan sees i avføringene. Kan gi positive resultater i dopingkontroller. Bruk som dopingmiddel kan medføre helsefare. Kan påvirke evnen til å kjøre bil eller bruke maskiner, spesielt ved behandlingsstart, etter doseøkning eller bytte av legemiddel og i kombinasjon med andre CNS-hemmende midler.

Interaksjoner: Substanter med CNS-hemmende effekt (f.eks. alkohol, andre opioider, sedativa, hypnotika, antidepressiver, sovemedisiner, fentiaziner, antipsykotika, antihistaminer og antiemetika) kan gi økt CNS-hemmende effekt (f.eks. respirasjonsdepresjon). Klinisk relevante endringer i INR kan forekomme ved samtidig bruk av kumarinantikogulantia.

Graviditet/Amming: Overgang i placenta: Oksykodon og nalokson passerer placenta. Langtidsbruk av oksykodon under graviditet kan gi abstinenssymptomer hos nyfødte. Gitt under fødsel kan oksykodon utløse respirasjonshemming hos nyfødte. Skal kun brukes under graviditet hvis nytte oppveier mulig risiko for barnet.

Overgang i morsmelk: Oksykodon går over, nalokson ukjent. Amming bør avbrytes under behandling.

Bivirkninger: Vanlige (≥1/100 til <1/10): Gastrointestinale: Magesmerter, forstoppelse, diaré, munntørhet, dyspepsi, oppkast, kvalme, flatulens. Hjerne/kar: Blodtrykksfall. Hud: Kløe, hudreaksjoner, svetting. Lever/galle: Økte leverenzymer. Nevrologiske: Svimmelhet, hodepine. Psykiske: Rastløshet, stoffskifte/ernæring: Nedsatt/tap av appetitt. Øre: Vertigo. Øvrige: Abstinenssyndrom, kulde- og varmekfølelse, frynsninger, astentilstander. Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100): Gastrointestinale: Oppblåsthet, oppstøt. Hjerne/kar: Angina pectoris ved koronar sykdom i anamnesen, palpitasjoner, blodtrykksøkning. Immunsystemet: Overfølsomhet. Kjønnsganer/bryst: Erekttil dysfunksjon. Lever/galle: Galleveiskolikk. Luftveier: Dyspné, rhinoré, hoste. Muskel-skjelettsystemet: Muskelspasmer, muskelrykninger, myalgi. Nevrologiske: Oppmerksomhetsforstyrrelser, parestesi, søvnighet, taleforstyrrelser, tremor. Nyre/urinveier: Akutt vannlatingsbehov. Psykiske: Unormal tankegang, angst, forvirring, depresjon, euforisk humør, hallusinasjoner, søvnløshet, nervøsitet. Øye: Synsforstyrrelser. Øvrige: Brystmerter, sykdomsfølelse, smerter, perifer ødem, vekttap, ulykkeskader. Sjeldne (≥1/10000 til <1/1000): Gastrointestinale: Tannsykdom. Hjerne/kar: Takykardi. Luftveier: Gjesping. Nevrologiske: Krampet (spesielt ved epileptisk sykdom eller disposisjon for krampet), sedasjon, synkope. Nyre/urinveier: Urinretensjon. Psykiske: Mareritt. Øvrige: Vektøkning. Svært sjeldne (<1/10000), ukjent: Luftveier: Respirasjonsdepresjon. Bivirkninger av oksykodonhydroklorid alene: Vanlige (≥1/100 til <1/10): Gastrointestinale: Hikke. Nyre/urinveier: Dysuri. Psykiske: Endret stemningsleie og personlighetsforandring, nedsatt aktivitet, psykomotorisk hyperaktivitet, uro. Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100): Gastrointestinale: Munnsår, stomatitt. Hjerne/kar: Vasodilatasjon. Luftveier: Dysfoni. Nevrologiske: Svekkt konsentrasjon, migræne, dysgeusi, hypertoni, ufrivillige muskelsammentrekninger, hypostesi, koordinasjonsforstyrrelser. Psykiske: Persepsjonsforstyrrelser (f.eks. derealisasjon), nedsatt libido. Øre: Nedsatt hørsel. Øvrige: Ødem. Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000): Gastrointestinale: Melena, tannkjøttblødning, dysfagi. Hud: Tørr hud. Infeksjoner: Herpes simplex. Kjønnsganer/bryst: Amenoré. Stoffskifte/ernæring: Dehydrering, økt appetitt. Øvrige: Tørste. Svært sjeldne (<1/10 000), ukjent: Gastrointestinale: Ileus. Hud: Urticaria. Immunsystemet: Anafylaktisk reaksjon. Luftveier: Respirasjonsdepresjon, bronkialspasmer, undertrykket hosterefleks. Psykiske: Legemiddelavhengighet. Øye: Miose. Øvrige: Legemiddeltoleranse, spasmer i glatt muskulatur.

Overdosering/Forgiftning: Symptomer: Oksykodon kan gi miose, respirasjonsdepresjon, søvnighet til apati, slapphet i skjelettmuskulatur, bradykardi, hypotensjon, i alvorligere tilfeller koma, ikke-kardiogent lungeødem og sirkulasjonssvikt, ev. med et fatalt utfall. **Behandling:** Opioidantagonister (f.eks. naloksonhydroklorid 0,4-2 mg i.v.) med 2-3 minutters mellomrom, etter behov, ev. infusjon med 2 mg naloksonhydroklorid i 500 ml 0,9% natriumklorid eller 5% dekstrose (0,004 mg/ml nalokson) med en hastighet tilpasset tidligere bølusedose og pasientens respons. Ventrikeltømming kan vurderes. Støttetiltak (kunstig åndedrett, oksygen, karkontraherende midler og væskeinfusjoner) ved behov, for å håndtere sirkulatorisk sjokk. Hjertestans eller arytmier kan kreve hjertemassasje eller defibrillering. Se Giftinformasjonens anbefalinger for oksykodon N02A A05 side d.

Egenskaper: **Klassifisering:** Naturlig opiumsalkaloid kombinert med middel mot forgiftning (lopioidreseptor-antagonist). **Virkningsmekanisme:** Oksykodon og nalokson har affinitet til opioide kappa-, my- og delta-reseptorer og sirkulasjonssvikt, ev. med et fatalt utfall. **Behandling:** Opioidantagonister (f.eks. naloksonhydroklorid 0,4-2 mg i.v.) med 2-3 minutters mellomrom, etter behov, ev. infusjon med 2 mg naloksonhydroklorid i 500 ml 0,9% natriumklorid eller 5% dekstrose (0,004 mg/ml nalokson) med en hastighet tilpasset tidligere bølusedose og pasientens respons. Ventrikeltømming kan vurderes. Støttetiltak (kunstig åndedrett, oksygen, karkontraherende midler og væskeinfusjoner) ved behov, for å håndtere sirkulatorisk sjokk. Hjertestans eller arytmier kan kreve hjertemassasje eller defibrillering. Se Giftinformasjonens anbefalinger for oksykodon N02A A05 side d.

Pakninger og priser:

5 mg/2,5 mg: 28 stk. [endose] 130,90. 98 stk. [endose] 341,80.

10 mg/5 mg: 28 stk. [endose] 221,80. 98 stk. [endose] 636,10.

20 mg/10 mg: 28 stk. [endose] 401,00. 98 stk. [endose] 1 224,70.

40 mg/20 mg: 28 stk. [endose] 754,50. 98 stk. [endose] 2 401,90.

Refusjonsberettiget bruk: Palliativ behandling i livets sluttfase.

Refusjonskode: 90 (ICPC og ICD)

Vilkår 136: Refusjon ytes selv om legemidlet skal brukes i mindre enn tre måneder.

Vilkår 194: Refusjon ytes kun til pasienter som først har benyttet langtidsvirkende opioid med tilstrekkelige mengder av forebyggende laksantia, og som fortsatt har opioidindusert forstoppelse.

Sist endret: 12.01.2012

Referanse: 1. Simpson et al. Curr Med Res Opin 2008;24(12):3503-3512



Mundipharma AS • Vollsveien 13c • 1366 Lysaker
Telefon: 67 51 89 00 • Telefaks: 67 51 89 01
www.targiniq.no



TARGINIQ®

oksykodon/nalokson

NÅ PÅ BLÅ RESEPT!

Refusjonsberettiget bruk:

Palliativ behandling i livets slutfase.

Refusjonskode: 90 (ICPC og ICD)

Vilkår 136: Refusjon ytes selv om legemidlet skal brukes i mindre enn tre måneder.

Vilkår 194: Refusjon ytes kun til pasienter som først har benyttet langtidsvirkende opioid med tilstrekkelige mengder av forebyggende laksantia, og som fortsatt har opioidindusert forstoppelse.



FOR PASIENTENS SKYLD!

Dette er TARGINIQ®

- Et opioid mot sterke smerter som kun kan behandles tilfredsstillende med opioide analgetika
- Nalokson er tilsatt for å forhindre opioidindusert obstipasjon ved å blokkere oksykodons virkning lokalt i tarmen

EFFEKTIV MOT STERKE SMERTER¹



motvirker opioidindusert
obstipasjon¹

www.targiniq.no



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

Sykepleien

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

E-post:

redaksjonen@sykepleien.no
interaktivt@sykepleien.no

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

Medarbeidere:

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

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

Journalist Nina Hernæs
tlf. 22 04 33 67/90 69 14 11
nina.hernes@sykepleien.no

Journalist Eivor Hofstad
tlf. 22 04 33 71/91 75 39 03
eivor.hofstad@sykepleien.no

Journalist Susanne Dietrichson
tlf. 22 04 33 53/45 42 96 41
susanne.dietrichson@sykepleien.no

Fagredaktør Torhild Apall Dybvik
tlf. 22 04 33 76/99 41 46 77
torhild.apall@sykepleien.no

Journalist
Ann-Kristin Bloch Helmers
tlf. 22 04 33 73
aknbh@sykepleien.no

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

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

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

Deskjournalist Johan Alvik
tlf. 92 60 87 06
johan.alvik@sykepleien.no

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

Grafisk formgiver Nina Hauge
tlf. 22 04 33 56
nina.hauge@sykepleien.no

Grafisk formgiver Sissel H. Vetter
tlf. 22 04 33 61
sissel.vetter@sykepleien.no

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

Produktannonser/bilag Lise Dyrkoren
tlf. 22 04 33 72
lise.dyrkoren@sykepleien.no

Produktannonser Maud P. Kaino
tlf. 97 74 21 20
maud.kaino@sykepleien.no

Repro og trykk:
Color Print A/S

Fagpressen
OFFISJELL KONTROLLERT



SYKEPLEIENS FORMÅLSPARAGRAF:

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

Gjesteskrivere:



Magne Hustavenes vil at høyskolene skal samarbeide bedre med praksisstedene om opplegget rundt studenter som skal ut i praksis. Høyskolene vet for lite om dagens arbeidsliv, mener han. Kronikk side 80.



Trude Andersen mener at nyskapning i helse- og omsorgstjeneste ikke bare handler om mer penger, flere sykehjemsplasser og mer velferd. Innspill side 82.



Eli Gunhild By skriver om hvor viktig det er å jobbe kunnskapsbasert. Dette er noe NSF jobber for på flere plan, og som også legges vekt på i landsmøtevedtak og prinsippprogram. Side 78.



Berit Støre Brinchmann skriver om hvordan etiske dilemmaer og vanskelige valg preger pasientforløpet for pasienter med hjemmerespirator. Det er lett å komme i konflikt med familien, og usikkerhet om hvem som bestemmer kan oppstå. Side 74.



Innhold

Sykepleien

AKSJONISTEN: «I England fikk ingen

Hva skjer

- 9 Aksjonisten
- 10 Hva skjer – småstoff
- 13 Vi bare spør Anne Lindboe
- 14 Stille mens meking pågår
- 16 Snakker sammen om heltid
- 18 Ekstrapoeng til mannlige studenter
- 19 For eller mot: GPS-merking av demete
- 20 – Svært problematisk forskning

Der ute

- 36 Småstoff fra utlandet
- 38 Blir det fengsel eller sykehus?
- 42 Ine besvimte
- 46 Øyeblikket
- 48 Smartprisvinnerne hedret på lokale arrangementer
- 50 Molde sykehus forfaller
- 50 Forebygger fall i Trondheim
- 52 Kniver om sykepleiere
- 53 Min jobb: Ingeborg Sævereid
- 54 Sykepleiere vil ha «lekejobb»



38

62

13

22

- 24** På historisk operasjonsstue:
– Jeg vedder en guinea på
at han lever i 10 minutter
- 25** Kjønnsdelt behandling
- 26** Brukere styrer seg selv
- 28** – Britene involverer mer
- 30** Ser lite til helsesøster
- 32** Cameron tar til høyre
- 34** – Det er mulig å spare



ansatte snakke med pressen – et dårlig tegn.»

6 • 2012

10. mai 2012 • 100. årgang

Fag og bøker

- 56** Personalet trenger diabetesopplæring
- 60** – Helsesøster har for mye ansvar
- 62** Strengere rutiner for legemidler
gir bedre økonomi
- 66** Forfatterintervju: Gudbjørg Øen
- 68** Bokanmeldelse
- 70** Ta beslutningen sammen med pasienten
- 74** Etikk: Berit Støre Brinchmann
- 76** Hygienepolitiet
- 76** Quiz

Mennesker og meninger

- 78** Eli Gunhild By om kunnskap
- 79** Meninger
- 80** Magne Hustavenes om studentpraksis
- 82** Innspill: Trude Andersen
- 83** Paragrafrytterne
- 84** Tett på Ole Georg Moseng
og Ellen Cathrine Lund
- 88** Sykepleien 100 år: 1960-tallet

90 Stillingsannonser

94 Kunngjøringer

GJESTESKRIBENTEN:

«Å sitte i referanse-
gruppe er ikke
samarbeid.»

Magne Hustavenes

80



«Vi startet der
vi så konflikter.»

84



60

Sykepleie i 100 år

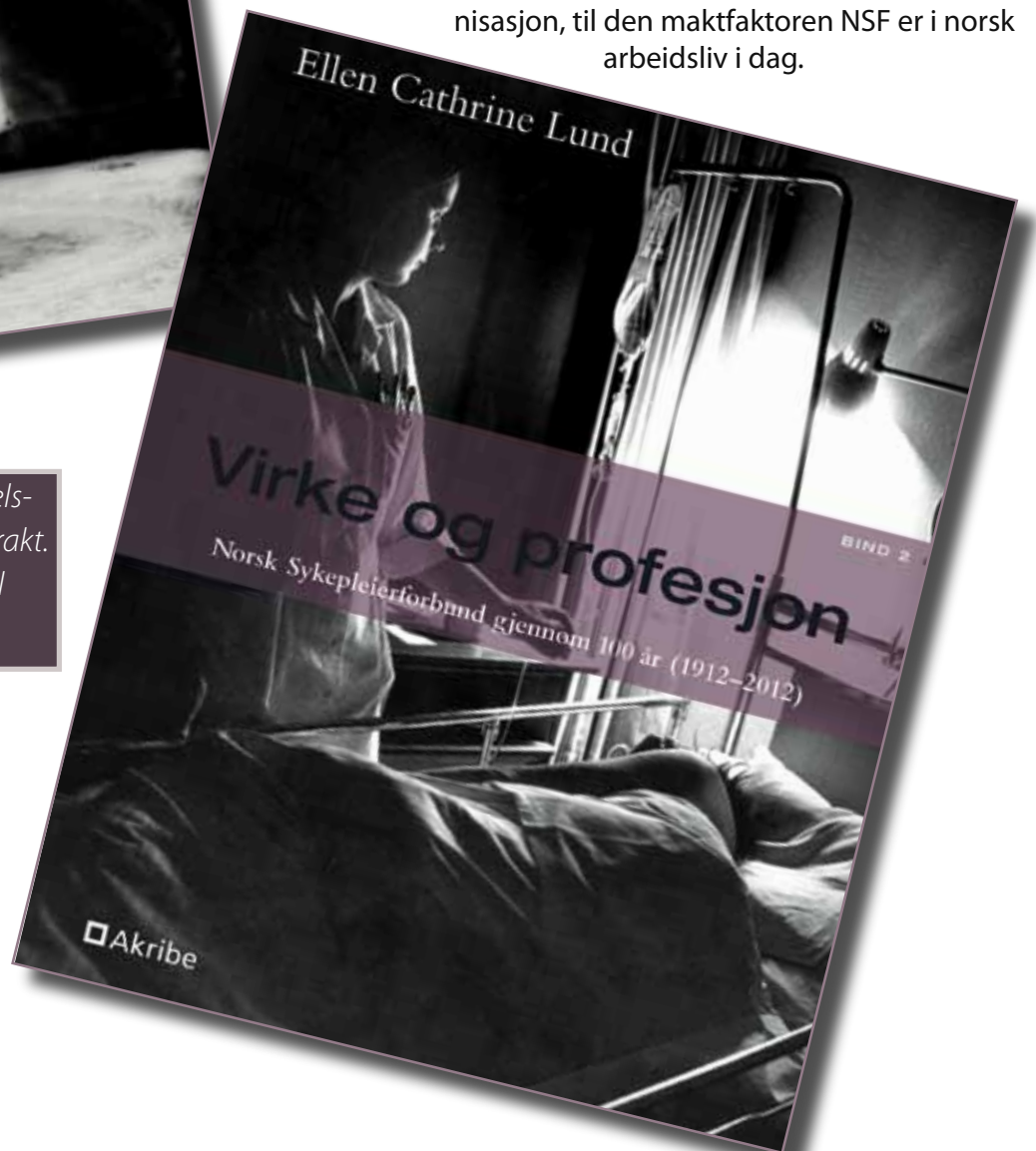
Her er sykepleiernes historie gjennom 100 år i 2 innholdsrike bind



«Vi skal strebe mot høye mål, mot fagdyktighet til gode for menneskene, oppdage oss selv, og forbedre vår karakter; bli gode og nyttige mennesker», sa stifteren av Norsk Sykepleierforbund Bergljot Larsson for snart 100 år siden.

Mye har skjedd i de 100 årene som er gått siden Bergljot Larsson og 43 andre sykepleiersker stiftet Norsk Sykepleierforbund, men lønn og arbeidssosiale forhold, likestilling, fagutvikling, kompetanse, profesjonsutvikling og yrkesetiske retningslinjer har hele tiden vært de mest sentrale områdene NSF har jobbet med. Som sykepleier av i dag kan du derfor ha stor glede av å lese om hvordan sykepleiepionerene har gått foran. Bøkene er virkelig verdt å fordype seg i.

Den 24. september 2012 er selve 100-årsdagen, men feiringen har allerede startet rundt omkring i Norge. Som en del av din feiring kan lese om forbundets mange markante hendelser, om utviklingen av en profesjon og profesjonell organisasjon, til den maktfactoren NSF er i norsk arbeidsliv i dag.



Bøkene kan kjøpes ved å gå inn i NSF's fordelsbutikk. Da får du dem til NOK 498,- inklusiv frakt. Bøkene kan også kjøpes i bokhandelen til NOK 999,- for begge bøkene.



Barth Tholens om sydebukker

Stilling: Ansvarlig redaktør i Sykepleien

E-post: barth.tholens@sykepleien.no



Illustrasjon: Colourbox/Sykepleien

Don't shoot the nurse

Mellom ord og handling kan sykepleiere komme ut i farlig terreng.

Vi var noen journalister som reiste til London for å ta tempen på det engelske helsevesenet. Da tenkte jeg at jeg kunne besøke et sykehjem. Jeg fant raskt et der faren til Tony Blair angivelig skal ha bodd, og tok en telefon for å gjøre en avtale.

Sykehjemsledelsen var vanskelig å finne, men etter noen forsøk fikk jeg en imøtekommende sykehjemsbestyrer i tale. Hun ville så gjerne. Men jeg måtte nok avklare et slikt besøk med ledelsen i Leeds først.

Leeds? Jo, sykehjemmet var en del av en kjede og ledelsen holdt til der. Jeg ringte dit, ble satt over til en god del avdelinger, for så å havne i kommunikasjonsavdelingen. Der ble jeg anbefalt å ringe London-kontoret «fordi dette tilhører deres myndighet». Noen nye runder resulterte i at London-kontoret gjerne ville ha skriftlig på e-post det jeg allerede hadde forklart syv ganger på telefon, nemlig at jeg bare ville besøke et sykehjem for å se hvilke utfordringer de sliter med. Men nå syntes de at det begynte å bli kort tid for å arrangere et slikt besøk.

Det var da svært så mye byråkrati, utbrøt jeg overfor sistemann på tråden som ville sende meg til Leeds igjen. Men da slapp kat-

ten unntak. Skylden legges gjerne på sykepleiere – eller det som med engelsk ironi kalles for «modern nursing»: Helsepersonell som aldri får tid til å gjøre de oppgavene de egentlig skal ta seg av, mens de fyller ut skjemaer og driver med dokumentasjon.

Den hysterisk morsomme serien «Getting on» som NRK har vist i vinter, er – mer enn de fleste i Norge aner – en illustrasjon på det bildet mange engelskmenn har av sitt helsevesen: Det er ineffektivt og pasientfiendtlig. Det går i oppløsning på grunn av overdrevent byråkrati, lave kvalitetsstandarder og kronisk underbemanning.

Så ille ble situasjonen, og så uthengt følte mange sykepleiere seg, at bladet Nursing Standard lanserte en kampanje for å øke kvaliteten på helt grunnleggende sykepleie. Kampanjen går ut på at sykepleiere skal forplikte seg til å skjerpe seg på fire områder som pasientene oftest klager på: De skal kommunisere med innlevelse, de skal sikre pasienters verdighet ved sin personlige hygiene, de skal effektivt lindre pasienters smerte og legge til rette for bra ernæring. Kampanjen, som heter «Care», kjøres sammen med den største engelske pasientorganisasjonen.

Sett med norske øyne kan slike tiltak virke litt underlige. Selv om vi også her til lands kjører pasientsikkerhetskampanjer, er bakteppet i England mer alvorlig. Sykepleierne der føler at de blir satt til å utøve sin profesjon i et tomrom. Politikerne gjennomfører på den ene siden store budsjettkutt, men forlanger på den annen side langt bedre resultater. Da er det ikke rart at helsepersonell kommer i klemma. De blir skyteskive for pasientens skuffelser.

At helsepersonell begynner å gjemme seg, av frykt for kritikk, er aldri noe godt tegn. Det er noe også norske politikere kan reflektere over fram mot neste valg: Når retorikk og realpolitikk ikke stemmer overens, blir moralen hos de ansatte det første som går ad undas.

Det er ikke et godt tegn når sykepleiere gjemmer seg.

ten ut av sekken: Organisasjonen hadde en regel om at ingen bestyrere – for ikke å snakke om vanlige ansatte – skulle uttale seg til pressen. Overhodet.

Lett for oss å le litt av slikt. Vi bor i et land med lave terskler for det meste. Men den engelske vegringen mot åpenhet i helsetjenesten må kanskje forstås ut fra sin egen kontekst. De siste årene har sykepleiere i England nemlig slitt med et stadig dårligere omdømme. Avisene der har ikke vært nådige når de har brettet ut historier om hvor dårlig pasienter blir behandlet på sykehus og i kommunehelsetjenesten. Skal man tro de engelske mediene, er feilbehandling, elendig pleie og overgrep mot pasienter heller regel

Organer til salg

Her er prislappen på organer som selges på svartebørsen i USA. Prisene er hentet fra den amerikanske organisasjonen Medical Transcription. Prislisen under gjelder for den amerikanske svartebørsen.

Øyne ca: 8 750 kr.
Hodebunn ca: 3450 kr.
Kranium med tenner ca: 6870 kr.
Skulder ca: 2860 kr.
Koronararterie ca: 8730 kr.
Hjerte ca: 681.500 kr.
Lever ca: 898.600 kr.
Hånd og underarm ca: 2200 kr.
Halv liter blod ca: 1930 kr.
Milt ca: 2900 kr.
Mage ca: 2900 kr.
Tynntarm ca: 14.400 kr.
Nyre ca: 1.5 millioner kr.
Galleblære: 6980 kr.
Hud: 57 kr. per kvadrantcentimeter

Organer kan brukes til forskningsformål, undervisning, kommersiell bruk og i noen tilfeller transplan-
tasjoner. (Sykepleien har regnet ut prisen oppgitt hos Medical Transcription ut fra dollarkursen per 30. april)

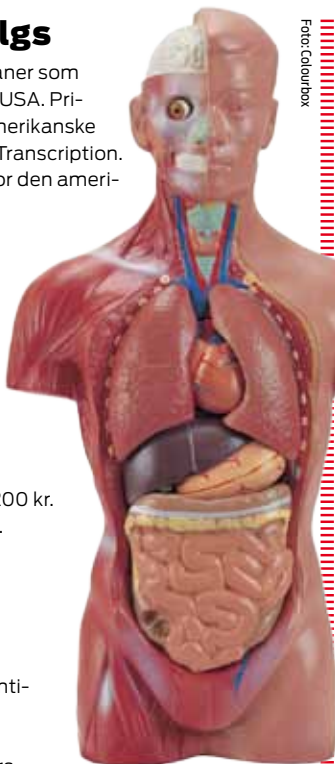


Foto: Colourbox

Hva skjer

Reagerer på USA-seminar

En halv million koster det Helse Nord å sende 16 ansatte til San Francisco på seminar. Nå kommer kritikken.

Totalt skal 61 deltakere fra hele verden delta på seminaret. India sendte en representant. Canada åtte. Helse Nord sendte 16. I tillegg er tre andre nordmenn der. På timeplanen står økonomi og kvalitet i helsearbeid.

HTV for sykepleierne ved Tana distriktspesialistiske senter, Anne-Kathrin Kristiansen, fikk beskjed om å kutte ti sengeplasser. Hun undres over at foretaket da tar seg råd til å sende en så stor delegasjon til USA.

- De kan heller besøke oss som jobber lokalt og hente erfaringer herfra, sier hun til Nordlys.

Finnmarken og Nordlys

Barselhotellet på Åse nedlegges

Fra høsten av kan ikke barselkvinner på Sunnmøre bruke pasienthotellet på Åse. Årsaken er budsjett-kutt. I stedet tilrettelegges en etasje ved sjukehuset for barselopphold.

– Vi mener tilbudet skal bli like godt fordi vi har våre barselkvinner nærmere hovedavdelingen, mener Janita Skogeng som er avdelings-sjef ved Kvinnekliviken i Ålesund.

NRK Møre og Romsdal

Foto: Colourbox

Les mer om:

- 14 Tariffoppgjøret ›
- 16 Snakker om heltid ›
- 18 Ekstrapoeng til menn ›
- 20 Kaller sykepleier-forskning overgrep ›

sykepleien.no

Følg utviklingen på årets tariffoppgjør.



Folkeavstemning om dødsstraff

Nyhetsbyrået KTVU melder at det skal holdes folkeavstemning om avskaffelse av dødsstraff i november i California. Anstrengt økonomi er en av grunnene til at California ønsker å fjerne dødsstraff, som ikke er praktisert siden 2006.

En studie fra Loyola Law School i Los Angeles viser at California alene har brukt rundt 23 milliarder kroner på å gjennomføre 13 henrettelser de siste 43 årene.

Per dags dato sitter det 725 dødsdømte på «Death Row».

– Loven er ineffektiv, når de fleste innsatte kommer til å dø av naturlige årsaker med den lange ventetiden som er, sier Gil Garcetti, tidligere distriktsadvokat i Los Angeles til KTVU.

I delstatene Maryland, Florida, Georgia, Kansas, Kentucky og Washington er det også fremmet forslag om å avskaffe dødsstraffen.

Kilde: E24

Stressede babyer

Ekspertene advarer nå mot for mange babyaktiviteter. Særlig babykino. Babyer kan nemlig bli stresset av for mye aktiviteter i permisjonen.

– Det er primært summen av babyaktiviteter vi er bekymret for, ikke nødvendigvis den enkelte aktivitet, som isolert sett kan være positiv for både babyen, mor og far, sier Astrid Grydeland Ersvik, leder av helsesøstrene i Norsk Sykepleierforbund til Foreldre & Barn.

Grydeland Ersvik mener at for mange aktiviteter kan gå ut over tilknytningen mellom foreldre og barn.



Foto: Colourbox

Antall meldinger om unaturlige dødsfall innen psykisk helsevern 2008-2011.

	2008	2009	2010	2011
Selv mord	73	113	119	124
Overdosedødsfall	9	17	15	14
Annen dødsårsak	2	25	10	15
Ukjent dødsårsak	14	59	37	53
Totalt	98	214	181	206

Kilde: Meldesentralen Rapport 4/2012

Skal halvere ufrivillig deltid

I løpet av to år skal Sørlandet sykehus forsøke å halvere antall ansatte som jobber ufrivillig deltid.

I dag har sykehuset registrert at det er 437 personer som sier jobber ufrivillig deltid. De fleste er sykepleiere.

I løpet av et år håper HR-direktør Nina Føreland å få tallet ned i 250 til 300 personer.

Ved Sørlandet sykehus har i dag 2300 deltidsstillinger. Det utgjør 47 prosent av arbeidsstokken. Over 80 prosent av de deltidsansatte ønsker ikke full tid.



Foto: Colourbox

Bryter abortloven

Helsedirektoratet kritiserer i et brev flere sykehus for å bryte abortloven.

Saken dreier seg om at abortsøkende kvinner har måttet møte abortnemnda flere ganger for å legge fram sin sak fordi medlemmene ikke har vært samlet.

«Det kan være en ekstra belastning for kvinnen å måtte fremlegge saken sin flere ganger», heter det i brevet.

Helsedirektoratet presiserer at leger eller annet helsepersonell ikke har rett til å kreve at kvinnen skal ta betenkningstid eller å fraråde kvinnen å få en begjæring prøvet i sentral klagenemnd.



Foto: Colourbox

Leger jobber opp til 35 timer i strekk

Arbeidstilsynet slår alarm rundt legers arbeidstid etter å ha gjennomført kontroll ved sykehus.

– Det som viser seg er at på de fleste sykehusene hvor vi har vært, så har ikke sykehusene oversikt eller system med tanke på leger sin arbeidstid, sier direktør i Arbeidstilsynet, Ingrid Finboe Svendsen, til TV 2.

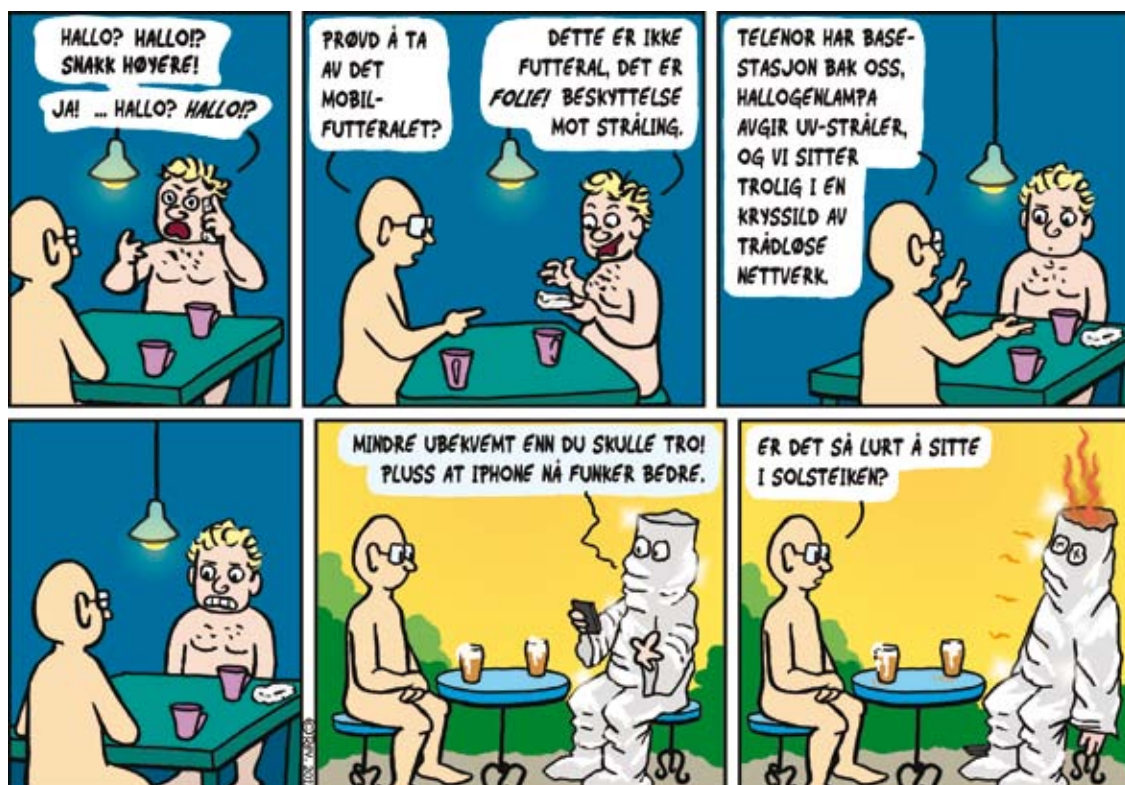
Arbeidstilsynet fant eksempler på leger som

jobbet 30–35 timers vakter uten pause. Ved så lange vakter er det fare for pasientsikkerheten, mener tilsynet.

– Legene står innimellom med kniven i hånda, med pasientenes liv mellom hendene. Hvis legen da er sliten, så kan det få fatale følger, sier pasientombud i Oslo og Akershus, Knut Fredrik Thorne.

Kilde: TV2

TERAPI av Bodil Rønhaug



Meninger fra www.sykepleien.no

Svenske sykepleiere sier ifra

”På tide at norske sykepleierstuderenter våkner opp og henger seg på sine svenske søstre? Lønnsoppgjørene er i hvert fall ingen sikker vei til bedre lønn i dette yrket.

Kruttlappen

Ønsker debatt om epidural

”En skal vel heller ikke stikke under en stol at når sykehus som Volda og Ålesund tar bort lystgassen, så vil mange velge epidural som smertelindring istedenfor.

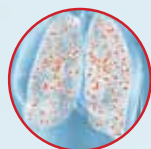
Sunnmøring

Hele innlegget finner du på:
www.sykepleien.no_debatt

Hva kan Alvesco® tilføre astmabehandlingen?

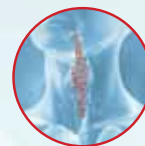


1 gang daglig dosering^{1*}

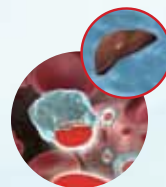


Effektiv astmakontroll^{1,2}

Sopp og heshet på placebonivå¹



Lav systemisk tilgjengelighet^{1,3}



NYCOMED

Alvesco®
ciklesonid

C Alvesco «Nycomed Pharma»

Kortikosteroid.

ATC-nr.: R03B A08

T **INHALASJONSÆROSOL, oppløsning 80 µg/dose og 160 µg/dose:** Hver dose inneh.: Ciklesonid 80 µg, resp. 160 µg, norfluran, etanol.

Indikasjoner: Behandling for å kontrollere vedvarende astma hos voksne og ungdom >12 år.

Dosering: Til inhalasjon. **Voksne og ungdom >12 år:** 160 µg 1 gang daglig. Maks. daglig dose er 640 µg/dag (320 µg 2 ganger daglig). For noen pasienter kan reduksjon av dosen til 80 µg 1 gang daglig være effektiv vedlikeholdsdose. Tas helst om kvelden, selv om morgendosering også har vist seg å være effektivt. Forbedring av symptomene begynner innen 24 timer etter innledet behandling. Så snart kontroll oppnås, bør dosen individualiseres og titreres til minste nødvendige dose for å opprettholde god astmakontroll. Ved alvorlig astma bør astmakontrollen vurderes regelmessig. Dersom forbruket av korttidsvirkende bronkodilatorer må økes for å kontrollere astmasymptomene, tyder dette på dårligere astmakontroll. Vurder økt dose av inhalert ciklesonid over et kort tidsrom eller systemisk steroid. Dosejustering er ikke nødvendig hos eldre eller ved nedsatt lever- eller nyrefunksjon. Pasienten må instrueres nøye i riktig bruk av inhalatoren. Inhalasjonsteknikken bør kontrolleres. Se pakningsvedlegget for detaljerte instruksjoner.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for noen av innholdstoffene.

Forsiktighetsregler: Forsiktighet utvises ved aktiv eller latent pulmonal tuberkulose, sopp-, virus- eller bakterieinfeksjoner, og gis kun dersom disse pasientene får adekvat behandling. Ikke indisert for behandling av status asthmaticus eller andre akutte astmaepisoder der intensivtillatt er nødvendig. Ikke til behandling av akutte anfall, til dette er inhalert hurtigvirkende bronkodilator nødvendig. Systemiske bivirkninger kan forekomme, særlig dersom høye doser forskrives for lange perioder. Faren for slike bivirkninger er langt mindre ved inhalasjon enn ved peroral terapi. Mulige systemiske bivirkninger omfatter adrenal suppresjon, veksthemming hos barn og ungdom, redusert benmineralitet, katarakt og glaukom, og mer sjelden, ulike psykiske og atferdsrelaterte bivirkninger, inkl. psykomotorisk hyperaktivitet, søvnforstyrrelser, angst, depresjon eller aggresjon (spesielt hos barn). Ved langtidsbehandling av barn og ungdom anbefales regelmessig kontroll av høyde. Dersom veksten blir langsommere, bør dosereduksjon vurderes. Høyere eksponering hos pasienter med alvorlig leverinsuffisiens er forventet, disse pasientene skal derfor overvåkes for potensielle systemiske effekter. Bruk av inhalert ciklesonid bør minimalisere behovet for orale steroider. Pga. mulig svekket binyrebarkrespons, bør pasienter som overføres fra oralt steroid til inhalasjonsterapi følges nøye og binyrebarkfunksjonen kontrolleres jevnlig. Etter introduksjon av inhalasjonsbehandling, reduseres oral behandling gradvis. I tiden etter overføring kan pasientens normale binyrebarkrespons være svekket. Vurder tillegg av systemiske steroider ved stress, f.eks. forverring av astmaanfall, infeksjoner, kirurgiske inngrep. Overgang til inhalasjonsterapi kan også dekke tidligere steroidmaskerte allergier. Paradoxe bronkospasmer med umiddelbar økning i hvesing etter doseinntak kan oppstå. Dette bør behandles med en inhalert hurtigvirkende bronkodilator, som vanligvis gir rask lindring. Behandling med ciklesonid bør kun fortsettes hvis de forventede fordelene etter nøye vurdering anses som større enn de mulige risikoene.

Interaksjoner: Samtidig behandling med ketokonazol og andre potente CYP 3A4-hemmere bør unngås da samtidig bruk kan øke eksponeringen (ca. 3,5) for en av ciklesonids aktive metabolitter.

Graviditet/Amning: Overgang i placenta: Det finnes ikke tilstrekkelige data om bruk hos gravide.

Dyrestudier har vist at glukokortikoider kan fremkalle misdannelser. Disse funnene er sannsynligvis ikke relevante for mennesker ved anbefalt inhalasjonsdosering. Bør kun brukes dersom de potensielle fordelene for moren oppveier den potensielle risikoen for fosteret. Barn eksponert for kortikosteroider in utero, må observeres nøye mhp. hypoadrenalisme. Overgang i morsmelk: Ukjent. Amming bør kun vurderes dersom forventede fordeler for moren oppveier mulig risiko for barnet.

Bivirkninger: Omtrent 5% av pasientene opplevde bivirkninger i doseområdet 40-1280 µg pr. dag. I de fleste tilfellene var disse milde og krevde ikke seponering. Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100): Gastrointestinale: Vond smak. Hud: Utslett og eksem. Luftrør: Dyspné. Øvrige: Reaksjoner og tørrhet på applikasjonsstedet. Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000): Hjerte/kar: Palpasjoner, hypertensjon. Immunsystemet: Angioødem, hypersensitivitet. Svært sjeldne (<1/10 000), ukjent: Psykiske: Psykomotorisk hyperaktivitet, søvnforstyrrelser, angst, depresjon, aggresjon, atferdsrelaterte endringer (hovedsakelig hos barn).

Overdosering/Forgiftning: Symptomer: Inhalering av en enkeltdose på 2880 µg hos friske frivillige ble tolerert godt. Potensialet for akutte toksiske virkninger etter overdose er lav. Etter langvarig administrering av 1280 µg ble det ikke observert noen kliniske tegn på adrenal suppresjon. Hvis høyere doser enn anbefalt benyttes over lange perioder, kan en viss grad av adrenal suppresjon ikke utelukkes. Overvåking av de adrenale reservene kan være nødvendig. Behandling: Etter akutt overdosering er ingen spesifikk behandling nødvendig. Se Giftinformasjonens anbefalinger R03B A08.

Egenskaper: Klassifisering: Glukokortikoid til inhalasjon med høy lokal antiinflammatorisk effekt. Ciklesonid viser lav bindingsaffinitet til glukokortikoidreseptoren. Etter inhalasjon omdannes ciklesonid enzymatisk til hovedmetabolitten (C21-desmetylpropionylciklesonid), som har uttalt antiinflammatorisk aktivitet og dermed anses som den aktive metabolitten. Absorpsjon: 52% av tilført dose deponeres i lungene. Ubetydelig oral biotilgjengelighet (<0,5% for ciklesonid, <1% for aktiv metabolitt) pga. ufullstendig absorpsjon. Fordi den orale biotilgjengeligheten for den aktive metabolitten er <1%, bidrar ikke den svelgede delen av det inhalerte ciklesonidet til systemisk absorpsjon. Proteinbinding: 99% for ciklesonid, 98-99% for metabolitten. Fordeling: Distribusjonsvolum 2,9 liter/kg. Metabolisme: Ciklesonid hydrolyseres primært til sin aktive metabolitt i lungene. Metabolitten metaboliseres primært i leveren via CYP 3A4. Utskillelse: Hovedsakelig i feces.

Oppbevaring og holdbarhet: Beholderen inneholder væske under trykk. Må ikke utsettes for temperaturer >50°C. Beholderen må ikke punkteres, ødelegges eller brennes, heller ikke når den er tom.

Andre opplysninger: Ved spesielle behov, kan preparatet brukes med et AeroChamber Plus-avstandsstykke.

Pakninger og priser per 31.01.2012: 80 µg/dose: 120 doser kr 364,50. 160 µg/dose: 120 doser kr 369,80.

Refusjon: Se Refusjonslisten, R03B A08.

Refusjonsberettiget bruk: Bruk for å kontrollere vedvarende astma hos voksne og ungdom over 12 år.		
Kode: ICPC: R96 – ICD: J45	Tekst: Astma	Vilkår: 92
Vilkår 92: Diagnosen astma må være verifisert ved hjelp av spirometri hos barn over 8 år og voksne. Hvis spirometri ikke kan gjennomføres, må årsaken journalføres.		

Referanser: 1. Norsk SPC * Ved maks dosering 640µg anbefales 320µg 2 ganger daglig

2. Knox et al., Curr Med Research & Opinion, vol.23, no 10,2007,2387-2394 * 3. Derom et al., Pulm Pharmacol & Ther 18;2005:328-336

R-121957-1 / 10606

Anne Lindboe

Aktuell som: **Nyutnevnt barneombud**
Alder: 40 år

BAKGRUNN:

Anne Lindboe ble 27. april utnevnt som landets femte barneombud. Hun avløser Reidar Hjermann i juni. Lindboe er barnelege. Hun er overlege på Oslo universitetssykehus, forsker på Folkehelseinstituttet og medisinsk sakkyndig på Statens barnehus, som undersøker misbrukte barn.

Mange barn frykter morgendagen

Betyr dette at du avslutter din legekarriere?

– De neste seks årene vil jeg ta med kunnskapen fra legeyrket.

Ombudet har ingen sanksjoner å komme med. Er det et hinder?

– Egentlig ikke. Som ombud skal jeg ikke gå inn i enkeltsaker. Jeg skal jobbe mer prinsipielt. Vi har et lite kontor og et stort saksfelt. Det viktige er å synliggjøre barns rettigheter. Det blir opp til andre instanser med mer ressurser å følge opp.

Er du redd det kan bli mye fine ord?

– Nei. Ved å drive opplysning kan vi løfte fram barna. Mye skal utrettes.

Du har som lege møtt misbrukte barn.

Hva vet du om dem som misbruker?

– At de fins i alle sosioøkonomiske lag. Men den klassiske voldsutøver er overrepresentert i lavere lag der folk sliter med sykdom, arbeidsledighet og rus. Men at misbruk skjer overalt er viktig å vite, særlig for helsepersonell. Også de som er pene i tøyet og snakker godt for seg utøver vold.

Og hva vet du om barna som misbrukes?

– Litt av det samme – at alle kan misbrukes. Men ofte er de sårbare og har spesielle utfordringer, det kan være handikap og sykdom. Barna som er ekstremt krevende er også ekstremt utsatt. Seksuelle overgrep er jevnt fordelt. Oppdragervolden er mest vanlig blant ikke-etniske nordmenn, der vold er lov i oppdragelsen. Her er opplysning viktig.

Hva kan du gjøre for asylsøkerbarn?

– Minne om at de har samme rettigheter som norske barn.

Noen barn du vil bry deg særlig om?

– Jeg vil være alle barns ombud. Men som lege er jeg opptatt av de aller svakeste – de som har opplevd overgrep og omsorgssvikt, de som blir mobbet. Mange barn får ikke sove om natten, fordi de er redd for morgendagen.

Noen voksne du vil kritisere?

– Jeg har ikke lyst til å kritisere noen. Alle har ansvar for å si fra hvis de ser barn som ikke har det godt. De må overvinne redselen for å ta feil. Sykepleierne er særlig viktige. De ser samspill mellom barn og pårørende mer enn legene, som kommer og går. Er man bekymret, skal man uansett melde til barnevernet, selv om andre også

har meldt. Opphopning av meldinger er bra.

Det sies at helsesøstre melder for lite.

Hva synes du?

– Alle grupper i helsevesenet melder for lite. Det samme gjelder i barnehager og skoler.

Hvordan skal sykepleiere og helsesøstre kunne forebygge bedre?

– Hva da? Vold?

De skal jo forebygge alt mulig?

– Hvis barn og unge har en tilgjengelig helsesøster å snakke med, kan psykiske lidelser forebygges. Overvekt og kosthold er også et tema for dem. Men de er nok overarbeidet allerede, så helsesøstertilbudet burde utvikles. Hyppige småbarnskontroller kan avsløre omsorgssvikt.

Hva bekymrer deg mest?

– At hensynet til barnets beste fremdeles blir satt til side i viktige saker som angår barn.

Hva er dine hjertesaker?

– Barna som har det vondt og er mest sårbare.

Hva synes du om politikere, som Inga Marte Thorkildsen, som blander seg i saker der barn er involvert?

– Jeg vil ikke uttale meg om den saken. Jeg vil heller prinsipielt si at det er et mye større problem at folk blander seg for lite enn for mye. Det er ikke nok omsorg for barn.

Du har blitt ettertraktet av mediene?

– Populariteten har økt betraktelig etter en anonym legetilværelse. Det er morsomt. Det betyr at ombudet har en viktig rolle som kan bety masse.

Tekst **Marit Fonn**
Foto **Stig Weston**

Stille mens mekling pågår

Før fristen utløp brøt Unio lønnsforhandlingene i staten og kommunesektoren. Seinere ble det også brudd i Oslo kommune. Resultatet av de pågående meklingene vil foreligge i uka før pinse.

Tekst Bjørn Arild Østby



STREIK: Hvis ikke riksmekler Kari Gjestebø finner en løsning partene kan godta, går det mot streik fra 24. mai. Foto: regjeringen.no

Under meklingen foregår samtaler mellom partene via Riksmekleren – bak lukkede dører. Ingen informasjon vil komme før det foreligger et anbefalt eller forkastet forslag til løsning.

Brudd i staten

Mellom Unio og staten kom bruddet før fristen var utløpt.

– Når staten viser så liten forhandlingsvilje, får de det som de vil, sa Unios forhandlingsleder i staten, Arne Johannessen, da bruddet var et faktum.

Også LO og YS har brutt forhandlingene.

Reallønnsvekst til alle er kravet i statlig sektor. De tre arbeidstakerorganisasjonene ønsker både et generelt tillegg, sentrale justeringer og lokale

om økonomi og lønn, skjønte vi at avstanden var for stor til at det kunne gi en forhandlingsløsning. Vi så dermed ingen grunn til å fortsette forhandlingene, sier Bjerkestrand.

Viktige økonomiske prioriteringer i Unios krav:

- › generelt prosentvis lønnstillegg til alle
- › særskilte minstelønnjusteringer for stillinger med krav om utdanning på høyskole- og universitetsnivå
- › et nytt garantinivå for lønnsutviklingen etter 20 års ansiennitet i stillinger med krav om minimum tre års universitets- eller høyskoleutdanning

KS vil øke lørdags- og søndagstilleggene til sykepleierne, men mener at sykepleierne må jobbe helgevakter oftere enn tredje hver helg.

trent alt. Det gjør at vi ikke hadde mulighet til å komme til enighet, sier forhandlingsleder Terje Vilno i Unio Oslo.

Viktige krav i årets lønnsoppgjør har vært:

- › et generelt prosentvis tillegg til alle ansatte
- › sentrale lønsmessige tiltak/justeringer som gir økt uttelling for ansatte med universitets- og høyskoleutdanning og som sikrer forbedret lønn på grunnlag av videreutdanning på høyskolenivå, spesialistnivå, mastergrad og doktorgrad

Forhandler i Spekter

Unio har levert innledende krav på vegne av sine medlemmer i Spekterområdet (helseforetakene).

Kravet er at oppgjøret i Spekter gir en ramme som bidrar til å sikre kompetanse, rekruttering og likelønn. Unio legger til grunn en utvidet frontfagsmodell basert på lønnsutviklingen for industriarbeiderne og funksjonærene i privat sektor.

De detaljerte økonomiske kravene vil bli overlevert Spekter seinere i forhandlingene. Den videre framdriften er ennå ikke avtalt. ■■■

«Det har vært liten framdrift.» Terje Vilno, Unio-Oslo

forhandlinger i årets oppgjør. Men understreker at hoveddelen av de økonomiske midlene må gis som sentrale tiltak.

– I løpet av forhandlingene har ikke staten kommet med et eneste forhandlingsutspill. Det blir hos Riksmekleren forhandlingene egentlig starter, sier Johannessen.

Hvis Riksmekleren ikke klarer å finne en løsning kan det bli streik fra 24. mai.

Brudd i KS

– Unio er opptatt av at folk skal få gode kommunale tjenester, og derfor krever vi økt lønn for de med høy kompetanse, sier forhandlingsleder for Unio i kommunesektoren (KS), Mimi Bjerkestrand.

– Da vi nærmet oss de krevende diskusjonene

I tillegg legges det opp til 12-timers vakter i helgene.

– Dette er et uakseptabelt tilbud, sier Bjerkestrand.

Brudd i Oslo kommune

Også i Oslo går årets lønnsoppgjør til mekling etter at Unio Oslo sammen med de andre hovedsammenslutningene, brøt forhandlingene med Oslo kommune.

Partene har ikke klart å komme til enighet om hvordan man skal rekruttere og beholde høyt utdannet arbeidskraft. Partene kom heller ikke så langt at de kunne begynne å diskutere økonomi.

– Det har vært liten framdrift. Vi har hatt fire runder, og Oslo kommune har avvist om-

Fakta:

- › Industrien fikk nest mest i lønnstillegg i 2011 med 4,5 prosent, bare slått av finansnæringen. Ansatte i staten, helsevesenet og skoleverket fikk i snitt om lag 4 prosent, mens kommuneansatte i snitt fikk 4,5 prosent mer i lønn, viser tall fra Det tekniske beregningsutvalget for inntektsoppgjørene (TBU).

Eucreas Novartis Antidiabetikum.

ATC-nr.: A10B D08

TABLETTER, filmdrasjerte 50 mg/850 mg og 50 mg/1000 mg: Hver tablett inneh.: Vildagliptin 50 mg, resp. 50 mg, metforminhydroklorid 850 mg (tilsv. metformin 660 mg), resp. 1000 mg (tilsv. metformin 780 mg), hjelpestoffer. Fargestoffer: Gult jernoksid (E 172), titandioksid (E 171). **Indikasjoner:** Behandling av diabetes mellitus type 2 hos pasienter med tilstrekkelig glykemisk kontroll til tross for maks. tolererbar peroral dose av metformin monoterapi, eller til pasienter som allerede får kombinasjonsbehandling med vildagliptin og metformin som separate tabletter. **Dosering:** Voksne: Basert på gjeldende metformindose innledes behandlingen med 1 tablett 50 mg/850 mg 2 ganger daglig eller 1 tablett 50 mg/1000 mg 2 ganger daglig, tatt morgen og kveld. Anbefalt daglig dose er vildagliptin 100 mg + metforminhydroklorid 2000 mg. Pasienter som får vildagliptin og metformin som separate tabletter kan bytte til Eucreas med tilsvarende dose av hver komponent. Doser >100 mg vildagliptin anbefales ikke. Eldre ≥65 år: Nyrefunksjonen bør kontrolleres regelmessig. Barn <18 år: Sikkerhet og effekt er ikke dokumentert. Nedsatt nyrefunksjon: Se Kontraindikasjoner. Nedsatt leverfunksjon: Bør ikke brukes av pasienter med nedsatt leverfunksjon, inkl. de med ALAT eller ASAT >3 × øvre nor-malgrense ved behandlingsstart. Administrering: Gastrointestinale symptomer assosiert med metformin kan reduseres ved å ta tabletten sammen med eller umiddelbart etter mat. Det anbefales å svelge tabletten hel. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for noen av innholdstoffene. Diabetisk ketoacidose eller diabetisk prekomma. Nyresvikt eller nedsatt nyrefunksjon, definert som ClCR <60 ml/minutt. Akutte tilstander som potensielt kan endre nyrefunksjonen, slik som dehydrering, alvorlig infeksjon, sjokk, i.v. bruk av jodholdige kontrastmidler. Akutt eller kronisk sykdom som kan forårsake hypoksi i vev, slik som hjerte- eller respirasjonssvikt, nylig gjennomgått hjerteinfarkt og sjokk. Nedsatt leverfunksjon. Akutt alkoholforgiftning, alkoholisme. Amming. **Forsiktighetsregler:** Bør ikke brukes ved diabetes type 1. Laktacidose kan forekomme i svært sjeldne tilfeller pga. metforminakkumulering og oppstår primært ved signifikant nyresvikt. Forekomst av laktacidose kan og bør reduseres ved å samtidig vurdere andre risikofaktorer (f.eks. dårlig kontrollert diabetes, ketose, langvarig faste, overdrevet alkoholinntak, nedsatt leverfunksjon og enhver tilstand assosiert med hypoksi). Serumkreatinin bør monitoreres regelmessig. Minst 1 gang pr. år ved normal nyrefunksjon, og minst 2-4 ganger pr. år ved serumkreatininnivå i øvre del av normalområdet og hos eldre. Særlig forsiktighet i situasjoner der nyrefunksjonen kan reduseres, f.eks. ved oppstart av behandling med antihypertensiver, diuretika eller NSAIDs. Sjeldne tilfeller av leverdysfunksjon (inkl. hepatitt) er rapportert. I disse tilfellene er pasientene vanligvis asymptomatiske og uten klinisk sekvele, og leververdiene normaliseres etter seponering. Leverfunksjonstester bør utføres før behandlingsstart, hver 3. måned i løpet av 1. behandlingsår og deretter periodisk. Ved utvikling av forhøyet transaminasenivå bør en ny bekreftende leverfunksjonstest utføres, deretter bør pasienten følges opp med hyppige tester til verdiene er normale igjen. Dersom det observeres en vedvarende økning av ASAT og ALAT på >3 × øvre normalgrense, bør behandlingen seponeres. Ved gultsort eller andre tegn på leverskade bør behandlingen avbrytes. Behandlingen bør ikke gjenopptas når leverfunksjonstestene er normale. Diabetespasientene bør undersøkes med tanke på hudlesjoner i forbindelse med rutinemessig oppfølging. Tilfeller av akutt pankreatitt er rapportert ved bruk av vildagliptin, og regresjon er observert etter seponering. Ved mistanke om pankreatitt bør preparatet og andre potensielt mistenkte legemidler seponeres. Pasienten bør informeres om det karakteristiske symptomet på akutt pankreatitt: Vedvarende, sterke magesmerter. Behandling bør seponeres 48 timer før elektiv kirurgi med generell anestesi, og bør ikke gjenopptas før tidligst 48 timer etter inngrepet. Pasienter som opplever svimmelhet bør ikke kjøre bil eller bruke maskiner. **Interaksjoner:** Vildagliptin er verken et substrat for CYP 450 eller en hemmer/induser av disse og har derfor lavt interaksjonspotensiale. Den hypoglykemiske effekten kan reduseres av visse legemidler, inkl. tiiazider, kortikosteroider, thyroideapreparater og sympatomimetika. Inntak av alkohol og legemidler som inneholder alkohol bør unngås med tanke på laktacidose. Ved samtidig bruk av kationiske legemidler som elimineres ved renal, tubulær sekresjon (f.eks. cimetidin) bør glykemisk kontroll monitoreres nøye. Dosejustering innen anbefalt doseringsområde og endringer i diabetesbehandling bør overveies. Eucreas bør seponeres før eller ved i.v. injeksjon av jodholdige kontrastmidler. Behandling bør ikke gjenopptas før 48 timer etter, og kun etter at nyrefunksjonen er undersøkt på nytt og funnet normal. Ved samtidig bruk av legemidler med hyperglykemisk effekt (glukokortikoider, beta2-agonister og diuretika) bør blodsukker måles oftere, spesielt ved oppstart. Dosejustering av Eucreas kan være nødvendig ved samtidig behandling og ved seponering. ACE-hemmere kan redusere blodsukkeret og dosejustering kan være nødvendig. **Graviditet/Amming:** Overgang i placenta: Ikke tilstrekkelige data fra gravide. Dyrestudier med vildagliptin har vist reproduksjonstoksiske effekter ved høye doser. Skal ikke brukes under graviditet. Overgang i morsmelk: Utskilles i melk hos dyr. Skal ikke brukes under amming. **Bivirkninger:** Vanlige (<1/100 til <1/10): Gastrointestinale: Kvalme. Nevrologiske: Tremor, hodepine, svimmelhet. Stoffskifte/ernæring: Hypoglykemi. Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100): Nevrologiske: Tretthet. Ytterligere bivirkninger som er observert med de enkelte virkestoffene: Vildagliptin: Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100): Gastrointestinale: Forstoppelse. Hjerte/kar: Perifer ødem. Muskel-skjelettsystemet: Artralgi. Svært sjeldne (<1/10 000): Infeksjoner: Øvre luftveisinfeksjon, nasofaryngitt. Etter markedsføring: Etter markedsføring: Rapporter om tilfeller av unormale leverfunksjonstester og tilfeller av hepatitt, reversibelt ved seponering. Ukjent frekvens: Urticaria, pankreatitt. Metformin: Svært vanlige (≥1/10): Gastrointestinale: Oppkast, diaré, magesmerter, nedsatt appetitt. Vanlige (≥1/100 til <1/10): Nevrologiske: Metallsmak. Svært sjeldne (<1/10 000): Hud: Hudreaksjoner som erytem, pruritus, urticaria. Lever/galle: Unormale leverfunksjonstester eller hepatitt. Stoffskifte/ernæring: Redusert opptak av vitamin B12, laktacidose. **Overdosering/Forgiftning:** En stor overdose metformin (eller samtidige risikofaktorer for laktacidose) kan medføre laktacidose, som må behandles på sykehus. Hemodialyse er den mest effektive metoden for fjerning av metformin. Vildagliptin kan ikke fjernes ved hemodialyse, men hovedmetabolitten som dannes ved hydrolyse kan fjernes. Støttende tiltak anbefales. Se Giftinformasjonens anbefalinger for metformin A10B A02 side d og vildagliptin A10B H02 side d. **Egenskaper:** Klassifisering: Vildagliptin er en dipeptidylpeptidase-4 (DPP-4)-hemmer. Metformin er et biguanid. Virkningsmekanisme: Vildagliptin gir hurtig og total hemming av DPP-4-aktiviteten, som medfører økning i fastende og postprandialt endogent nivå av inkretinhormonene GLP-1 og GIP. Ved å øke endogent nivå av disse, økes betacellenes glukosesensitivitet, med forbedring av glukoseavhengig insulinsekresjon. Økt endogent GLP-1-nivå øker alfacellenes glukosesensitivitet og gir mer hensiktsmessig glukoseavhengig glukagonsekresjon. Forsterket økning i insulin-/glukagon-ratio ved hyperglykemi pga. økt inkretinnivå gir redusert fastende og postprandial hepatisk glukoseproduksjon, som igjen gir redusert glykemi. Metformin reduserer hepatisk glukoseproduksjon via hemming av glukoneogenesen og glykogenolysen, øker insulinsensitiviteten i muskler, som forbedrer perifer glukoseopptak og utnyttelse, samt ved å forsinke glukoseabsorpsjonen fra tarmen. Metformin stimulerer intracellulær glykogensyntese og har gunstig effekt på lipidmetabolisme. Kombinasjon av 2 antihyperglykemiske legemidler med komplementære virkningsmekanismer forbedrer den glykemiske kontrollen hos pasienter med diabetes type 2. Absorpsjon: Vildagliptin: Hurtig. Maks. plasmakonsentrasjon etter 1,7 timer. Absolutt biotilgjengelighet 85%. Metformin: Maks. plasmakonsentrasjon etter ca. 2,5 timer. Absolutt biotilgjengelighet 50-60%. Proteinbinding: Vildagliptin: 9,3%. Metformin: Ubetydelig. Fordeling: Distribusjonsvolum: Vildagliptin: 71 liter. Metformin: 63-273 liter. Fordels i erytrocytter. Halveringstid: Vildagliptin: Ca. 3 timer. Metformin: Ca. 6,5 timer. Metabolisme: Vildagliptin: Hydrolysering til inaktiv metabolitt. Metaboliseres ikke i målbar grad av CYP 450-enzym. Utskillelse: Vildagliptin: 85% via urin og 15% i feces. Metformin utskilles uendret via urin. **Pakninger og priser:** 50 mg/850 mg: 60 stk.1 (blister) kr 479,40. 3 × 60 stk. 1 (blister) kr 1368,10. 50 mg/1000 mg: 60 stk.1 (blister) kr 501,80. 3 × 60 stk.1 (blister) kr 1435,30.

Refusjon: A10B D08.1 Metformin og vildagliptin. **Refusjonsberettiget bruk:** Behandling av type 2 diabetes mellitus kun i kombinasjon med metformin og/eller sulfonylurea. Insulinbehandling må være vurdert som et alternativ for oppstart.

Refusjonskode:

ICPC	Vilkår nr	ICD	Vilkår nr
T90 Diabetes ikke-insulinavhengig	199	E11 Diabetes mellitus type II	199

Vilkår:

199 Refusjon ytes kun til pasienter som ikke oppnår tilstrekkelig sykdomskontroll på høyeste tolererte dose med: - kombinasjonen av metformin og sulfonylurea, eller - metformin alene dersom det er tungtveiende medisinske grunner for ikke å bruke sulfonylurea.

Sist endret: 22.12.2011 (SPC 24.11.2011)

Referanser:

1. Bosi E, et al. Effects of Vildagliptin on Glucose Control Over 24 Weeks in Patients With Type 2 Diabetes Inadequately Controlled With Metformin. Diabetes Care 2007;30(4):890-895.
2. SPC Eucreas



Eucreas®

vildagliptin/metformin

TYPE 2
DIABETES

Når metformin ikke er nok

Eucreas gir mer effekt

- Effektiv HbA1c reduksjon¹
- Ingen vektøkning²
- Lav forekomst av hypoglykemi (1%)²



Novartis Norge AS • Postboks 4284 Nydalen • 0401 Oslo • Tlf: 23 05 20 00 • Faks: 23 05 20 01 • www.novartis.no • NO1109013401

Snakker sammen om heltid

KS synes den gamle deltidsdebatten har lignet en tenniskamp.

Nå inviteres NSF og Fagforbundet til en ny type diskusjon med heltidsstillinger som mål.

Tekst **Eivor Hofstad**

Vi sier at fire av fem velger deltid. NSF og Fagforbundet sier det meste er ufrivillig, sier administrerende direktør i KS, Sigrun Vågeng.

Dette mener hun er et eksempel på hvordan deltidsdebatten typisk har lignet en tenniskamp de siste årene.

Ordene falt på et møte i april hvor Fafo la fram rapporten «Hvordan kan kommunene tilby flere heltidsstillinger?» av forsker Leif E. Moland. Den viser at i de fleste kommuner arbeider bare en av fire helse- og omsorgsarbeidere heltid. Det gjør den kommunale helse- og omsorgssektoren til landets eneste sektor hvor flertallet jobber deltid.

Deltid som mestringsstrategi

Rapporten viser at det ikke er all deltid som blir kalt frivillig som faktisk er det.

– Det har vi hevdet lenge, men dette er første gangen jeg ser det dokumentert utenfra, sier Solveig Kopperstad Bratseth, nestleder i NSF.

Hun viser til at sykepleiere skårer høyt på den helsefarlige kombinasjonen høye krav og lav kontroll i arbeidssituasjonen. I tillegg

ligger sykepleierne høyest på kombinasjonen høye krav og opplevelse av lav belønning. Det viser seg at når ressursene ikke er tilstrekkelige for å få utført pålagte oppgaver, tar kvinnene ansvar og går ned i stilling som en mestringsstrategi.

– Når tillitsvalgte i fullt alvor sier til meg at de ansatte ikke klarer å jobbe fulltid, lurer jeg på hvor vernetjenesten er. Hvorfor ansvarliggjør man ikke arbeidsgiverne for feil arbeidsbelastning, spør Fagforbundets leder Jan Davidsen.

– Vi har snakket i mange år. Hvis vi skal komme videre, må vi bestemme oss for å ta det store heltidsvalget. Vi må endre deltidskulturen og bestemme oss for å gå veien mot heltid, og se hvor langt vi kommer, mener Vågeng.

– Dette er noe som ikke kan løses på turnusnivå. Det må opp på kommunestyrenivå, men det er dessverre fortsatt begrenset kunnskap om nye arbeidstidsordninger. Det er forstemmende å se hva nye ordførere kan om dette, sier Moland fra Fafo.

KS-initiativet forplikter

Bratseth er glad for at KS nå tar initiativ til en

dialog der de er klare på at målet er heltid, og mener det forplikter: Arbeidsgiversiden må vise større vilje til faktisk å gjøre litt og ikke bare snakke.

– Vi er avhengige av videre dialog. Det handler om vilje fra alle parter, men også om forståelse fra arbeidsgiver. Løsningene vi kommer frem til, må ivareta både pasientsikkerheten og helsa til de ansatte, sier hun.

Men KS og NSF står i hver sin ende av skalaen når de nå skal finne ut hvordan kommunene skal kunne tilby flere heltidsstillinger. KS har ikke lagt skjul på at de synes økt grunnbemanning er urealistisk med trange kommunebudsjetter, mens NSF er klare på at forbundet ikke er interessert i løsninger der sykepleierne må jobbe mer enn hver tredje helg.

– Hvordan skal dere da klare å finne en løsning?

– NSF må tydeliggjøre konsekvensene av lav grunnbemanning. En av dem er jo høyt sykefravær, noe som Vågeng i KS også er veldig opptatt av. Og pengene finnes der allerede, problemet er at de brukes til vikarer, sier Bratseth.

Hun tror KS er mindre urokkelig på ikke å



KONSTRUKTIV: Sigrun Vågeng i KS er beredt til å drøfte høyere grunnbemanning. Foto: Stig M. Weston.



GLAD FOR INITIATIV: NSF-nestleder Solveig Kopperstad Bratseth håper på en løsning som ivaretar både pasientene og de ansattes helse. Foto: Marit Fonn.

øke grunnbemanningen lenger, og på Fafo-møtet lovte faktisk Vågang at hun ikke skulle «gå helt under bordet» hvis arbeidstakersiden sier «grunnbemanning» under diskusjonene. De skal etter planen starte etter lønnsforhandlingene.

– Hvorfor venter dere først til etterpå med å møtes?

– Det tror jeg er lurt. Vi har diskutert i ti år, og i de siste årene har det bare blitt verre, også i spesialisthelsetjenesten, sier Bratseth.

Hun legger til at også NSF har vært imøtegående ved å stryke kravet om retten til deltid på forrige landsmøte.

Politiet får det til

Tradisjonelt mannsdominerte yrker som politi og leger klarer å få til heltidsstillinger, selv om de også jobber turnus. Da kan det synes merkelig at et samfunn vi liker å se på som

kjønnslikestilt ikke får det samme til for den kvinneorienterte helse- og omsorgssektoren i kommunene.

– Hva er det politiet gjør som ikke helse- og omsorgssektoren klarer?

– De har økt grunnbemanning kombinert med lavt sykefravær, og bruker dagene med

dag, mye på grunn av stor arbeidsbelastning, sier Bratseth.

Å få vekk en deltidskultur som sitter så dypt i både arbeidstakere og arbeidsgivere vil kreve tid, tror både KS, Fagforbundet og NSF, og får støtte fra forskeren:

– Du vedtar ikke en kulturendring. Selve

«NSF har ikke tid til å fortsette denne diskusjonen i flere tiår til.»

Solveig Kopperstad Bratseth

høyere bemanning til faglig fordypning og kursing. Kommuneledelsen har ofte en angst for at helsepersonellet ikke skal ha noe å gjøre på roligere dager dersom grunnbemanninga økes. Men det er en ubegrunna angst, ikke minst med tanke på at 10 prosent er borte hver

heltidsmålet må formuleres hele tiden, ellers blir det glemt, sier Moland.

– Men NSF har ikke tid til å fortsette denne diskusjonen i flere tiår til. Vårt mål er å tariffeste retten til heltid i løpet av denne landsmøteperioden, lover Bratseth. ■■■

Ubehagelig lukt? Utflod?

Ønsker du enkelt å gjøre noe med det?

Ecovag® Balance vaginalkapsler inneholder humane melkesyrebakterier som effektivt behandler akutte plager og samtidig forebygger tilbakefall.

Les mer på www.vitaflo.no



kun 1 kapsel/døgn

Ecovag Balance® fås i alle apotek og i Vitaflors nettbutikk, www.vitaflo.no


VITAFLO
Part of the Navamedic Group





VIL HA FLERE MENN: Flere mannlige sykepleierstudenter vil heve både kvaliteten og trivselen på studiet, mener NSF Student og Komiteen for kjønnsbalanse i forskningen.

Ekstrapoeng til mannlige studenter

Jenter får ekstrapoeng på 139 mannsdominerte studier, mens gutter bare får det ved to kvinnedominerte. Nå foreslås det å gi gutta kjønns-poeng for å studere sykepleie. Tekst **Eivor Hofstad** Arkivfoto **Erik M Sundt**

Komite for kjønnsbalanse i forskning (Kif) støtter NSF Student i at det bør innføres kjønns-poeng ved sykepleierutdanningene. Nå ber komiteen Kunnskapsdepartementet om å vurdere saken.

– Dette er vi veldig glade for, sier studentlederen i NSF, Anna Mohn Sneve.

Per i dag er det registrert 13 129 sykepleierstudenter i Norge og 1 396 av dem er menn, skarve 10,6 prosent.

Initiativ fra NSF Student

NSF Student sendte en henvendelse til Kif-komiteen i januar for å få dem med seg i kampen. Sneve fikk nylig et brev fra komiteen der de takket for henvendelsen, og vedla en uttalelse til blant annet Kunnskapsdepartementet, Likestillings- og diskrimineringsombudet og Barne- og likestillingsdepartementets likestillingsutvalg. I denne uttalelsen anbefales det å innføre tilleggspoeng for gutter som søker sykepleierutdanningene.

Kif-komiteen mener kjønns-poeng bør gis til det underrepresenterte kjønn ved flere utdanninger, og at ordningen bør opphøre når kjønnsfordelingen over tid viser en 30/70-fordeling. Universitetsavisa skriver at komiteen dermed går motsatt vei av ledelsen ved Universitetet i Oslo, som nylig

avviste et forslag fra odontologi, psykologi og medisins om det samme.

Kvalitet og trivsel

– Hvorfor er det nødvendig med kjønns-poeng når det er ledige plasser ved noen av studiestedene, Sneve?

– Det er i dag mange flere søkere til utdanningen enn det er plasser. Så akkurat det tror jeg ikke vi skal bekymre oss for. Det at noen studiesteder har ledige plasser, kommer av at studenter ikke søker seg dit. Vi vet at kjønnsbalanse i studentmassen virker positivt på kvaliteten i utdanningen. Jeg mener vi må tenke på kvaliteten og trivselen på studiet. Det burde veie tungt.

– NSF student ønsker jo også å ha karakterkrav til opptaket ved sykepleierutdanningen. Er det ikke en motsetning her?

– Ja, vi mener at det skal være karakterkrav til opptaket, og dette vil også gjelde menn. Siden vi ønsker karakterkrav i spesifikke fag, mener vi disse karakterene må være tilstede for i det hele tatt å søke, deretter vil mennene få kjønns-poengene lagt til sitt snitt. Dette vil derfor ikke være noen motsetning, sier Sneve.

Argumenter for og imot

Motargumentene Kif-komiteen har diskutert,

handler om rettferdighetsaspektet – at det er urettferdig fordi de med dårlige karakterer går foran de med bedre karakterer, samt meritokratispektet – dette at høyere utdanning og forskning er meritokratisk orientert. Det vil si at det er de med best meritter/karakterer som skal vinne frem.

Men til syvende og sist har komiteen funnet at argumentene for kjønns-poeng veier tyngst. «Kjønnsbalanse vil bedre kvaliteten ved utdanningene, bidra positivt til fagutviklingen og studentenes utvikling og fagkompetanse vil styrkes. Akkurat som vi trenger kvinnelige teknologer til å sette sitt preg på innovasjons- og teknologiutviklingen, trenger vi mannlige psykologer og sykepleiere. I dette ligger også at de som utdanner seg bør gjenspeile samfunnet», hevder Kif-komiteen.

Disse får poeng:

Kvinner: To poeng ekstra gis til kvinnelige søkere ved totalt 139 studieprogrammer:

- » To- og tre-årige ingeniørstudier (unntatt kjemi)
- » Maritime høyskolestudier
- » Landbruksstudier ved statlige høyskoler
- » Integrerte masterstudier i informatikk (5-årige) ved Universitetet i Oslo
- » Integrerte masterstudier (siv-ing) ved NTNU (unntatt kjemi, bioteknologi og industriell design)

Menn: To poeng ekstra gis til mannlige søkere ved to studieprogrammer: Veterinær- og dyrepleiestudier ved Norges veterinærhøgskole. ■■■

Kilde: Samordna opptak/Kif



Skal vi GPS-merke demente?

Er GPS-merking av eldre et overgrep, eller er det et akseptabelt virkemiddel overfor demente som kan gå seg bort?

Tekst Bjørn Arild Østby

Flere leteaksjoner etter eldre med demens gjør at mange vil ha GPS-merking av demente pasienter på sykehjem og i eget hjem. Ifølge Hovedredningssentralen blir det slått full alarm 50-60 ganger i året fordi demente har lagt ut på vandring.

Demenssyke utgjør den største pasientgruppen i kommunehelsetjenesten. I Norge regner man med at rundt 70 000 personer har demens. Bortsett fra alder, har ikke demens noen sammenheng med fysisk sykdom. Derfor kan demente «på tur» ofte tilbakelenge lange avstander.

Nå går diskusjonen om det skal være mulig å utstyre demente med GPS-sender. På den måten vil ansatte og pårørende vite hvor vedkommende befinner seg til enhver tid, og unngå å måtte tilkalle politi eller andre utenforstående når den demente forsvinner. Noen kaller det velferdsteknologi. Andre mener det er overgrep mot eldre.

I dag kan pårørende knipse en GPS-sender om håndledet på bestemor med demens

dersom de ordner og betaler alt selv. Men bor hun på et sykehjem, må hun selv gi samtykke. Det er ikke nok at nære pårørende gir tillatelse, heller ikke om vedkommende har en verge som sier ja.

Helse- og omsorgsdepartementet definerer GPS og andre former for sporingsteknologi som tvangstiltak. Dette er nedfelt i lover og regler for omsorgssektoren, og det er disse lover og regler – ikke personvernloven og Datatilsynet – som gjør det umulig å ta i bruk GPS-sporing.

I fjor høst kom rapporten fra Hagen-utvalget «Innovasjon i omsorg», som presenterer nye løsninger for å møte framtidige omsorgsutfordringer. Departementet går nå gjennom alle høringsinnspillene. Og i juni vil Helsedirektoratet levere en rapport der de etiske og juridiske problemstillingene ved innføring av ny teknologi i omsorgssektoren drøftes. Deretter skal det utarbeides en proposisjon før det kommer et lovforslag til Stortinget. ■■■

- ▶ Det vil gi økt trygghet for pårørende og ansatte.
- ▶ Det skaper økt verdighet hos den demente.
- ▶ Det er samfunnets ansvar å ta vare på de som ikke kan ta vare på seg selv.
- ▶ Gir den demente mulighet til økt bevegelse.
- ▶ Gir mulighet til å klare seg lengre hjemme i eget hus.



- ▶ Det er et tvangstiltak, ikke helsehjelp.
- ▶ Det er krenkende og nedverdiggende for eldre mennesker.
- ▶ Sporingssdata oppfattes som medisinske data som skal inn i pasientens journal.
- ▶ Den demente er ikke i stand til å gi samtykke om å bli utstyrt med en sender.
- ▶ Formålet med bruken er ikke klart formulert for denne type teknologi.



forebygging.no

Kunnskapsbase for rusforebyggende og helsefremmende arbeid

– Svært problematisk forskning

– I dag ville det blitt oppfattet som et grovt overgrep og fått alvorlige følger, sier historiker Ole Georg Moseng om forskning på unge sykepleierstudenter på trettitallet. Tekst Ann-Kristin Bloch Helmers Foto Ole Georg Moseng

På side etter side er det bilder av unge sykepleierstudenter. Alle er nakne, noen få har fått beholde truse på, og noen har et lite tørkle knyttet om ansiktet. Kjønnshårene er retusjert bort, og ansiktene er maskert bort.

De unge kvinnene er fotografert forfra, bakfra og på siden. Ved hver av dem er alle detaljer ved kroppen registrert: Brystomfang, lårenes lengde, bredden mellom øynene. Og til slutt, rasetilhørighet: Under forkortelsen «Ph. T» står det en bokstav. A indikerer Alpin rase, N nordisk rase. ØB er østbaltisk rase.

– Ytterst tvilsom

Denne forskningen fant historieprofessor Ole Georg Moseng mens han jobbet med en bok om Norsk Sykepleierforbunds historie, i forbindelse med forbundets 100-årsjubileum. (Se også Tett på side 84 og anmeldelse side 68)

I boka, som blir lansert denne måneden, skriver han:

«Sett i ettertid var innretningen de to legene ga sin forskning, både et grovt overgrep og ytterst tvilsom.»

– Jeg må si jeg skvatt da jeg fant denne forskningen, sier han.

«Centralisert kontroll»

Forskningen han kaller et overgrep ble gjort av to norske leger på begynnelsen av 30-tallet. Norsk Sykepleierforbund bidro til å rekruttere forskningsobjektene fra ni sykepleierskoler i Oslo og Aker, mens legene sto for registrering og konklusjoner. Ifølge historieboken til Moseng er en av legene sitert på følgende i etterkant av undersøkelsen:

«Jeg skvatt da jeg fant dette.» Ole Georg Moseng, historiker

«Det store point er å få en bestand av pleiersker som er frisk ved starten. Og det kan oppnås ved en centralisert kontroll.»

– Dette er problematisk av to hovedgrunner. De to legene tok ikke det vesentlige utgangspunktet alvorlig: At arbeidsforholdene for sykepleiere på 1930-tallet var så harde at de slet med voldsomt høyt sykefravær, sier han.

– Isteden valgte de å gjennomføre en undersøkelse innenfor rammene av fysisk antropologi,



300 SYKEPLEIERSTUDENTER: I boken som dokumenterer forskningsprosjektet fra tidlig 30-tall, er alle de 300 forskningsobjektene nøye fotografert og studert.

der de konkluderte nærmest med det motsatte: At det var nødvendig å sile ut de svakeste fra begynnelsen av. Det var i samfunnets interesse at man måtte kunne velge de som var best egnet – også fordi det sto mange i kø for å utdanne seg, sier han.

– Det andre problematiske punktet var at de gikk så nært inn på de unge sykepleierelevens private sfære. De gikk ikke engang av veien for å fotografere dem nakne. I dag ville det blitt oppfattet som et grovt overgrep og fått alvorlige følger, mener han.

– Jeg reagerte mest på at legene beveget seg så klart inn i den forskningsretningen som har sitt utgangspunkt i sosialdarwinismen og tanken om artenes naturlige utvelgelse, sier han og utdyper:

– Det var en nyskapende idé rundt midten av 1800-tallet, som biologi betraktet, men tok nokså raskt en vending der også menneskeheten ble oppfattet som et felt der den sterkeste rett kunne eller burde gjøre seg gjeldende. At undersøkelsen også beveger seg mot rasehygiene, var også skremmende, sier han.

– Få stilte spørsmål

– Var dette i tråd med rådende akademisk retning den gang?

– Dette var en forestillingsverden som langt på vei var dominerende blant forskere og politikere gjennom hele mellomkrigstida og litt før. Og som det ikke ble tatt et oppgjør med før etter annen verdenskrig. Da var til gjengjeld kritikken massiv. Veldig få stilte spørsmål ved anvendelsen av raseteorier og berettigelsen av fysisk antropologi da denne undersøkelsen ble gjennomført, sier han.

I boken skriver Moseng: «Sett i ettertid er det svært vanskelig å forstå hvilken praktisk nytte undersøkelsen kunne ha, og med hvilken begrunnelse NSF ga støtte til den. Forbundet kan ikke ha hatt klart for seg rekkevidden og innretningen.»

– Var NSF's rolle i dette problematisk, mener du?

– Ja, fordi NSF samarbeidet med disse forskerne. Delvis ved å bidra til å skaffe forsøksobjektene til veie, delvis ved å delta i offentliggjøringen av resultatene, delvis ved å delta i debatten uten reservasjon, sier han.

– Når vi ser på konklusjonen, som ikke vektlegger bedre arbeidsforhold for de ansatte, men som anbefaler å luke ut de med «defekter» før utdanningen – og når rase i tillegg er gitt betydning, så er dette svært problematisk forskning, sier han. ■■■



Her får du mer ut av noe du allerede har!

Som sykepleier har du en veldig god pensjonsordning i KLP. Dette gir deg økonomisk trygghet gjennom hele livet. Det gir deg også tilgang til flere økonomiske fordeler og muligheter, som du kan benytte deg av allerede i dag. Du kan få vår beste rente på sparing og lån, gunstige forsikringer, samt gode betingelser på sparing i fond.

Les mer om fordelene og mulighetene på klp.no/medlem, eller send "Sykepleier" til 2262 og vi vil kontakte deg en av de nærmeste dagene.

klp
for dagene som kommer

- 24 – Jeg vedder en guinea på at han lever i 10 minutter ›
- 25 Kjønnsdelt behandling ›
- 26 Blomstrende brukere ›
- 28 – Britene involverer mer ›
- 30 Ser lite til helsesøster ›
- 32 Cameron tar til høyre ›
- 34 – Det er mulig å spare ›



England er ikke bare fotball, shopping, fish & chips. Tidene er i forandring i det solide, engelske, skattefinansierte helsevesenet når en svær og omstridt reform nå står på trappene.



forandring →



KIRURGISK MUSEUM: Historiker Colin Parr forteller hvordan en operasjon ble gjennomført i 1800-tallets London.

«Jeg vedder en guinea på at han lever i 10 minutter.

Fiktiv tilskuer på operasjonsstuen

Havnet du på et operasjonsbord i England for 200 år siden, var sjansen for å overleve liten. Bedøvelse ble ikke brukt, og hygienens var tvilsom. Tekst og foto **Kari Anne Dolonen**



VERKTØY: Kirurgens utstyr lå i en slik eske. Sagen var mye brukt.

Adam Douglas» prøver å holde pusten. Lukten av kloakk, døde dyr og mennesker, forfall og søppel kiler i neseborene. Han er på vei til den lokale puben etter en lang arbeidsdag som sjauer ved havna. Støyen fra travle hester med tungt lastede kjerrer, prostituerte og fulle arbeidsfolk er øredøvende. De trange, overfylte gatene er uoversiktlige. Adam krysser gaten. For sent ser han hesten med kjerre som kommer i full fart. Resultatet er et åpent beinbrudd. Neste stopp er St. Thomas Hospital.

Museum

Øverst i et gammelt kirketårn like ved Guy's og St. Thomas Hospital i London ligger Europas eldste bevarte operasjonsstue. Nå er det et museum.

«Adam er lettet. Den tilsølte frakken viser at kirurgen har utført amputasjoner før.

Colin Parr er tidligere lærer og historiker. Han forteller engasjert om kirurgens og medisins historie, særlig hvordan

forholdene var i 17-1800-tallets London. Den fiktive personen Adam Douglas brukes til å illustrere en pasients møte med akuttmedisinen.

England var en stormakt og London var den rikeste og største byen i den vestlige verden. Det engelske helsevesenet slik vi kjenner det i dag var mildt sagt i sin spede begynnelse.

På operasjonsbordet

Legene ved St. Thomas Hospital bestemmer at Adam Douglas må opereres. Det har gått tre dager siden han kom inn på sykehus. Men verken legene eller kirurgene har hastverk med å fikse beinbruddet til hans.

Hadde Adam vært en rik mann, ville kirurgene kommet hjem til ham. Men Adam er fattig og blir derfor operert på sykehuset med tilskuere.

Han bæres inn på operasjonsstuen. Over 100 leger, studenter og lærlinger står i en halvsirkelen rundt selve operasjonsbordet. Fremst står leger og kirurger, bakerst trykker lærlinger og studenter seg sammen for å få utsikt til det som skal foregå på operasjonsbordet.

Adam er nervøs. Operasjoner utføres som en siste utvei og dreier seg i hovedsak om amputasjoner. Han vet at hvis han overlever, er det med ett bein mindre. Men han vet også at et

åpent beinbrudd så å si er en dødsdom. Dersom han overlever selve amputasjonen, er faren for at han skal dø av infeksjon svært stor.

Best at han holdes våken

Adam Douglas får ingen bedøvelse, det finnes heller ingen hygienerutiner. Verken kirurger eller utstyr vaskes før eller etter bruk.

Adam puster lettet ut. Kirurgen som kommer inn er kledd i en operasjonsfrakk som er så tilsølt av blod og puss at den kan stå av seg selv på gulvet. Frakken viser at kirurgen har utført amputasjoner før. Han takker Gud for at han ikke fikk en kirurg med helt ren operasjonsfrakk, altså en helt nyutdannet som ikke har peiling.

Kirurgen gjør seg klar. Han åpner verktøyskrinet med sagen og seks kniver. Han tenker litt før han velger kniven han vil bruke. Sagen legger han klar. Adam legger merke til de femseks andre mennene som står rundt ham. De skal holde ham fast til operasjonsbordet, mens legen amputerer.

Det finnes medisiner som kan få Adam til å sovne, det vet kirurgen, men da er det ikke sikkert Adam våkner igjen. Så det tryggeste er å holde ham våken.

Hjelperne til kirurgen surrer et stramt lærbelte rundt benet til Adam Douglas for å stoppe blodomløpet. Kirurgen står nå klar med kniven. Han bøyer seg ned over foten og begynner å skjære. Adam skriker. Det gjør usigelig vondt.

Veddemål

De hundre tilskuerne kommenterer teknikken, og de som står bakerst kommer med tilrop: Pass hodet, jeg ser ikke.

Mange av tilskuerne er tydelig beruset etter for mange lunsj-øl. Veddemål gjøres: «Jeg vedder en guinea på at han lever i 10 minutter.» «Jeg vedder Adam Douglas lever i to minutter». To studenter begynner å slåss og kastes ut.

Kirurgen lar seg ikke affisere av alt bråket. Han er vant til det. Han legger fra seg kniven og plukker opp sagen. Det har gått ett minutt. Han legger sagen i kuttet han har gjort med kniven og sager over benene. Etter to minutter er kirurgen ferdig med amputasjonen. Og han kaster den amputerte foten i en kasse med sagmugg.

Overlever Adam?

Kirurgen henter tråd for å knytte sammen alle blodårene. Bandasje surres hardt rundt såret. Adam Douglas har svi- met av. Kirurgen kan bare håpe han våkner igjen.

Adam Douglas er blant de heldige. Han overlever operasjonen. Han får en infeksjon, men også den overlever han. Han blir liggende på sykehuset en ukes tid og får mat, pleie og et par krykker før han skrives ut. Nå må han finne ut hvordan han skal skaffe seg et levebrød med bare en fot. Konkurransen om jobbene er stor.

Florence Nightingale

Kollegaene til Adam Douglas sin kirurg skulle senere jobbe med Florence Nightingale under Krimkrigen. Nightingale kom på kant med de militære kirurgene. Hun mente nemlig det var mulig å bedøve pasientene under operasjoner, mens kirurgene mente litt smerte bare var bra for soldater. Det bygget karakter.

Anestesi var langt inn på 1900-tallet nokså primitivt. Det ble det brukt bomullsmasker med noen dråper eter på som narkose.

Kjønnsdelt behandling

Kvinner og menn skal behandles atskilt ved engelske sykehus.

Tekst og foto **Kari Anne Dolonen**

I snart fire år har sykepleier Robert Nichols vært enhetsleder for dagkirurgien ved Guy's Hospital i London. Å være dagkirurgisk pasient i England skiller seg ikke nevneverdig ut fra hvordan det er i Norge.

Veien går via fastlege til utredning ved et lokalsykehus. De vurderer om og hvilken behandling du skal få. Dersom det blir bestemt at du skal opereres dagkirurgisk og bor i London, er sjansen stor for at du havner på Guy's Hospital.

Kjønnsdelt

Men noen forskjeller finnes mellom det norske og engelske.

– Pasientene våre har gitt uttrykk for at de ønsker at menn og kvinner behandles separat. I pasientundersøkelser sier de at privatliv og verdighet er svært viktig. Man kan jo forstå at en kvinne som skal opereres føler det er ubehagelig å sitte 5 centimeter fra en fremmed mann i sykehuskjortel som ikke dekker alt så godt som man skulle ønske, sier han.

Disse innspillene har ført til at regjeringen har bestemt at sykehus skal tilby kjønnsdelte pasientforløp så godt det lar seg gjøre.

Fakta

Guy's Hospital, St. Thomas Hospital og primærhelsetjenesten i to tilhørende «kommuner» er samlet under samme foretak (Trust). Foretaket har 12 000 ansatte.

Guy's Hospital ble åpnet i 1721 av Thomas Guy. Det ligger i Southwark, London, like ved London Bridge.



MENN ONLY: Robert Nichols (i midten) slår av en prat med sykepleierne som jobber på postoperativ for menn.

«I pasientundersøkelser sier de at privatliv og verdighet er svært viktig.

Robert Nichols, sykepleier



ENHETSLEDER: for dagkirurgen er Robert Nichols.

– Sykehus som ikke jobber for å få dette til, risikerer store bøter, sier Robert Nichols.

Ettersom Guy's Hospital er et gammelt sykehus som ble bygget før dagkirurgiske inngrep ble vanlig, har sykehuset måttet finne løsninger som ikke er optimale. De dagkirurgiske avdelingene er ofte trange og pasientene er tett innpå hverandre.

– Vi ville gjort det annerledes dersom vi kunne bygge nytt, men vi lager så gode løsninger vi kan med de rammene vi har, sier Nichols.

Løsning

Det kjønnsdelte pasientforløpet begynner etter at de har meldt sin ankomst hos dagkirurgen.

– Det er egne garderober for menn og kvinner hvor de skifter til pasienttøy, sier han og viser frem avlukker som minner om klesbutikkers prøverom.

Pasientene henvises videre til venterom som også er kjønnsdelt. Et titall komfortable stoler er plassert rundt i rommet. Bak en skranke står en rødkledd sykepleier som har oversikt over pasientene og deres papirer.

– Når operasjonsteamet er klart, trilles pasienten inn på operasjonsstuene, også de er kjønnsdelte. Kvinner opereres ett sted, menn på en annen operasjonsstue, sier Nichols.

Postoperative sengeposter er også kjønnsdelte. Rommet minner om det rommet pasientene satt i før de skulle til operasjon, men her får de lov å nyte mat og drikke. Her hviler pasientene etter at de har våknet fra narkosen. Når en lege eller sykepleier sier de kan dra hjem, blir de ført til de kjønnsdelte garderobene, kler på seg eget tøy, og går ut i venterommet hvor de pårørende sitter, og den kjønnsblandede verden igjen.

Gratis

Selv om vi i Norge liker å si at vi har et gratis helsevesen, betaler vi litt for det vi får gjennom egenandeler. Vi betaler også for medisiner og resepter. Når de i England sier at helsevesenet er gratis, er det faktisk det.

– Pasienter betaler ikke noen egenandeler. De betaler heller ikke for medisiner. Dersom de trenger smertelindrende medisiner, får de det av oss. De slipper å gå på apoteket og hente dem, så sant det ikke er helt spesielle medisiner de skal ha, sier Nichols.

Helsereform

– Hva tenker du om fremtiden og den nye helsereformen?

– Jeg har ikke satt meg helt inn i den, men slik jeg har skjont det, er det fastleger reformen vil få størst konsekvenser for. Slik jeg ser det, vil reformen ha liten praktisk betydning for oss som jobber på sykehus. Vi vil fortsette å få de samme pasientene og utføre de samme oppgavene som vi gjør i dag, sier han. (les mer om helsereformen på side 32.)



Brukere styrer seg selv

– Her har alle erfaring med psykiske lidelser, sier Beth Ford. Hun er sjefen på brukerdrevne senteret Florid.

Tekst og foto Marit Fonn



KOORDINATOR: Beth Ford er sjefen for Florid og gir gjerne råd på nett og telefon.

Vi er i Øst-London, ikke langt fra forretningsstrøket City. I Commercial street, inneklemt mellom butikker og verksteder, holder Florid til.

Avtalen nærmer seg. Klokken blir ti og resepsjonisten gir beskjed: Ta heisen opp, Beth Ford vil møte deg i tredje.

Bestillingen har vært å treffe en psykiatrisk sykepleier nær pasientene. Ford har tittel «koordinator», en typisk sykepleierrolle. Men hva driver egentlig Florid med?

Der kommer hun. Med imponerende tatoveringer på begge armene er hun en atypisk sykepleier.

Vi passerer et konferanserom. En dame foreleser. På tavlen står det: «Hvordan oppdage symptomer på misbruk hvis personen ikke sier noe selv?»

– Look after yourself

Ford viser vei i kjapp takt til kontoret innerst i etasjen. Undervisningen vi passerte har ingenting med Florid å gjøre, opplyser hun. Den er for helsepersonell.

– Men du er sykepleier?

– Nei.

Hun er såkalt bruker. Slik alle i Florid er.

– Alle som jobber her har erfaringer med psykiske lidelser, fastslår hun og opplyser at det er en travel dag.

Det er jo fredag. En mann stikker innom.

– Gå hjem! sier Ford.

Telefonen ringer:

– Hallo, Fred, svarer Ford.

– All right, baby. You still get paid, darling. All right, sweetie. Look after yourself, yeah? So speak to you soon.

Før hun avslutter samtalen lover hun Fred å sende det han trenger i posten. Det var en av sine ansatte hun snakket med.

– Mad day, gjentar hun, mens hun taster på telefonen.

– Hvorfor sendte du den mannen hjem?

– Han burde ikke være her. Han er uvel. Forkjølet.

Hun bekrefter at han er en ansatt.

– La meg gjøre ferdig denne tekstmeldingen. Er det greit at jeg jobber mens vi snakker?

– Det er livet

På rommet har hun det meste innen rekkevidde. Pc med to skjermer, arkivskuffer, lapper med gode ord for dagen, kosedyr som er gaver fra fornøyde brukere.



– Vi kaller brukerne som jobber her for «bods». Det kommer av ordet «bodies». Bod betyr person.

Ordet «florid» har mange betydninger. Det kan bety blomstrende, overlesset eller rødmsuset. Men det er også et uttrykk for svingende sinnsstemning.

En mørk mann med blå, glinsende trøye smyer seg inn i rommet. Han har sett kameraet og ber om å bli fotografert. Flere ganger.

Han heter Sadek Miah. Mens han forteller om seg selv, går Ford ut av kontoret.

– Jeg har vært ute i tre og et halvt år nå, sier han med mild stemme. Han har diagnosen schizofreni og var innlagt i tre-fire år.

– Nå bor jeg midlertidig i en leilighet. Om noen måneder skal jeg få min egen. I Tower Hamlet, like ved. Han er 29 år, snart 30.

– Jeg tar medisiner, og er fornøyd med det.



BESØK: Mange stikker innom Beth Fords kontor. Nigel får tips om å bruke hårspray på skoene.

Her jobber han 15–16 timer i uken. Lønnen kommer på toppen av trygden. Ingen vits å jobbe mer, for da vil han miste trygd. Han er født i Bangladesh, men flyttet til Birmingham da han var to år gammel sammen med familien, som fortsatt bor der.

– Er Beth en grei sjef?

– Strålende! Jeg kan ikke klage.

Han forteller at jobben hans er å gjøre det Beth Ford sier at han skal gjøre. I dag er oppdraget å frakte noe papirmateriale.

Han kom hit til Florid fordi han hørte om prosjektet

– Så spurte jeg om jeg kunne få jobbe her. Jeg ble intervjuet, og fikk jobb. I et og et halvt år har jeg vært her. Det beste jeg vet er å våkne hver dag, dusje og spise frokost. Så går jeg på jobben, drar hjem og ser på tv. Det er livet. Det er ikke bra å bli sittende for seg selv.

Skriften på armen

Beth Ford kommer tilbake. Miah poserer enda mer, men nok får være nok: Som en myndig hundemor instruerer hun ham tilbake til arbeidet. Han gjør som hun sier.

– Du er en god sjef, fortalte han?

Et øyeblikk smiler hun sjenert, men så skynder hun seg å si:

– Florid har endret livet hans.

Sin egen bakgrunn vil hun ikke snakke om. Hun er urokkelig, ingenting kan lirkes ut av henne. Ikke engang om hun er vokst opp her på østsiden.

– Nei, min person har ingen interesse, mener hun.

Men tatoveringene på armene forteller sitt. «With a cut and a stitch My life my right», står det på venstre underarm. «My life my body» står det på den høyre. Og over albuen: «You never know your strength until you're tested».

Hun ligger over et A4-hefte i tjukt papir, Florid Bod Handbook, og forteller at her jobber noen og tredivre personer i ulike antall timer. Selv jobber hun fullt og vel så det. For trenger noen henne en søndag, kan hun alltid nås på telefon.

En blanding av mennesker

I fire år har stedet eksistert. Ford har vært leder fra starten. Å intervjuer henne er fort gjort:

– Hvor lenge er folk plassert her?

– Det er individuelt.

– Hvem hadde ideen til Florid?

– Brukerne.

– Hvordan er kjønnsfordelingen?

– En miks.

– Alder?

– Miks.

– Hvilken bakgrunn har de?

– Britene involverer mer

Bengt Karlsson oppholder seg nå i Manchester. Derfra ser han et helsevesen under et voldsomt press.

Karlsson leder Institutt for forskning innen psykisk helse og rus på Høgskolen i Buskerud. Han er psykiatrisk sykepleier og professor i psykisk helsearbeid.

Det brukerdrevne nettstedet Florid er i hans ånd. I England fins miljøene som er fremst i å involvere brukere av

psykisk helsevern, mener han.

– Første gang jeg skulle se på brukerstyring, var det hit vi dro. Her driver brukerne egne organisasjoner utenfor helsevesenet.

Folk som har egne erfaringer, ansettes i det offentlige som erfaringseksperter.

– Flere har dobbeltkompetanse. Personer med egen erfaring kan arbeide både i akademia og klinikk. Ansatte kombinerer

egenerfaring som brukere med forskning på høyt nivå.

Karlsson mener britene mer enn nordmenn klarer å innlemme brukerne aktivt i sosiale fellesskap.

– De er mest opptatt av at brukerne skal klare seg, ikke hvorfor de ikke klarer seg. Jeg opplever at det er en helt annen aksept for brukernes erfaringer i England.

Den ustabile økonomien i EU preger

i økende grad også England.

– Sosiale vansker fører til psykiske vansker, og omvendt. Men her er psykisk helsevern og sosiale tjenester integrert. De to henger nøye sammen. Har du ikke jobb eller et sted å bo, går det jo ut over den psykiske helsen. Her finner vi folk i fjerde generasjon uten jobb, de er født inn i arbeidsledighet. Da er det ikke mye glory, glory.

«Snart skal jeg få min egen leilighet. Bod Sadek Miah

- Miks.
- Telefonen ringer.
- Hello, honey bone, sier Ford.

Trener på å jobbe

Dette er altså Florids eneste kontor. Florid driver et nettsted, og de som jobber her hjelper til med å holde nettsiden i gang.

- *Hvordan er egentlig forholdene for psykiatriske pasienter?*

Hun er rask med å korrigere:

– Det heter ikke psykiatriske pasienter. Det heter mennesker med psykiske lidelser.

- *Er det nok tilbud for dem?*

– Aldri nok, synes jeg.

I håndboken står det om Florids mål og regler for dem som er ansatt. Det viktigste målet er å få folk tilbake i arbeid.

- *Hvordan hjelper du dem?*

– Jobber med cv-en. Bygger tillit. Hvis du vil jobbe, fins det arbeid.

Vi jobber med utdanning også. Alle har individuelle behov. Se her.

Hun slår opp på side 6.

- Det står i boken.

– *Har du andre prosjekter?*

– Alt står i boken.

Hun sitter ved pc-en. Klikk, klikk. Hun drar bilder hit og dit.

Miah er der igjen. Hun reiser seg for å følge ham. Hun er snart tilbake og setter seg ved pc-en igjen. Klikk-klikk.

Lokalene tilhører stiftelsen London East NSH, som finansierer Florid. En blid mann med lilla Jimi Hendrix-trøye tar turen innom for å hilse på. Han er ikke bruker, men jobber i en annen etasje. Nå beundrer Beth Ford hans nye, hvite sko. Men hvordan holde dem så rene? Ford vet råd: Bruk hårspray! Nigel, som mannen heter, er begeistret.

- *Er Beth en sånn som gir råd om det meste?*

– Ja, ja, bekrefter Nigel.

Beth smiler fornøyd og får en god klem.

Kan ytre seg fritt

I håndboken står det at Florids nettsted er for brukere av psykisk helsetjeneste og deres nærmeste. Her skal det formidles meninger og

FIKK JOBB: Sadek Miah er glad han kan jobbe. Ikke bra å bli sittende alene, mener han.



informasjon på en ubyråkratisk måte, gjerne med humor. Alle skal kunne dele erfaringer og meninger uten å bli møtt med fordømmelse.

Det skrytes av East London HMS, som har vært tøff nok til å overlate utgiveransvaret til brukerne.

Florid vil bidra til økt selvtillit, et meningsfylt liv og fremme sosial inkludering. Florid oppmuntrer brukerne til å ta ansvar for egen helse.

Florid-personene må være minst 18 år. Jobberfaring hos Florid kan de få bruk for i senere arbeid. Treningsprogrammene blir individuelt tilrettelagt og er delt i flere nivåer. Etter å ha bestått hver modul, får de ansatte et bevis som de kan vise til framtidige arbeidsgivere.

De Florid-ansattes rulleblad blir sjekket, men en kriminell fortid er ikke til hinder for å få jobb hos dem.

«Er du bekymret eller vil fortelle om noe bra som har skjedd, husk at koordinator bare er en telefonsamtale unna», står det.

Selvskadere

På nettstedet kan man lese litt av hvert. Nyheten på topp handler om en 101-åring som har løpt en ti-kilometer i London. Flere blogger. En av dem kaller seg «Happy2bmad». Hun forteller at hun har jobb, hobbyer og psykiske problemer. Livet går opp og ned. «Hva er egentlig poenget med å være her? Hvorfor skal jeg streve hver dag for å komme gjennom?» skriver hun en depressiv dag.

Noen sliter med sex, andre med vektøkning som følge av medisinering. Selvskading er et hyppig tema.

Beth Ford er stadig der og svarer på spørsmål. En selvskader ber om råd, og Ford henviser til HUSH – Hidden Universe of Self-Harm.

- A wonderful group, skriver hun på nettet.

HUSH er en brukerstyrt støttegruppe for selvskadere. Den har møter tre ganger i uken, om tirsdagen bare for kvinner. Dessuten er det åpen telefonlinje hele døgnet – rett til Beth Ford eller en av hennes kolleger. Gruppen har nettside, også: www.hushproject.co.uk.

– Jeg håper dette hjelper. Beste hilsen fra Florid-koordinatoren, skriver Beth Ford.

Florid

- » Et britisk nettsted for mennesker med psykiske lidelser og deres nærmeste.
- » Har kontor i Øst-London, der alle ansatte har erfaring som brukere av helse-tjenesten
- » www.florid.org.uk



– *Du har sansen for en slik integrering?*

– Ja, jeg er veldig begeistret. Forskning hjemme viser at det er klare forskjeller i psykisk helse relatert til sosial tilhørighet, men det snakkes nesten ikke om. I England er det en selvfølge å snakke om slike forskjeller. Det gjelder også kjønn, etnisitet, religion og seksualitet.

Han samarbeider nå med to akuttambulante team i Manchester.

– Standarden i akuttpsykiatriske bygg i det offentlige er langt under pari. Det er en sammenheng mellom hvordan sykehus ser ut og hvordan pasienten har det. Hvordan den offentlige fattigdommen slår ut i psykisk helsevern har vært et tema i ulike publikasjoner her i Storbritannia.

– Ungdommene som gjorde opprør i fjor, ble kalt for en gjeng med banditter av regjeringen. Men når du er 16 år, blir forelder

og er arbeidsløs, må det bli vanskelig. England har den høyeste raten i Europa med tenåringsforeldre.

Kampanjer formidler for tiden at det er lurt å runde 20 før du får barn.

– Klasseforskjellene er enorme, og det offentlige forfallet er stort.

Sykepleiere er under press:

– Det skrives stadig om sykepleiere som har gjort grove feil. Her i regionen var det

aktuelt å stenge et sykehus på grunn av mistenkelige dødsfall blant nyfødte. Det ble spekulert i om det skyldtes dårlig hygiene og manglende medisinsk oppfølging.

– *Tror du standarden på sykepleierne er dårligere enn i Norge?*

– De økonomiske betingelsene for offentlig ansatte sykepleiere er i hvert fall langt dårligere, og det innvirker klart på den faglige kvaliteten.



Ser lite til helsesøster

– Faren for at England får en «tapt voksgenerasjon» er stor når mer enn 2 500 elever må dele på en skolehelsesøster. Tekst og foto Bjørn Arild Østby

Health Visitor

En sykepleier eller jordmor med eksamen i offentlig helse og erfaring innen barns helse og utvikling. Health visitor arbeider med barn opp til fem år, deres foreldre, lokalsamfunnet og andre tjenester for å fremme helse og trivsel og forebygge sykdom.

Fiona Smith er alvorlig bekymret for helsetilstanden og ikke minst helsetilbudet til skoleelevene i England. Hun jobber som rådgiver for barne- og ungdomssykepleie i det engelske sykepleierforbundet Royal College of Nursing (RCN).

Krever uniform

England er kjent for sine tradisjoner. En av dem er skoleuniformen. Jenter med lårkorte skjørt og gutter i knebukse, med store fargerike dressjakker påsydd skolens emblem er et ikke uvanlig syn i Londons gater. Tradisjonen ble innført ved lov allerede i 1944.

Men hva med eleven i uniformen? Det bekymrer Fiona Smith.

– Hvorfor?

– Åtte skoler og mer enn 2 500 elever. Det er arbeidsplassen til

en helsesøster i skolehelsetjenesten i England. Da er det grunn til å være bekymret.

RCN har gjort flere undersøkelser blant helsesøstre i skolehelsetjenesten i landet. Resultatene er alarmerende.

» En av seks skolehelsesøstre fortalte i fjor om stillingskutt.

» En tredel rapporterte at de hadde blitt pålagt ansettelsesstopp det siste året og at et stadig økende antall stillinger blir stående ubesatte.

» Samtidig viser statistikken at barne- og ungdomskullene vokser i stadig hurtigere tempo.

Det haster

– Hvem skal forebygge framtidige helseproblemer blant dagens elever om ikke skolehelsesøstre, spør Smith retorisk.



TRADISJON: Skoleuniform ble innført ved lov i England allerede i 1944.

Hun ser utfordringene, men mener også å ha svaret.

– Livsførselen til dagens barn og unge er bekymringsfull. De vet lite om det å ta vare på egen helse. England er i ferd med å få en generasjon som ikke kan lage mat. Alt kommer fra supermarkedet og settes rett i mikroen. For ikke å nevne utfordringer knyttet til alkohol, røyk, seksuell atferd, psykisk helse.

Smith mener skolehelsesøstre er en positiv motvekt i livet til barn og unge gjennom å tilrettelegge for atferdsendring og å fremme sunn livsstil. Men da må de gis tid til å være sammen med elevene.

– Hvor stort er behovet?

– Det er vanskelig å tallfeste behovet for skolehelsesøstre. Men RCN har tidligere anslått behovet til rundt 6 000 skolehelsesøstre, ifølge RCN-rådgiveren.

Fakta

Den engelske sykepleierorganisasjonen RCN har gjennomført flere undersøkelser blant skolehelsesøstre med nedslående resultat:

- » En skolehelsesøster har i snitt ansvar for 2 656 elever.
- » De har i snitt ansvar for åtte skoler – hver fjerde mer enn 10 skoler.
- » To av tre opplever stress fordi de har ansvar for altfor mange elever og skoler.
- » Hver femte har opplevd at bemanning er redusert det siste året.
- » Tre av fire har det siste året fått lønnen redusert.

Fra RCNs spørreundersøkelser blant 1 600 skolehelsesøstre (2010 og 2011).

Det er i dag rundt 3 300 videregående skoler i England, men bare vel 2 600 skolehelsesøstre. Langt fra tidligere det helsepolitiske målet om at en skolehelsesøster i 2010 kun skulle ha ansvar for en videregående skole og fem grunnskoler.

– Når det er mangel på en yrkesgruppe, er ikke løsningen å redusere bemanningen ytterligere og å innføre stillingsstopp, slik vi opplever i dag, sier Fiona Smith.

Prioriterer de yngste

Regjeringen lovet i 2010 å skaffe 4 200 nye stillinger for såkalte Health Visitors (se faktaboks s. 30) fram til 2015. Disse skal jobbe med barn opp til fem år og deres foreldre. Målet er at alle familier i England skal få besøk av en Health Visitor.

Det er ingen tvil om at det er behov for stillingene. Hver eneste en. I Coventry er det for eksempel bare 28 kvalifiserte Health Visitors til en befolkning på over 25 000 innbyggere under fem år.

Fiona Smith ønsker også stillingene velkommen, men frykter for konsekvensene satsingen på Health Visitors vil ha for skolehelsesøstre.

– For å opprettholde dagens antall Health Visitors trenger England 6 000 nye de neste fire årene, bare for å erstatte alle som går av med pensjon eller forventes å forlate yrket. Hvor skal



BEKYMRET: Fiona Smith i det engelske sykepleierforbundet RCN.

«En helsesøster har åtte skoler og mer enn 2 500 elever.

regjeringen rekruttere disse fra? Skolehelsesøstrene?

Det er blitt satt i gang 29 oppfriskningskurs beregnet for Health Visitors ved universiteter i England. Kursene er på mellom tre og seks måneder, og blir betalt av det offentlige (NHS). Samtidig opplever skolehelsesøstre at utdanningstilbudene deres stadig blir kuttet i.

– Hva er ditt råd til regjeringen?

– Den bør se Health Visitors, skolehelsetjenesten og jordmor-tjenesten i en større sammenheng. Vi må ikke stjele fra Peter for å betale Paul. En godt planlagt og koordinert helsetjeneste til barn og unge vil ha livslang påvirkning gjennom voksenlivet.

Fiona Smith frykter en utvikling hvor dagens skolehelsesøstre blir «tvunget» til å ta arbeid som Health Visitors for å oppfylle regjeringens prestisjefylte mål fram mot 2015.



Cameron tar til høyre

Et drama om utformingen av helsevesenet gikk mot sitt foreløpige klimaks da parlamentet i London i mars godkjente en lov som gir legene lokalt ansvar for det meste av pengene i systemet. Tekst **Barth Tholens**

Været er ustabilt i London. Det ene øyeblikket kan de staselige parlamentsbygningene ved Themsen være badet i sol. Så klumper plutselig skyene seg sammen, og i neste øyeblikket høljer regner ned over paraplyene som skynder seg mot Whitehall. Et steinkast unna, i Downing Street, der den britiske statsministeren holder til bak tunge sperringer, ser politimennene ut som vasstrukne dukker.

Det er ikke bare været som har skiftet raskt i England denne våren. For alle som har vært opptatt av helsetjenesten, har dagene siden Cameron tok over vært fylt av dramatik. 20. mars ble den nye helse- og sosialloven (The Health and Social Care Bill) endelig vedtatt, etter lang og innbitt motstand fra både sykepleiere, leger og andre yrkesgrupper i helsetjenesten. Nå venter den største reformen i det engelske helsevesenets (NHS) historie. Den skal være på plass våren 2013.

Tatt på senga

– Ja, vi ble tatt fullstendig på senga av regjeringens lovforslag, innrømmer Howard Catton, helsepolitisk

talsmann i det britiske sykepleierforbundet, RCN. Fra sin base noen kvartaler unna parlamentet har forbundet drevet intens lobbyvirksomhet for å få politikerne over på bedre tanker. Til ingen nytte, skulle det vise seg.

– Før valget hadde vi ingen indikasjoner på at en slik reform lå og ventet. Tvert om, de konservative hevdet at NHS ville være trygg i deres hender om de vant, mener Catton.

– Det forelå rapporter om at helsetjenesten faktisk kunne vise til svært gode resultater på kreftbehandling, infeksjoner, dødelighet og liggesår. Vi brukte ikke mer penger enn andre land gjør på sitt helsevesen.

Sjokket var derfor stort da den engelske helseministeren Andrew Lansley, bare tre måneder etter at den konservativ-liberaldemokratiske regjeringen til David Cameron hadde tiltrådt i 2010, klasket et dokument på bordet som slo fast at helsetjenesten var for svær, for byråkratisk og topptung.

Legene overtar

I korte trekk går reformen ut på at de 151 eksisterende helseforetakene skal avvikles, og at lokale sammenslutninger av allmennpraktiserende leger heretter skal styre mesteparten av pengeflommen i det engelske helsevesenet. Disse sammenslutningene skal ha ansvar for å velge den beste og mest kostnadseffektive behandlingen for sine pasienter, enten hos offentlige eller hos private tilbydere av helsetjenester. Disse skal konkurrere innbyrdes med hverandre. Helsedepartementet skal ikke lenger direkte styre helseforetakene, men bare legge premissene for kvalitet.

Bakteppet er dessuten at regjeringen vil kutte utgiftene med hele 180 milliarder kroner fram til 2015, gjennom effektiviseringstiltak som blir beskrevet i reformen. Kuttene er et resultat av etterslepet fra finanskrisen: Statens finansielle underskudd er prekært.

– Cameron og hans helseminister solgte inn reformen med mange smarte ord, mener Howard Catton i dag.

– Pasienten skulle være i sentrum; Helsevesenet skulle ikke lenger ledes av byråkrater og økonomer, men av dem som faktisk arbeider med pasientene. Og det skulle være et helt nytt fokus på pasientresultater. Smart, fordi slike tanker er det vanskelig å argumentere imot. Men da vi så detaljene i planene, stilte vi spørsmålet om tiltakene egentlig bygget under disse vakre målsettingene. Tilbakemeldingene som sykepleierforbundet har fått fra grunnplanet,



KLASSISK HØYREPOLITIKK: David Cameron lovte før valget at helsetjenesten var i trygge hender. Men tre måneder etter valget varslet han den mest dramatiske høyredreiningen noensinne i National Health Services. Foto: NTB scanpix.

Historien

- › Loven om opprettelsen av den engelske helsevesenet National Health Services ble vedtatt i 1948, under Labour.
- › Det offentlige skulle ha kontroll over et bredt spekter av helsetjenester og

- samlet disse under en felles organisatorisk paraply.
- › NHS er i dag verdens femte største arbeidsgiver, med cirka 1,2 million offentlig ansatte helsearbeidere.

- › Under Margaret Thatcher ble det innført mer desentralisert forvaltning, mål- og resultatstyring og et mer prestasjonsrettet lønssystem.
- › Det ble også innført et bestillersystem

- som gjorde kostnadene for pasientdøgn og behandlingstilbud mer synlig.
- › The Health and Social Care Bill ble vedtatt mars 2012. Den er den største reformen siden etablering av NHS.

peker heller på at det motsatte vil skje, mener Howard Catton.

– Klassisk høyrepolitikk

Motstanderne mener at regjeringen nå driver klassisk høyrepolitikk. Det vil bli lagt opp til økt konkurranse i et slags indre marked av helsetilbydere. Det vil på sikt kunne føre til et mer privatisert helsevesen hvor det offentlige ikke lenger er en universell tilbyder av helsetjenester, men en overbygning for et flytende marked, med lokale legepraksiser som vil drives på rent forretningsmessig grunnlag.

Det blir blant annet slutt på fastprissystemet for forskjellige typer behandling. I stedet vil prissettingen på behandling bli konkurranse-drevet. På sin side bedyrer regjeringen Cameron at de fortsatt ønsker å finansiere helsetjenesten over skatteseddelen. Helseminister Andrew Lansley mener at økt konkurranse vil gi høyere kvalitet på helsetjenesten og stimulere til nyskaping.

– Regjeringen har åpenbart store visjoner med sin reform. Men på oss virker det heller som de går løs på helsetjenesten med øks for å spare kortsiktige penger, mener Tim Curry, nestleder i avdelingen for sykepleie i RCN.

– Da forslaget kom for 18 måneder siden initierte vi en kampanje, «Frontline First». Intensjonen var at grasrota skulle si fra om effekten av regjeringens ulike tiltak. Til å begynne med irriterte det regjeringen. Vi kom frem til at kuttene ville føre til at hele 65 000 stillinger ville falle bort på landsbasis.

– Det Frontline First fortalte oss var at det er en fare for at sykepleierledere og sykepleiere med spesialutdanning ville forlate sine jobber, mens man trenger disse talentene når man skal få reformen til å virke, mener Tim Curry.

– All erfaring tilsier at man kanskje trenger to år for å få til en slik reform, så hvor mye lenger vil det ta hvis man samtidig mister så mye nøkkelpersonell som det tar syv år å utdanne? Regjeringen formidler hele tiden sitt budskap om at pasienten skal ha høyt spesialisert personell ved senga når reformen trer i kraft. Men virkeligheten blir ikke slik, mener Curry.

Han mener det ikke er tilfeldig at det stadig oftere kommer avsløringer om overgrep mot pasienter.

En seier

18 måneder med lobbyvirksomhet har i mellomtiden gitt sykepleierne kun én seier: De oppnådde enighet om at sykepleierne måtte bli representert i styrene for de lokale sammenslutningene som nå skal forvalte 80 prosent av NHS sitt samlede budsjett. En sykepleier er også valgt inn i NHS sitt nasjonale styre.

Til tross for denne seieren erklærte sykepleierforbundet at de formelt motsatte seg loven da denne ble vedtatt på en regntung vårdag i mars. Det er de ikke alene om. Også den britiske legeföreningen kjemper mot loven, selv om den gir legene stor makt.

– Vi har aldri samarbeidet så nært med Legeföreningen som i disse månedene. Det har flere årsaker. Blant annet mener de fleste yrkesorganisasjonene at regjeringen ikke har tatt høyde for de



ERKLÆRTE MOTSTANDERE: Tim Curry og Howard Catton i det engelske sykepleierforbundet har vært i harder kamper mot Regjeringens forslag. – De snakker om bedre kvalitet, men realiteten blir færre jobber, lønnsfrys og dårligere pensjoner, mener de. Foto: Barth Tholens

kostnadene som ligger i selve omorganiseringen av helsetjenesten, mener Howard Catton.

– Også når pengene skal styres lokalt, trenger man et større apparat for å styre forhandlingene med tilbyderne. Man vil trenge et massivt byråkrati for å overvåke den frie konkurransen mellom tilbydere, og man trenger mange nye spesialister som kan inngå kontrakter. Og hvem skal egentlig kontrollere at de lokale legesammenslutningene bruker de 540 milliarder de nå får ansvaret for på en fornuftig og effektiv måte?

Lønnsfrys

Sykepleierforbundet frykter også at Camerons reform vil gå ut over lønningene. Finanskrisen har allerede ført til at regjeringen har innført to år med lønnsstopp. Når forvaltningen av NHS nå blir mer og mer lokal, ønsker regjeringen også å overføre ansvaret for lønnsforhandlingene til de lokale partene. De har uttalt

«Cameron og hans helseminister solgte inn reformen med mange smarte ord. *Howard Catton, RCN*

at de offentlig ansatte helsearbeidere tjener for mye i forhold til de som arbeider i private firma. Særlig i de store byene.

– Både lønningene og pensjonene er under stort press. Folk tror kanskje at lønningene vil øke igjen når lønnsfrys-perioden er over, men det spørs. Personlig tror jeg at hele tiåret vil bli vanskelig, sier Howard Catton.

– Det som skjer er at man bryter forbindelsen mellom kvalitet og kvalifikasjoner. Hvis du vil at folk skal være innovative, modige og oppfinnsomme, slik regjeringen legger opp til, må du tilby interessante og engasjerende jobber. Men regjeringen gjør det motsatte.

Catton innrømmer at ansatte i privat sektor i dag ofte ser opp



Endringene

- ▶ 180 milliarder i kutt gjennom effektiviseringstiltak, bl. a opp til 45 % av de administrative stillingene i helse-tjenesten
- ▶ Størstedelen av det årlige helsebud-

sjetten, over 500 milliarder kroner, skal forvaltes av pasientnære og lokale sammenslutning av allmennleger.

- ▶ Pasienten skal stå i sentrum. Et nytt organ, Health Watch England, skal over-

våke at pasientens forbrukerrettigheter blir ivarettatt. Pasientene skal få større valgfrihet og bedre innsyn.

- ▶ Bedre oversikt over behandlingsresultater skal gjøre det mulig å sette inn tiltak

for å øke kvaliteten i pasientbehandlingen.

- ▶ Det skal være økt konkurranse i helsevesenet og det skal bli lettere for private tjenesteytere å konkurrere med det offentlige.

til offentlige ansatte helsearbeidere fordi de har større jobbsikkerhet og høyere lønninger. Men den tiden vil snart være forbi, mener han.

– Før var offentlig virksomhet i England et eksempel på hvordan tingene burde gjøres. Man satte en standard. Dagens regjering tenker ikke slik. De tenker mest på kostnadseffektivitet.

Flukt og nyrekruttering

Sykepleierforbundet er redd mange helsearbeidere vil forlate sektoren. Kanskje er det av frykt for å miste medlemmer at for-

bundet nå har bestemt at også ikke-sykepleiere skal kunne være medlem. Organisasjonens talsmenn har insistert på at det er kunstig å opprettholde et skille mellom sykepleiere og andre pleiere, så lenge disse ofte jobber tett sammen i helsetjenesten for å levere de samme tjenestene. Uenigheten om vedtaket har imidlertid vært stor, og utviklingen blir fulgt med argusøynene i utlandet.

Mot et amerikansk system?

– Er denne reformen bare begynnelsen? Går det mot et amerikansk system?

– Det er mulig å spare

– Finanskrisen gjør at vi alle er i samme båt og må kutte kostnader. Men regjeringen har faktisk skjermet helsevesenet, mener Dame Christine Beasley, nasjonal sjefsykepleier i England.

Tekst **Ellen Morland** Foto **Marit Fonn**

Dame Christine Beasley er Englands nasjonale sjefsykepleier, en stilling som også står på Norsk Sykepleierforbunds ønskeliste for fremtiden. Forbundet har vedtatt å jobbe for dette, men ikke spesifisert hvordan en eventuell norsk sjefsykepleierstilling skal være.

Det britiske helsevesenet har fire av dem, i Wales, Skottland, Nord-Irland og England. Deres oppgave er å gi råd til helseministeren og andre organer om alt som har med sykepleie å gjøre.

«Det er i de store, strukturelle forandringene det er mulighet for å spare.

Sjefsykepleier Dame Christine Beasley

Beasley sitt kontor er i helsedepartementet, midt i hjertet av parlamentsområdet i London. Rett over gaten ligger Downing Street, statsministerboligen. Beasley mener det er et stort pluss å ha en sykepleier så nær makten, en som kan tale deres sak, og gi et signal om at sykepleiere har en plass i ledelsen i helsevesenet.

Hennes rolle er ikke å være fagforeningens talerør. Hun må sette seg inn i hva politikerne ønsker å oppnå, og deretter foreslå hva sykepleiere kan bidra med, forklarer hun. Så det går i faglige råd som skal sikre god kvalitet i helsetjenesten.

– Hører politikerne på rådene fra deg?

– Vel, svarer hun, med en liten latter.

– Det har variert hvor stort gjennomslag vi har fått, men jeg har alltid opplevd, etter å ha samarbeidet med fem helseministre, at politikerne er lydhøre overfor mine innspill. De er veldig opptatt av at helsetjenesten skal ha høy kvalitet. Da de store nedskjæringene ble vedtatt i fjor, var det andre sektorer det gikk hardere utover enn helse.

Enormt stort helsevesen

Beasley er i ferd med å avslutte jobben som sjefsykepleier, som

hun har hatt siden 2004. Hun går av med pensjon i mai, midt i det som kanskje er den tøffeste perioden det engelske helsevesenet har vært igjennom. Det har kommet mange rapporter om negative konsekvenser de enorme budsjettkuttene allerede har fått. Nå må helsearbeiderne i tillegg manne seg opp til den største omorganisering helsevesenet noensinne har gjennomført, etter at den nye helse- og sosialloven ble vedtatt i mars.

Hvordan skal engelske helsearbeidere overleve dette? Det har kommet massive protester, men Beasley tar ikke del i dem.

– Det er klart vi gjerne ville vært disse kuttene foruten. Samtidig er det slik at helsevesenet er en enormt stor sektor som har vokst for hvert år, omtrent 4 prosent i gjennomsnitt siden det ble opprettet. Bare der jeg bor, er det for eksempel fem sykehus i nærheten. Det er for mange sykehus og helsevesenet er ikke effektivt nok.

– Er det mulig å spare denne summen, 20 milliarder pund, uten at det går utover kvaliteten?

– Ja, jeg tror det, men jeg sier ikke at det blir lett. Men uten en omorganisering av helsevesenet er det ikke mulig. Det er i de store, strukturelle forandringene det ligger mulighet for store innsparinger.

– Det har kommet mange historier om at kuttene har fått negative konsekvenser.

– Ja, jeg har hørt dem, og jeg sier: Fortell oss hva som har skjedd, og vi skal se om vi kan gjøre noe med det. La oss komme til bunns i det. Vi har også allerede sett gode eksempler på at sykepleiere har stått opp og foreslått hvordan jobbe på en annen og mer effektiv måte av god kvalitet.

80-tallet var verst

– Hvordan vil vanlige sykepleiere merke omveltningene?

– Ikke så mye i sin hverdag, men selvfølgelig ved at lønningene ikke vil stige og pensjonene blir lavere. En god ting er at vi ikke skal miste stillinger mot at lønningene fryses.

Beasley er bekymret for spesialsykepleierne. Siden alle funksjoner skal gås gjennom med tanke på bedre effektivitet, tror hun spesialsykepleierstillingene vil være utsatt i denne prosessen.

Fakta

Dame Christine Beasley har vært Englands sjefsykepleier siden 2004, og slutter i mai, 68 år gammel. Hun har hatt en rekke lederstillinger i det engelske helsevesenet.

I 2008 ble hun hedret som «Dame Commander of the Order of the British Empire», som ga henne rett til å bruke tittelen Dame, tilsvarende Sir for menn.

I september kommer hun til sykepleierkonferansen i Oslo.

Howard Catton synes det er vanskelig å se langt framover i tid.

– At pengene skal styres lokalt, er kommet for å bli. Også det at det skal være konkurranse i tilbudet til pasientene. Men jeg tror at helsetjenesten fortsatt skal bli finansiert gjennom skatten. Med tanke på finansieringsunderskuddet i fremtiden, kan vi ikke lenger si at det bare brenner under føttene våre. Hele systemet er i full fyr. Siden både skatteøkninger og økte egenandeler vil være upopulære, må vi innstille oss på at det offentlige helsetilbudet vil bli bra, men mye mindre. Så kan private tilbydere supplere det offentlige – hvis folk har råd til det, mener Catton.

– Når du ser tilbake på periodene engelske sykepleiere har vært gjennom, hva husker du best?

– Det verste var i hvert fall 80-tallet. Da var vi også gjennom en stor innsparing, men det var utelukkende snakk om penger. Nå er det et sterkt fokus på at kvaliteten skal være bra. Vi skal spare, men også jobbe mer effektivt og bedre. Det var virkelig ille å se kolleger på arbeide hardt og likevel ikke klare å levere den kvaliteten vi ønsket. Vi hadde en følelse av at arbeidet vi gjorde ikke hadde betydning.

Beasley begynte i en vanlig sykepleierjobb på et sykehus i London i 1962. Først på slutten av 80-tallet rykket hun opp i en ledende stilling, og har etter det steget i gradene.

– Jeg må le ironisk når jeg tenker på hvordan jeg i min første tid som nasjonal sjefsykepleier måtte ta fatt på oppgaven med å bekjempe sykehusinfeksjoner. På 80-tallet forsvant vaskekontraktene en etter en i innsparingen. Man vasket mindre og mindre, og selvsagt økte bakterieproblemet.

Horror-historier

– Hvordan ser fremtiden ut for engelske sykepleiere?

– Utfordrende.

Hun konstaterer at sykepleierrollen har forandret seg gjennom hennes yrkesliv. Det er blitt flere tekniske hjelpemidler. Sykepleiere har fått mer kunnskap. Pasientene har andre forventninger, og forventningene vil øke videre.

– Men kjernen i faget er det samme som på Florence Nightingales tid: Å være behjelpelig overfor pasientene når de er på sitt mest sårbare og redde, understreker hun.

For fremtiden ønsker Beasley at sykepleiere skal heve stemmen og ikke være så passive, og understreker at hun generaliserer. Britisk media har de siste årene publisert en rekke historier om pasienter som har fått dårlig eller manglende behandling av sykepleiere på sykehus. Dette har gitt sykepleieryrket et labert omdømme.

– Når disse fæle mediehistoriene kommer, skulle jeg gjerne sett at sykepleiere tar til motmæle. Skriv e-post til redaksjonen og fortell at det ikke er slik på din arbeidsplass. Og pass på hvordan du omtaler yrket.

Hun mener at hvis en så stor yrkesgruppe som sykepleierne, på over 600 000, begynner å snakke mer positivt om sitt yrke, ville det ha enorm gjennomslagskraft, og forteller om noe hun opplevde hos sin lokale frisør.

– Der går jo praten og man overhører mye. Det viste seg denne dagen at damen i nabostolen var sykepleier. Hun var den som klaget over jobben sin. Jeg spurte frisøren om hun har lange og slitsomme dager. Nei, jeg har en fantastisk jobb, svarte hun. I slike settinger bør sykepleiere tenke nøyer over hva de sier. ■■■



SJEF: Dame Christine Beasley startet som sykepleier på en kirurgisk avdeling på et London-sykehus, og avslutter karrieren som Englands sjefsykepleier.



Der ute

Les mer om:

38 Fengsel eller sykehus ›

42 Rask hjelp for besvimte ›

48 Lykkelige smartprisvinnere ›

52 Kniver om sykepleiere ›

Tekst **Eivor Hofstad**



Foto: Bo Mathisen

EUROPAS helseministre ønsker innovasjon

Helse- og omsorgsminister Anne-Grete Strøm-Erichsen møtte nylig EUs helseministre i Danmark. De diskuterte hvordan framtidens helseutfordringer kan møtes gjennom innovasjon, blant annet innen legemidler og e-helse, i en tid hvor Europa står overfor økonomiske utfordringer og en aldrende befolkning. Strøm-Erichsen sa i sitt innlegg om innovasjon i norsk helsevesen at det må sikres et godt samarbeid i Europa for å dele erfaringer og utnytte hverandres kompetanse.

I tillegg diskuterte ministrene utfordringer knyttet til medisinsk utstyr, og behovet for regelverk og samarbeid for å sikre trygg bruk av slikt utstyr.

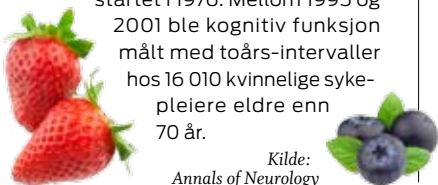
– Det er viktig at vi får anledning til å delta på EUs uformelle ministermøter, nettopp fordi dette er en arena hvor vi kan komme i dialog med EUs medlemsland om helsepolitiske spørsmål, sa Strøm-Erichsen.

Kilde: Norges EU-delegasjon

Bær hjelper sykepleierhjerner

Høyt inntak av flavonoidrike bær som blåbær og jordbær, kan utsette kognitiv aldring med 2,5 år. Det er siste nytt fra den store og langvarige amerikanske Nurses' Health Study som startet i 1976. Mellom 1995 og 2001 ble kognitiv funksjon målt med toårs-intervaller hos 16 010 kvinnelige sykepleiere eldre enn 70 år.

Kilde: Annals of Neurology



DANSKENE diskuterer besøktider

På den danske pasientsikkerhetskonferansen i april oppfordret sekretariatsjefen i Dansk Selskab for Patientsikkerhed, Beth Lilja, alle leger til å gå hjem og sjekke om de har besøktider på sin avdeling, og vurdere om den bør avskaffes.

– Hva skal man med en besøktid? Hvem er den egentlig til for? Skal den beskytte pasientene så de ikke får snakke med pårørende eller de pårørende så de ikke har dårlig samvittighet for ikke å være der hele tiden? Skal den beskytte personalet mot spørsmål? Eller er det bare en overlevning fra gamle dager hvor man lå i sengen på 10-sengsstuer? spurte Beth Lilja og svarte selv:

– Halvdelen av landets avdelinger kan klare seg fint uten besøktid, så er det ikke bare en gammel støvete kultur vi opprettholder? La oss avskaffe den på alle avdelinger på alle sykehus.

Kilde: Ugeskrift for læger



Foto: Colourbox

AMERIKANSK hygienekamp

Mens mange nosokomiale (sykehusoppståtte) infeksjoner gikk tilbake i USA på 2000-tallet, har antallet sykehusopphold assosiert med Clostridium difficile (C. difficile) blitt tredoblet før de steg til værs til historiske høyder.

C. difficile er en bakterie som forårsaker alvorlig diaré og dreper 14 000 amerikanere årlig. Den koster det amerikanske helsesystemet 1 milliard dollar i året. Bakterien er den hyppigste årsaken til nosokomial diaré, og immunsvekkede pasienter er spesielt utsatt.

I tillegg viser det seg at slike infeksjoner har forflyttet seg ut av sykehusene. 75 prosent av dem begynner nå utenfor sykehusene i medisinske miljø som sykehjem og såkalte outpatient clinics.

Det amerikanske helsedepartementet har nylig oppdatert en nasjonal tiltaksplan for å eliminere helsepersonell-relaterte infeksjoner.

Kilde: Department of Health and Human Services, USA



Illustrasjon: Devonsun/NTB scampix

ENGELSK prematur-studie

Små premature nyfødte kan fint tåle melk, og reduserer dermed behovet for intravenøse drypp og infusjoner, viser en studie fra Universitetet i Oxford.

400 spedbarn, født minst fem uker for tidlig og små for alderen, var med i studien. De ble delt i to grupper: En fikk melk på dag to etter fødselen, mens gruppe to fikk melk på dag seks. Tre av fire fikk morsmelk fra egen mor, mens resten fikk det fra donor eller som morsmelkserstatning.

Høyrisiko-premature er også sårbare for alvorlige mage-tarmproblemer, inkludert nekrotiserende entrokoli (NEC). Det viste seg at det var liten forskjell mellom gruppene i forekomst av NEC. 18 prosent utviklet det i gruppen som fikk melk tidlig, mens 15 prosent fikk det i gruppen som fikk melk på dag seks.

Kilde: BBC



Foto: Colourbox



Økning i JAPANSKE katastrofesykepleiere

Suga Sakamoto, president i det japanske sykepleierforbundet, er stolt over at landets sykepleiere stilte opp etter det store jordskjelvet som rammet Øst-Japan i fjor. I det siste nyhetsbladet fra forbundet skriver hun at de spesialiserte katastrofesykepleierne (disaster relief nurses) samlet seg fra hele Japan for å bidra, og at antall registrerte katastrofesykepleiere økte fra 4 800 i 2010 til 6 300 i 2011.

Illustrasjon: Colounbox



Foto: Colounbox

OECD-landene sliter med diabetes

83 millioner mennesker i OECD-landene lider av diabetes. Fortsetter trenden, vil tallet stige til 100 millioner innen 2030.

Norge og Storbritannia har nest minst diabetes i OECD-landene (etter Island), med en prevalens på 3,6 prosent for voksne mellom 20-79 år. Mest diabetes har USA med 10,3 prosent og Mexico med 10,8 prosent.

– Å forebygge og behandle diabetes vil koste 90 milliarder euro i året bare i Europa, sa visegeneralsekretær Yves Leterme i OECD på et diabetes-forum i København nylig.

I de kommende ti år, vil to av tre være overvektige eller lide av fedme i enkelte OECD-land. Disse vil ha mange ganger større risiko for å utvikle diabetes type 2.

Kilde: OECD Health at a Glance 2011



Foto: Colounbox

Røykfri arbeidstid i SVERIGE

139 av Sveriges 290 kommuner har innført regler om røykfri arbeidstid. Forbudet innebærer at de ansatte kun får røyke i lunsjen og i kaffe-pauser.

At nesten halvparten av kommunene nå får røykfri arbeidstid, innebærer en fordobling på to år. I fylkene er andelen større, der har 15 av 21 innført røykeforbud i arbeidstiden.

Den harde linjen mot røykerne skal kompletteres med at kommuner og fylker tilbyr støtte til den som vill slutte å røyke.

Kilde: Duochjobbet.se

ENGELSKE sykepleiere vurderer leger

Når leger skal fornye registreringen sin hvert femte år hos General Medical Council i Storbritannia, skal minst 15 kolleger (deriblant sykepleiere) bli bedt om å vurdere legens prestasjoner. De skal fylle ut spørreskjemaer hvor de må vurdere legenes kliniske ferdigheter, pålitelighet, data- og journallagring, imøtekommenhet mot pasientene og generelle evner til å praktisere. Karakterene kan variere fra svært bra til dårlig.

Det nye systemet er ment å innføres i løpet av året, og er det eneste i verden hvor sykepleiere og andre helseansatte er involvert i å vurdere leger i en slik revalidering.

Kilde: Nursing Standard



Illustrasjon: Jose Manuel Gelpi/NTB Scanpix

Magnet-sykehus best for nyfødte i USA

En amerikansk studie viser at blant 72 000 nyfødte med svært lav fødselsvekt, var det best resultat dersom barnet var født på et godkjent Magnet-sykehus.

Magnet-barna hadde signifikant lavere forekomst av sykehusinfeksjon, dødelighet i løpet av første uke og alvorlig intraventrikulær blødning enn dem som ble født ved andre sykehus.

Imidlertid hadde ikke Magnet-barna lavere dødstall ved 28 dager, viser studien som er publisert i JAMA, 25. april.

Kilde: Nurse.com



Foto: Colounbox

Riskhospitalet



Er den siktede tilregnelig? Eller psykotisk?

For å få svar, trår sykepleierne på Dikemarks sikkerhetsavdeling til.

Blir det fengsel eller sykehus?

Observerer for retten

» Er den siktede voldsutøveren tilregnelig eller ikke? For å finne ut av det, kan det være nødvendig med døgkontinuerlig judisiell observasjon i psykiatrien.

» Straffeprosessloven **paragraf 167** regulerer dette: «Er det nødvendig for å bedømme siktets sinnstilstand, kan retten etter at forsvarer og oppnevnte sakkyndige er hørt, ved kjennelse bestemme at han skal innlegges til undersøkelse på psykiatrisk sykehus eller annet egnet undersøkelsessted. Retten fastsetter samtidig frist for varigheten av innleggelsen.»

Bente Sundbye låser opp porten. Bak henne er et gult murbygg. Det er den regionale sikkerhetsavdelingen i Helse Sør-Øst. Avdelingen ligger godt tilbaketrukket på Dikemark-området tre mil utenfor Oslo.

Gjerdet, som lenge har vært etterlyst av personalet, ble satt opp i en fei i vinter. Men fortsatt vet ingen om Anders Behring Breivik blir dømt til fengsel eller behandling, eventuelt her på Dikemark.

Rettsaken har satt fart i flere debatter om psykiatrien. En av dem er judisiell observasjon. Bente Sundbye deltok i Dikemark-teamet som var på Ila fengsel for å observere Breivik.

Innlagt av retten

Det er grått og fuktig. Det graves rundt området, ellers er det stille og rolig. Fire menn rundt hushjørnet – én pasient, tre pleiere.

Sundbye er sykepleiefaglig rådgiver. Innenfor de gule veggene venter Kjell Kjærvik, enhetsleder på rettspsykiatrisk døgnenhet. Han veiledet teamet som var på Ila.

Men nå er det judisiell observasjon generelt de vil snakke om. Sundbye har utført denne type oppdrag mange ganger. Både hun og Kjærvik har jobbet her i 22 år. Begge er psykiatriske sykepleiere.

– Når vi får en henvendelse om observasjon, er det med bakgrunn

i paragraf 167 i straffeprosessloven.

Hvis det er nødvendig å vurdere en siktets persons psykiske helsetilstand, kan retten bestemme at han skal legges inn til undersøkelse på psykiatrisk sykehus. Dette gjøres av de rettsoppnevnte sakkyndige. Slik observasjon kan være nødvendig hvis det er aktuelt å dømme personen til tvungent psykisk helsevern.

Psykotisk eller ikke?

– En judisiell observasjon kan i prinsippet gjøres hvor som helst. Men de fleste som skal observeres, sitter i varetekt. Blant annet på grunn av rømningsfare må de derfor på en sikker institusjon. Vi har rammene og kompetansen som skal til. Fengsel og rettsapparatet blir da samarbeidspartnere, sier Sundbye.

Observasjon er vanligvis valgt fordi den siktede ikke ønsker å bli rettspsykiatrisk undersøkt eller nekter å samarbeide med de sakkyndige. Han kan for eksempel nekte dem å hente inn tidligere helseinformasjon. Det dreier seg om de tilfellene det ikke har vært mulig å konkludere om den siktede er tilregnelig eller ikke. Er han psykotisk, er han ikke tilregnelig.

– De sakkyndige trenger bredere grunnlag for å vurdere dette. Det er viktig å få riktig dom, sier Kjærvik.

– Det er de sakkyndige som skal konkludere, ikke vi, understreker Sundbye.

– Gjør oss flinkere

De sakkyndige styrer prosessen.

– Men det fins ingen formelle krav til hvordan vi skal utføre observasjonene. Derfor har vi utarbeidet våre egne prosedyrer. Andre som foretar slike observasjoner, gjør det etter sine standarder, sier Sundbye.

De to sykepleierne ser behovet for en nasjonal standard. Prosedyrene de nå bruker er på over 30 sider.

– Har observanden vært pasient her før, dukker spørsmålet om habilitet opp. Vi skal ikke være forutinntatte, påpeker Kjærvik.

Dersom observanden er åpenbart psykotisk, må observasjonen avsluttes, slik at observanden kan få helsehjelp. Helsehjelp går foran paragraf 167.

På et formøte informerer de sakkyndige om personen og juridiske forhold. Dette kan være tidligere sykehistorier, om den siktede er i varetekt, hva han er siktet for, om han har brev- og besøksforbud og tidsrammen for observasjonen.

Forventninger til samarbeidet avklares også. Noen ganger er de sakkyndige ute etter å kartlegge utvalgte områder, for eksempel kognitive funksjoner.

Kjærvik eksemplifiserer:

– Kanskje vil ikke den siktede spise i fengselet. Er det fordi han er paranoid? Skyldes det spiseforstyrrelser?

Andre ganger er bestillingen: Gå bredt ut.



ERFAREN: Bente Sundbye har vært med på judisiell observasjon mange ganger her på sikkerhetsavdelingen på Dikemark. Hun var også med i teamet som observerte Anders Behring Breivik i Ila fengsel.

Psykologen kan bli bedt om å ta psykometriske tester: Det kan være evnetester, personlighetstester eller nevrologiske tester. For å kunne ta en MR eller EEG-test, sier det seg selv at observanden må samarbeide.

– Interessant arbeid?

– Veldig! Det er utfordrende og stimulerende. Og det gir sekundærgevinster for personalet og behandlingen. Vi blir flinkere til å observere. Vi blir mer skjerpet, og det gjør at vi blir bedre i det daglige arbeidet også, sier Kjærvik.

– Ikke skriv at han er sint

To sykepleiere har hovedansvaret for pasienten og dokumentasjonen, og deltar på møtene med de sakkyndige. De som observerer er fagutdannet, og det er alltid minst to sammen med observanden.

– Til daglig behandler vi pasienter. Men når vi skal judisielt observere, går vi inn i en annen rolle. Vi skal

være nøytrale og objektivt beskrive, ikke tolke. Dette kan være utfordrende, spesielt hvis vi opplever at

observanden trenger ulike tiltak, sier Sundbye.

– Vi er jo vant til å skulle iverksette tiltak. Slik er sykepleieprosessen. Når vi observerer, stopper vi ved kartleggingen, sier Kjærvik.

Personalet som skal observere, må lære hvordan de skal dokumentere. Han forklarer:

– Ikke skriv: «Han er sint.» Skriv heller at han går rundt med knyttede never. Ikke skriv at pasienten er redd eller angstpreget. Si heller: «Han svetter, flakker med blikket, holder seg for seg selv.»

Selve kartleggingen består av seks hovedområder. Det kan være psykologisk status, som blant an-

net dreier seg om tankevirksomhet, kontaktevne, impuls kontroll og stemningstilstand. Sikkerhetsstatus

«Vi skal være nøytrale, ikke tolke.»

Bente Sundbye

handler om selvskading, suicidalitet og vold. Funksjonell og fysiologisk status er også med på listen.

Har aldri vært uenig

Observasjonene oppsummeres etter hver vakt. All dokumentasjon foregår på egen pc utenom det vanlige nettverket.

Sykepleierne bruker de seks hovedområdene når de skriver sammendrag som de har med til ukentlige møter med de sakkyndige.

– Det beste er om deres forestillinger og våre observasjoner stemmer overens. Det har aldri skjedd at vi har vært uenig i konklusjonene, sier Sundbye.





«Skal vi observere i fengsel, er vi på borte-bane.»

Kjell Kjærvik

TRAUMETERAPEUT: Kjell Kjærvik hjelper de ansatte med å bearbeide inntrykk. Her er han i mottaket, som også brukes til judisiell observasjon. Røykerom bak døren til høyre.

Observasjonen avsluttes med en tverrfaglig slutt rapport og et avslutningsmøte, der det er ønskelig at mange er med.

– Der er det lov å synse og snakke åpent om våre observasjoner og tanker rundt dette, sier Sundbye.

– Det er viktig at personalet har fått formidlet det de vil, om det er noe de har reagert på eller vil underbygge, tilføyer Kjærvik.

Dilemmaer

I arbeidet kan det oppstå både etiske og juridiske dilemmaer.

– Til vanlig er vi opptatt av pleie og behandling. Men en observand er ikke innlagt som pasient. Likevel kan

han ha følelsen av å være innlagt. Er han kognitivt dårlig, er det vanskelig for observanden å skille mellom dette. Noen observerer vil ikke omgås andre pasienter, siden de ikke identifiserer seg som pasient. Observasjonen tar jo ressurser fra den daglige drift, og vi må også ta hensyn til de innlagte pasientene.

Personalet har taushetsplikt, så det er observanden selv som eventuelt må opplyse om sin status til andre pasienter på avdelingen. Observasjonen starter nesten alltid i en egen enhet.

– Slik kan vi skape en relasjon til observanden. Men det kan være ønskelig å observere vedkommende i samspill med andre. Ved å flytte ham ut i et fellesmiljø, får vi nye observasjoner.

Hvis observanden bruker medisiner, for eksempel for adhd, kan det påvirke atferden og grunnlaget for observasjonen.

– Noen ganger må man gjøre noe med dette. Men hvis observanden allerede bruker psykosedisin, hva da? Det er en utfordring, sier Sundbye.

Er ikke innlagt

Et juridisk dilemma handler om kontrollkommisjonen.

– Kommisjonens oppgave er blant annet å kvalitetssikre behandlingen, men vi driver ikke behandling når vi observerer. Men vi ønsker likevel å

samarbeide med kommisjonen også når vi har 167-observasjon, sier Sundbye.

– Observanden er i hus, men ikke innlagt. Et dilemma er: Har han da rettigheter som pasient, spør Kjærvik.

Bare én gang har døgkontinuerlig judisiell observasjon blitt gjort i et fengsel i Norge, etter det de to vet. Det skjedde tre uker i mars, da Anders Behring Breivik ble observert. Dette foregikk i et eget innredet rom, utført av Dikemark-teamet.

– Skal vi observere i fengsel, er vi på borte-bane. Men hvis det først skal gjøres et annet sted, er det naturlig at det er i et fengsel, sier Kjærvik.

Men det kan by på problemer med fasilitetene.

– Det bør være et naturlig miljø. Her hos oss har observanden eget rom, kjøkken, stue og tv. Vi slipper å forholde oss til fengselets rutiner.

De to ønsker seg en egen enhet for judisiell observasjon. De ser for seg at en ende av bygget kan stå tom til vanlig. Når de får et 167-opdrag, kan personalet være atskilt fra de vanlige avdelingene.

De siste årene har mengden slike oppdrag vært økende.

– Hvorfor, tror dere?

– Det er en økende interesse. Nå har også advokatene blitt mer bevisst på paragraf 167. De rettsakkyndige ber oftere retten bruke paragrafen.

Framstilt som monstre

Kjærvik, som også er utdannet traumeterapeut, påpeker at de er vant til sterk kost.

– Vi kan høre om drap og alvorlige hendelser i nyhetene. «Ok, nå får vi en ny pasient», tenker vi. Og det får vi. Det er vi vant til.

Jobben hans er å hjelpe til med å bearbeide stress blant personalet.

Behandling / forebygging av ligge- og trykksår

Wima-labben

Avlaster områder som er utsatt for ligge- og trykksår

Bedrer mulighetene for sårleging

Behagelig i bruk, - luftig, lett, stabil og varmeisolerende



Wima produkter

HELU KOMMUNEN 71 67 69 11

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

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

– Vi har folk innlagt som er framstilt som monstre i mediene. Vi trener på å skille sak og person. Vi bearbejder og ventilerer meninger og inntrykk. Personalet blir utsatt for vold og trusler. Trusler som gjelder egne barn, treffer særlig hardt.

Poenget er å bearbejde tidlig, så man ikke blir preget av hendelsen.

– Ved å rekonstruere hendelsen, kan vi unngå senvirkninger. De ansatte har åpent tilbud. Å skille sak og person er vi ekstremt gode på. Nesten så gode at vi kan lure på om vi er blitt kyniske. Noen lurte på om de er blitt iskalde: «Er det noe i veien med meg som liker – eller ikke liker – den og den pasienten?» Men følelser er ikke farlig i seg selv, det er de følelsene som styrer deg vi må være

oppmerksomme på, sier Kjærvik.

– Vi har forum for å luften egne tanker i det daglige, sier Sundbye.

– Er det belastende når pasientene deres omtales i media?

– Ja, vi vil verne pasientene våre. Det kan stå fæle ting i avisene. Men ting er gjort fordi de er syke. Vi har høy grad av omsorg for dem.

– De kan si: «Hvordan klarer du å være hyggelig mot meg?» Noen er vant til å bli behandlet svært dårlig. Handlingen skal ikke vi forholde oss til, men personen. Noen ganger kan vi godt forstå hvorfor det gikk som det gikk, sier Kjærvik.

– Vi har erfart at man kan reagere på utagerende atferd på flere måter. Noen kan si: «Han er full av faen.» Da blir tilnærmingen deretter. Hvis

vi derimot forstår atferden som at han er full av angst, blir tilnærmingen omsorg. Det er viktig å ha kunnskap, så behandlingen blir god, sier Sundbye.

Andre land, for eksempel Sverige, har egne institusjoner for rettspsykiatri.

– Er Sverige et forbilde?

– Rettspsykiatrien er organisert ulikt fra land til land. I Sverige har de egne institusjoner for dette. Vi samarbeider med de to andre regionale sikkerhetsavdelingene og hospiterer blant annet i Sverige. Vi har også kontakter i Nederland, Canada og England.

Dømt til behandling

Her på sikkerhetsavdelingen får ikke

pressen treffe pasientene, for å beskytte dem.

Vi går ut en dør, passerer luftgården. Sundbye savner trærne som ble hugget ned da gjerdet ble satt opp. Vi går inn en ny dør og opp i tredje. Dette er mottaket, som nå er tomt for pasienter. Innerst i korridoren er et rom med salong, tv og spisebord. Til og med et røykerom – pasientene kan jo ikke gå ut og røyke når de vil.

I denne etasjen har det foregått judisiell observasjon mange ganger. Utsagn er blitt sitert. Atferd er blitt beskrevet. Rapporter er levert. Og dommer er blitt avsagt. Det hender personalet ser observanden igjen. Fordi han er dømt til behandling. ■■■

Tekst og foto **Marit Fonn**

T

rist



G

lad

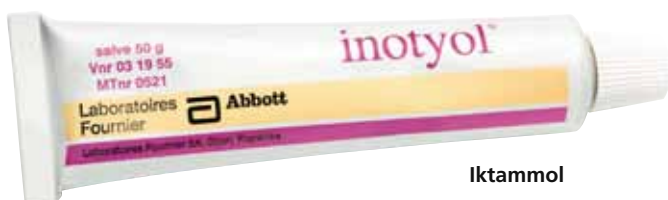


Inotyol®
Lindrende og beskyttende ved eksem, eksempelvis bleieutslett

Bleiebarn blir lett røde og irriterte på rumpa. **Inotyol®** er en velprøvd salve med lindrende effekt på følsom hud. **Inotyol®** er antiseptisk og minsker kløe og svie. **Inotyol®** har også en beskyttende effekt på hud.

Skal ikke brukes på væskende og infiserte sår.

***Inotyol®** er et godkjent legemiddel som har vært registrert i over 70 år. Finnes på apotek. Les pakningsvedlegget nøye.*



Iktammol

Abbott Norge AS
www.abbott.no
Telefon: 81 55 99 20

Abbott
A Promise for Life

Ved Sykehuset Østfold har landets første øyeblikkelig hjelp-poliklinikk for besvimte pasienter åpnet.

Ine bes



BLEK, MEN FATTET: Ine Larsen svarer sykepleier Mats Åhrstrøm så godt hun kan etter besvimelsesanfallet på skolen tidligere på dagen. Svarene gir viktig informasjon før den videre utredningen.

vimte



«Det er viktig å kjenne igjen forvaslene.»

Sykepleier Mats Åhrstrøm

For noen timer siden segnet 17 år gamle Ine Larsen sammen på skolen. Selv husker hun ingenting, men både lærer, medelever og helsesøster forsøkte å vekke henne. Det var ikke første gang hun besvimte. Ambulanse ble tilkalt, og hun havnet først i akuttmottaket, som så sendte henne videre.

Nå er hun her, på den nyåpnede poliklinikken for besvimte, tilknyt-

tet Korttidsposten og drevet av hjer-teavdelingen på Sykehuset Østfold. Poliklinikken har både timeavtaler, og som i dette tilfellet, øyeblikkelig hjelp.

Brenner for besvimelse

Ine er en av de første pasientene som ble sendt hit. Klinikken åpnet i slutten av april.

På fagspråket heter besvimelser

synkoper, og det finnes flere kategorier og alvorlighetsgrader (se faktaboks).

Grunnene til å åpne en egen behandlingslinje for pasienter som har besvimt, er flere:

– Besvimelser er ofte ikke farlige, og mange må gjennomgå unødvendige og dyre undersøkelser etter en besvimelse, sier Mats Åhrstrøm.

Han har jobbet ved hjer-teavdelin-

gen i ni år, og har videreutdanning i pacemaker-programmering. Han brenner både for hjerter og besvimelser.

Sammen med sykepleier Therese Orud og kardiolog Maria Lorentzon Omstad er det han som har vært pådriver for å få etablert denne poliklinikken. Orud jobber nå i akuttmottaket, og sykepleier Sissel Solberg



begynte ved poliklinikken da den åpnet.

Sannsynligvis billigere

– Undersøkelsene ved besvimelser har tidligere ikke vært godt nok systematisert. Det gjelder både for oss og ellers i landet. Vi har gjort en kartlegging som viser at besvimte pasienter ofte legges inn, og at det blir utført både billeddiagnostikk og blodprøver uten at det har ligget en plan bak. Det er dyrt, og det er ikke sikkert det avdekker risikopasientene blant de besvimte, sier Åhrstrøm.

– Vi håper dette kan gi pasientene et bedre tilbud, og at de får riktig behandling. Vårt hovedfokus er ikke å spare penger. Men det har nok hjulpet på vår argumentasjon for å få åpnet denne poliklinikken at vi blant annet kan unngå unødvendige innleggelser og undersøkelser, sier han.

I forbindelse med åpningen av poliklinikken er det utarbeidet retningslinjer for sortering og prioritering av de besvimte. Dette er gjort etter en utprøvd britisk modell, som er presentert på nettsiden Stars.org.uk. Åhrstrøm var selv med på en studietur til Newcastle og Manchester for å se hvordan de organiserte sine behandlingslinjer for besvimte pasienter. I Manchester er det en rent sykepleierdrevet poliklinikk – ved Sykehuset Østfold ønsket de å ha både hjertelege og nevrolog med på laget.

– Modellen er tilpasset norske forhold, men den er forankret i internasjonale guidelines. Vi håper også vi kan oversette informasjonen på den engelske nettsiden Stars til norsk. Det er vårt neste prosjekt, sier Mats Åhrstrøm.

Finner høyrisikopasienter

– Alle pasienter som kommer inn i akuttmodtak etter besvimelse, skal vurderes etter et flytskjema vi har kalt «behandlingslinje for synkope». Høyrisikopasienter legges inn, eventuelt etter konsultasjon med synkopeansvarlig lege eller nevrolog, som vi også har tilknyttet poliklinikken, sier han.

De pasientene som kan vente, henvises til synkopepoliklinikken og får tilbud om time hos en av de to sykepleierne i løpet av to uker. Alle skal da ha fått utført EKG og ortostatisk blodtrykksmåling i akuttmod-



BEKYMRET: Mor Liv Kristine Halvorsen og far Odd Gunnar Larsen håper de kan få et svar på hvorfor datteren Ine har besvimt så ofte den siste tiden. Sykepleier Mats Åhrstrøm tror på systematiske undersøkelser av besvimte pasienter.

taket. Dersom det er mistanke om hjerneskade eller epilepsi, kontaktes nevrolog.

Viktig sykehistorie

En del av standardiseringen er at alle pasienter med forbigående bevissthetstap uten kjent årsak skal vurderes av sykepleier ved å bruke et standard spørreskjema.

17-åringen Ine er fremdeles litt pjusk under den store dyna, og mor

mulig, både når det gjelder hva som skjer under besvimmelene, og familiens sykehistorie.

Etter at spørreskjemaet er gjennomgått, sier sykepleier Åhrstrøm at han går ut et lite øyeblikk. Synkopeansvarlig lege skal ta stilling til om Ine kan reise hjem, om hun skal tilbake for videre utredning, eller om kontakten med poliklinikken avsluttes her og nå.

Mor Liv Kristine Halvorsen og far

«Vi håper vi kan få et svar.»

Mor Liv Kristine Halvorsen og far Odd Gunnar Larsen

og far følger bekymret med mens sykepleier Mads Åhrstrøm stiller spørsmål på rekke og rad:

- Hvor lenge var du bevisstløs?
- Var du på et folksomt eller trangt sted?
- Var det varmt?
- Sto du lenge?

Hun svarer raskt og nesten uten betenkningsstid.

Mats Åhrstrøm stiller også noen spørsmål til foreldrene. Det var flaks at de kunne komme samtidig, så han kan få så fullstendig anamnese som

Odd Gunnar Larsen ser bekymret på datteren.

– Vi er litt spente, det har vært mange besvimelser de siste månedene. Det er klart vi støkker når vi får beskjed om at hun er hentet i ambulanse på skolen, sier de.

– Vi håper vi kan få et svar.

Ine nikker. Hun forteller at besvimmelseranfallene startet i oktober. Legen har gitt henne en ME-diagnose, og alle tre stiller spørsmål om besvimmelene kan ha sammenheng med denne.

Fakta besvimelse:

Kortvarig bevissthetstap, på fagspråk kalt synkope. Det finnes flere typer besvimelser:

- **Reflex/vasovagal synkope:** Økt vagus-tonus og sentral hemning av den sympatiske karmotstand – som gir blodtrykksfall og eventuelt en bradykardi. For lite blod til hjertet og for lite oksygen til hjernen fører til bevissthetstap. Årsak kan være at det er varmt, trangt eller lignende. Gir klare forvarslar med blant annet kaldsvetting, kvalme og svimmelhet. Ufarlig.
- **Ortostatisk synkope:** Plutselig blodtrykksfall, kommer for eksempel om man reiser seg for fort, eller i løpet av et par minutter etterpå. Årsak er ofte diuretika og medisiner som påvirker blodtrykket. Ufarlig.
- **Kardiell synkope:** Kan skyldes strukturell hjertesykdom eller arytmi. Besvimelse av denne årsaken kan være symptom på potensielt livstruende tilstand.
- **Nevrologisk synkope:** Besvimelse som skyldes for eksempel epilepsi eller TIA. Sjelden. En undersøkelse fra All Party Parliamentary Group viser at så mange som 74000 briter har en feilaktig epilepsidiagnose hvor de må ta medisiner – krampes under besvimmelseranfall er vanlig ved epilepsi, men også noe som ofte skjer ved besvimelser av andre årsaker.

Ine utredes

Sykepleier Mats Åhrstrøm kommer tilbake etter å ha konferert med kardiologen. For Ine og foreldrene er det, tross alt, gode nyheter: Ine skal utredes videre. Om to uker skal hun tilbake.

– Da skal vi forsøke å framprovosere en besvimelse.

Han forteller Ine at det er «verdens kjedeligste undersøkelse». Hun skal først ligge, og siden stå i 45 minutter. Har hun ikke besvimt etter en halvtime, får hun nitroglyserin, for å provosere kroppen ytterligere.

– Målet er å avklare om det dreier seg om vasovagal synkope, og det blir for lite blod til hjertet, og ergo for lite oksygen til hjernen. Det er en ufarlig tilstand, men det er viktig å lære seg å kjenne igjen forvarslene. (Se faktaboks)

Uken før skal hun til enda en undersøkelse på poliklinikken for 24 timers hjerteregistrering. Men først skal hun hjem.

– Det skal bli godt, nå skal du få slappe av på sofaen i fred og ro, sier foreldrene og ser på datteren. ■■■

Tekst og foto Ann-Kristin Bloch Helmers

Les mer på sykepleien.no



9 av 10

Norengros-kunder anbefaler andre å
bruke Norengros basert på egen erfaring.

– Tall fra kundeundersøkelse mars 2012

Vi er best på:

- Logistikk
- Kompetanse
- Personlig service

Landsdekkende leverandør — se oversikt på norengros.no



NorEngros

www.norengros.no

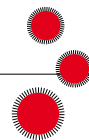




RUSSISK SKRIK På et sykehus for kreftsyke barn i Vladivostok i Øst-Russland setter sykepleierne en sprøyte på en av sine små pasienter. Helt siden Sovjettiden har landet hatt et relativt godt utbygd helsevesen. Forholdstallene mellom helsearbeidere og befolkningen er blant de høyeste i Europa. Samtidig er levealderen blant de laveste på kontinentet. Russiske menn lever bare 58 år i snitt, kvinner 72 år. Det er hjerte- og karlidelser som rammer flest.

Cirka 1,3 millioner sykepleiere er ansatt i helsetjenesten i Russland.

Tekst **Barth Tolens**
Foto **Scanpix**



Lykkelige prisvinnere hyllet av kolleger

Er du Smart selv?

- › Også i år kan sykepleiere med gode ideer søke Smartprisen.
- › Send søknad allerede nå til smartpris@sykepleien.no



FOR MER VERDIGHET: Grete Irene Sæthers nye toalett-konsept vil ivareta verdigheten til pleietrengende pasienter. For det fikk hun i Trondheim overrakt Smartprisen for Årets oppfinnelse. Foto: Barth Tholens.

Da Annette Skeie Jakobsen fikk overrakt Smartpris-diplomet som Årets nyskaper, ville jubelen ingen ende ta.

Skeie Jakobsen fikk utdelt prisen på Sørlandet Kunnskapspark i Kristiansand. Der deler hun til daglig kontor med andre gründere fra landsdelen. Kunnskapsparken ligger rett ved siden av Universitetet i Agder og symboliserer det tette samarbeidet mellom næringslivet og academia. Sykepleieren, som i sin tid også tok initiativ til aksjonen Livsglede for eldre, har selv stått for ideen om å utvikle en trykghets-app for diabetespasienter. Men hun har vært avhengig av gode rådgivere og tett oppfølging. Det har hun fått, både fra selskapet Innoventus, fra Innovasjon Norge og fra SR Bank Næringsfondet.

Skeie Jakobsen var også avhengig av å finne teknisk ekspertise til å utvikle de løsningene som måtte til for å realisere hennes ideer.

Flere land?

«Alle» samarbeidspartnere, gründer-

kollegaer og familie var til stede da den oppfinnsomme sykepleieren mottok prisen. I tillegg stilte leder for KS i Agder, Jan Inge Tungesvik.

Hun kunne høste mye ros og anerkjennelse, men var også opptatt av å nevne alle som har backet henne opp siden den gang hun banket på døra til Innoventus med en idé som trengte mye foredling.

I dag har hun stor tro på at produktet dekker et reelt behov hos svært mange. Håpet er nå at det kan bli tilsvarende lanseringer i andre land.

Drops

Også i Trondheim var det fest. På Leiv Eirikssons Nyskaper, en virksomhet som hjelper gründere med å utvikle sine ideer, var folk kommet fra fjernt og nær for å bive diplomatdelingen til Ann-Kristin Johansen. Hun har utviklet et online opplæringsverktøy for pleieassistenter, basert på spillelementer og såkalte «drops». For dette fikk hun Smartprisen for årets oppfinnelse.

Johansen var svært glad for sin pris

og roste sine rådgivere og støttespillere.

– Dette er en merkedag i historien til Dynamisk helse, min bedrift som jobber å utvikle læringsverktøyet, mente Johansen.

Hun skal bruke de 75 000 kroner som følger med prisen, til å videreutvikle flere produkter.

– Vi er nå midt i utviklingsfasen på Drops. Største delen av designutvikling er gjort, og er klart for programmering. Faginnholdet til de første to modulene er klart, men det gjenstår fortsatt 5 moduler hvor fag skal filteres og visualiseres.

Pasientnær

På St Olavs hospital i Trondheim var administrerende direktør Nils Kvernmo til stede på den høytidelige prisutdelingen til Grete Irene Sæther. Utdelingen fant sted i det staselige 1902-bygget. Vinneren av oppfinnersprisen fikk mye ros for sin pågangsmot i arbeidet med å utvikle et helt nytt toalett-konsept for pasienter som har problemer med å ivareta sin person-

Månedens gründer vant pris

60 000 ufaglærte jobber i det norske helsevesenet, og de er svært viktige for å få hjulene til å gå rundt, men de kommer alltid sist i køen når det gjelder kurs og opplæring. Det ville Ann-Kristin Johansen gjøre noe med. Resultatet ble et læringsverktøy og Smartpris på 75 000 kroner.

Kvinnovasjon Sør-Trøndelag

Fikk pris før produkt var lansert

SAMME DAG som trykghetsalarmtjenesten for diabetikere ble lansert fikk gründer Annette Skeie Jakobsen pris for oppfinnelsen som skal gjøre livet lettere for kronisk syke. Appen kan nå tas i bruk av pasienter og pårørende, sier daglig leder Annette Skeie Jakobsen i SmartCare AS til Fædrelandsvennen.

Produktet er foreløpig bare lansert her til lands, men Skeie Jakobsen satser på lansering også ute i verden.

Kilde: Fædrelandsvennen

16 år gammel idé et steg nærmere mål

– JEG HAR SATT MEG ET MÅL; Problemstillingen som er bakgrunn for ideen skal løses, slår operasjonssykepleier Grete Irene Sæther fast. Hun er vinner av Smartprisen 2011 for ideen om en smart do.

Kilde: St.Olavs Hospital



TEAM-GLEDE: Annette Skeie Jakobsen (midten) har nettopp fått sitt Smartprisdiplom fra Sykepleiens redaktør Barth Tholens (til høyre). Også Jan Inge Tungesvik fra KS var fornøyd med prisvinneren.

lige hygiene. Toalettkonseptet vil gjøre situasjonen mer verdig for pasienten, og lette arbeidet til sykepleiere.

– Det er slike ideer jeg har tro på, mente direktør Kvernmo, som selv er sykepleier.

– Sykepleiere står nær pasienter og vet hvor skoen trykker. Ideen gir ikke bare mer verdighet i pasientomsorgen, men sørger også for bedre ressursutnyttelse.

Kvernmo erkjenner at konseptet først og fremst ble utviklet med tanke

på sykehjem, mens ser ikke bort fra at det også kan komme til nytte på sykehus, på avdelinger der pleiebehovet er størst.

Sæther fikk gratulasjoner fra prosjektleder Eli Sogn Iversen i KS og NSF's fylkesleder Knut Jørgen Rotevatn.

Rotevatn mener at sykepleiere lærer for lite om innovasjon i sin utdanning og uttrykte håp om at dette vil endre seg.

Ann-Kristin Johansen mente selv

at hennes produkt først og fremst måtte sees på som noe som ville hjelpe sykepleiere til å gjøre en bedre jobb.

– Det er ikke håpet om fortjeneste som er drivkraften min, men et genuint ønske om å hjelpe, sa hun. Hun får nå likevel 75 000 kroner for å få laget en prototype av toalettet som foreløpig fortsatt er til behandling hos patentmyndighetene. ■■■

Tekst **Barth Tholens**



BELØNNING FOR DROPS: Også oppfinnere trenger oppmuntring. Da Ann-Kristin Johansen i Trondheim mottok sin Smartpris for læringsverktøyet Drops, ble hun rørt. Foto: Barth Tholens.

Smartprisvinnerne 2011

TRE KVINNELIGE SYKEPLEIERE ga seg ikke før de hadde funnet løsninger på problemer de hadde sett i helsetjenesten. Nå er de blitt belønnet med Smartprisen, skriver KS på sine nettsider.

Årets nyskaper er Annette Skeie Jakobsen. Hun har utviklet en trykksalarm-

tjeneste for kronisk syke til smarttelefoner. Om kort tid lanserer selskapet sitt første produkt: Diabetesguard. Som årets nyskaper fikk Skeie Jakobsen 75 000 kroner.

Årets oppfinnelse gikk til operasjonssykepleier Grete Irene Sæther. Hun fikk oppfinnelse på sykehjemmet: En

smart do. Også hun fikk 75 000 kroner.

Årets oppfinnelse gikk også til sykepleier Ann-Kristin Johansen. Hun har utviklet et belønnings- og motivasjonsbasert online læreverktøy for pleieassistenter kalt Drops. Johansen fikk også 75 000 kroner.

KS

sykepleien.no

Les mer på Sykepleien.no



På sykepleien.no finner du mer om årets vinnere og deres ideer, tidligere vinnere og om Sykepleiens Smartpris.

Molde sjukehus forfaller

I slutten av april startet rørleggerne forberedelsene til å skifte ut varmekjel ved Molde sjukehus. Det er det første oppussingstiltaket som vises i praksis siden Helse Midt-Norge bevilget 50 millioner kroner til sykehusoppussingen.

14. desember 2010 var helseminister Anne-Grete Strøm-Erichsen på omvisning på Molde sjukehus og fikk se trangboddheten og slitasjen på bygget.

– Oppussing er nødvendig, uttalte hun. Snart halvannet år etterpå er ett testvindu, pluss rørleggerarbeid for ny varmekjel det synlige resultatet av oppussingen.

– Provoserende

Ordfører Torgeir Dahl i Molde er hode-rystende til tempoet i oppussingen av Molde sjukehus på Lundavang, skriver Romsdals Budstikke.

– Det er veldig provoserende å se at det omtrent ikke har blitt satt i gang noen praktiske arbeider for å pusse opp sjukehuset på Lundavang. Jeg vet ikke grunnen, men enten må det være manglende vilje, eller så er det manglende evne til å få gjennomført oppussingsarbeidene, sier han til avisa.

65 millioner kroner

Nøyaktig én måned etter at helseministeren hadde vært i Molde, vedtok styret i helse Midt-Norge å sette av 50



BESØK: - Oppussing er nødvendig, konstaterte helseminister Anne-Grete Strøm-Erichsen da hun var på besøk ved Molde sjukehus i 2010. Arkivfoto: Bo Mathisen.

millioner kroner for raskt å komme i gang med oppussingen i Molde. For å ha ekstra penger i bakhand i tilfelle teknisk havari ved sjukehuset, ble det plussset på 15 millioner kroner til oppussingskontoen.

Halvannet år med planlegging får ordføreren til å bli utålmodig:

– Temperaturen kan godt komme til å stige dersom det ikke blir satt kraftig fart i oppussingen av Molde sjukehus, sier ordfører Torgeir Dahl i lokalavisa.

Kilde: Romsdals budstikke

Forebygger fall

Kompetansesenteret for bevegelsesvansker og fall hos eldre i Trondheim er godt i gang med å inspirere helsearbeidere i kommuner og på sykehus. Målet er å få gode prosedyrer og retningslinjer på hvordan de skal opptre mot eldre for å forebygge bevegelsesvansker og fall. Senteret ble opprettet ved St. Olavs Hospital i september 2011.

– Det som kjennetegner oss er at vi tenker på tvers av tjenestenivåene og jobber både inn mot kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste, sier daglig leder Randi Granbo til bladet Fysioterapeuten.

Hun påpeker at tverrfaglig utredning og tiltak har vist forebyggende effekt hos hjemmeboende eldre med flere sykdommer. For personer med mindre funksjonssvikt har trening med fokus på muskelstyrke og balanse vist seg å redusere fall med 20–60 prosent. Kunnskapsoversikter om fallforebygging i sykehus og sykehjem viser også betydningen av sammensatte tiltak organisert i tverrfaglige team.

Kilde: Fysioterapeuten

Rente fra
8,9%
Eff rente fra 9,8%*

Samle dine lån hos oss.
Ofte får du penger til
overs til noe annet.

Søk på nordax.no eller på 815 56 474. Hvis du ringer oss kan du spørre og vi forklare.

Hva koster det?		8,9%	11,9%	15,9%
Månedsbetaling	100 000 kr	1215	1392	1648
ved 12 års ned-	200 000 kr	2347	2700	3207
betalingstid	300 000 kr	3479	4007	4766

*Renten er individuell og er mellom 8,9%–18,9%. Tilbakebetalingstiden er valgfri mellom 1–12 år. Den effektive renten er 20,47% på 65 000 kr, 5 år, nom. rente 15,9%, etableringsgebyr 1475 kr og terminsgebyr 65 kr. Totalt beløp å betale er 100 740 kr (april 2012)

Nordax 

www.nordax.no





100
1912-2012

VERV OG VINN

Hjelp oss å nå 100.000



Norsk Sykepleierforbund er 100 år i 2012 og har mål om å nå 100.000 medlemmer. Inviter en kollega til å bli medlem av en slagkraftig fagorganisasjon som arbeider nasjonalt og lokalt for sykepleiere, spesialsykepleiere, jordmødre og helsesøstre. Som medlem av NSF kan du benytte deg av fordeler som medlemskap i faggrupper, tillitsvalgte, juridisk bistand, gunstige forsikringstilbud, bankavtale med DNB, mobilavtale med Telenor og mye mer! Alle medlemmer får også det prisvinnende fagbladet Sykepleien og Sykepleien Forskning tilsendt.

Gå til www.sykepleierforbundet.no og se alle medlemsfordelene og full premieoversikt. Greier du å spare 10 vervinger får du en iPad2!



VENNLIGST BRUK BLOKKBOKSTAVER

Ververs navn:

Ververens medlemsnr.:

Navn på nytt medlem:

Har du vært medlem tidligere?

Tidsrom:

Fødselsnummer (11 siffer)

Adresse:

Postnr:

Poststed:

E-post:

Telefon privat:

Mobil:

Eksamensdato:

Sykepleierhøgskole/sted:

Arbeidsgiver:

Arbeidssted:

Ansatt dato:

Avdeling:

Stillingsbenevnelse:

Medlemmer i lønnet arbeid innbetaler kontingenten ved månedlige trekk i lønn

Kryss av:

- ☐ Brødpose Sort
- ☐ Brødpose Pistasje
- ☐ Exentri Kortholder
- ☐ Camelback Drikkeflaske
- ☐ Jeg sparer vervingen

Vervepremiene gjelder ikke for verving av studentmedlemmer.

Vervepremie sendes i posten etter at innmeldingen er godkjent.

Sykepleierne følger fornøyd med på lønnskrigen mellom nabokommunene Time og Klepp.

Kniver om sykepleiere

Sykepleier Anne Marte Løvik fikk 65 000 kroner mer i lønn ved å gå fra Time kommune til tilsvarende jobb på sykehjem i nabokommunen Klepp. Nå følger Time etter og øker sykepleierlønnen ytterligere.

I februar økte Klepp kommune sykepleierlønningene med flere titalls tusen kroner. Fra 1. april hevet nabokommunen Time lønnen ytterligere. Kommunen kan i dag vise til fylkets høyeste begynnerlønn på nær 370 000 kroner.

– Vi er på en felles arbeidsmarked, da må vi følge med når Klepp skurrer

opp lønningene, sier Time ordfører Reinert Kvernland til NRK Rogaland.

Rekruttere nyutdannede

NSF Rogaland følger nøye med i den pågående lønnskrigen.

– Lønn er veldig viktig for rekrutteringen av sykepleiere i kommunene. Vi er spesielt glad for begynnerlønnen som vil hjelpe til å rekruttere nyutdannede sykepleiere, sier fungerende fylkesleder i NSF Rogaland, Solfrid Fugleseth.

Hun er også glad for at kommunen har valgt å øke lønningen til sykepleiere med 16 års ansiennitet.

– Det er viktig å vise at man verdsetter de som har stått lenge i tjenesten.

Må stå sammen

– Alle er enige om at lønnen i omsorgsyrkene er for lav, at vi har en fremtidig personellmangel og at noen må gjøre noe. I det perspektivet framstår det underlig når noen – representert ved Klepp og Time – faktisk viser strategisk handlekraft og gjør noe, at det skaper uro blant andre yrkesgrupper som opplever seg urettferdig behandlet, mener Fugleseth.

Fungerende fylkesleder reagerer

på at Fagforbundet har gått ut og kalt en slik lønnspolitikk problematisk og usolidarisk. Hun mener en slik holdning motarbeider lønnsutviklingen i omsorgsyrkene.

– Jeg håper våre kolleger kan glede seg over at en yrkesgruppe i omsorgssektoren nå går foran. Vi bør unngå en situasjon der omsorgsyrkene nærmest holde hverandre nede gjennom å kritisere at noen for en kort periode drar fra. Ved neste korsvei er det kanskje våre skuldre de skal stå på, sier Fugleseth. ■■■

Tekst Bjørn Arild Østby

Hjelp oss å nå 100.000 VERV OG VINN



Norsk Sykepleierforbund
Svarsending 1016
0090 Oslo

Ingeborg Sævareid

Alder: 42 år

Yrke: Intensivsykepleier

Jobber: Brannskadeavsnittet, Haukeland universitetssykehus

Bruker sansene

Hos oss kan pasientene ha brannskader på nesten hele kroppen.

Hit kommer pasienter i alle aldre og fra hele landet med alvorlige brannskader. Vanligst er skader etter kontakt med flammer, brennhett vann eller elektrisitet, etseskader, kontaktskader eller Stevens-Johnson, en tilstand der huden skaller av.

Vi behandler unger som har fått varm te over seg, ungdom som har klatret i høyspentmaster, yrkesskader og noen ganger mennesker som har tent på seg selv eller er blitt tent på av andre. Første gang jeg opplevde det, ble jeg overrasket over hva folk kan finne på. Det er forferdelig å gjøre noe så stygt.

Dette er en intensivavdeling med svært syke pasienter. De trenger hjelp til å opprettholde vitale funksjoner, i tillegg til at de har svære sår. Noen har forbrent opp mot 80 prosent av kroppen. De kan ha sår fra halsen og ned. Det hender vi må være flere sykepleiere for å stelle sårene til en pasient. Vi kan holde på i timer.

De fleste er i narkose når vi gjør sårstell. Det er altfor smertefullt for dem å være våkne. Vi har egne anestesisykepleiere ansatt på avsnittet. Vi forbereder sårstell, steller sår, bandasjerer og tar oppvåkningen etterpå. De, og noen ganger anestesilege, tar hånd om selve narkosen.

Om morgenen får vi oversikt over hvor mange sårstell det er, og så setter vi opp en liste. Som regel tar vi barn først, og så de som ikke ligger på respirator. Før narkose må de faste, og vi vil gjøre den så kort som mulig. Kalorier er veldig viktig for sårtilhelingen, så vi vil ha dem til å spise så mye kalorier og proteiner som mulig.

Det tar tid å bli dyktig i denne jobben. Da jeg begynte, sa avdelingslederen at det ville ta fem år å bli flink i sårstell. Det var kanskje litt drøyt. Men det er krevende å vurdere sår. Man må ha tid, være tålmodig og nøyaktig. Jeg bruker sansene mine. Ser på fargen, lukter. Leter etter tegn til infeksjon. Det er mye som kan skje med et sår. Vi sier at det er ett skritt fram, og to tilbake. Når de gror, er det kjekt. Det beste med jobben er å se pasientene reise hjem. Å se at pårørende kan ta med seg en unge som er blitt helt bra. Heldigvis klarer de aller fleste seg fint. De som ikke klarer seg, dør som regel før de kommer hit.

Jeg har jobbet her i 18 år, men blir aldri utlært. Det er alltid nye problemstillinger. Nye pasienter. Det er utfordrende både for pasienter og pårørende å være her i lang tid. Mange er langt hjemmefra. Kollegene mine er veldig viktig for meg. Mange har jobbet her lenge, så lenge som 27 år. Det er alltid noen å snakke med, noen å dele erfaringer med. Det er fantastisk å ha dem. ■■■

Fortalt til **Nina Hernæs** Foto **Bjørn Erik Larsen**

Da lekebutikken søkte etter folk kom det 14 søknader fra fast ansatte sykepleiere.

Sykepleiere ville ha «lekejobb»

Det er svært beskrivende for den frustrasjonen mange av våre medlemmer har for sine arbeidsvilkår, sier en rystet hovedtillitsvalgt i Norsk Sykepleierforbund i Mandal kommune, Hannah Dybesland, til Fædrelandsvennen.

Nylig lyste lekebutikken Ringo i byen ut en stilling som vanlig medarbeider i butikken. Butikksjefen David Wang fikk vel 40 søknader.

– Det spesielle med bunken var

at 14 av dem var fra sykepleiere som alle var i fast jobb, forteller Wang til avisa.

Han snakket med flere av dem, der inntrykket var at mange var slitne av turnusjobbing, underbemanning og hard fysisk jobbing.

Frustrasjon

NSFs hovedtillitsvalgt forteller at sykepleierne føler frustrasjon over ikke å få tid til å bruke sin reelle kompe-

tanse fordi det er for få sykepleiere på jobb og at tiden må brukes til å ta unna akutte arbeidsoppgaver.

Hun beskriver sykepleiermangelen i Mandal som spesielt kritisk.

– Når det lyses ut faste stillinger, ligger antall kvalifiserte søkere på en eller to, gjerne fra allerede ansatte sykepleiere som vil opp i stillingsprosent. Vikariatene er det ofte ingen søknader på, forteller hun.

Minstelønn

Mandal kommune lønner sine sykepleiere etter minstelønssatsene.

– Denne og andre kommuner burde gjøre som for eksempel Time kommune i Rogaland nylig gjorde. Her økte man minstelønnen fra 329 000 til 370 000 kroner, et tydelig tegn på at man verdsetter denne arbeidsgruppen, sier Dybesland. ■■■

Tekst Bjørn Arild Østby

ALT PÅ ETT KORT

NYHET!

DRIVSTOFFRABATT

50 øre
fra første liter

Esso MasterCard er mer enn gode rabatter på drivstoff. Det er også et fullverdig kredittkort uten årsavgift, som sparer deg for penger.

Les mer om alle fordelene på nettsiden vår.

essomastercard.no
Drivstoffrabatt og mye, mye mer



Send en SMS med **SYKEPLEIERNE** og e-postadressen din til **2290** så sender vi deg søknadsskjema.

Tilbudet gjelder medlemmer av Norsk Sykepleierforbund / Drivstoffrabatt er øre/liter på pumpepris drivstoff inkl. moms / Effektiv rente ved en kreditt på kr 15.000 er 32,32%

Fag

bøker
& kultur



FORFATTERINTERVJU:
«Det som hjelper
mot overvekt er
gode matvaner.»
Side 66



GIR TRYGGHET: Det at
personell og barn som
omgås barn med diabetes
lærer mer om sykdommen,
kan gi barna som har dia-
betes og foreldrene deres
en tryggere hverdag. Illus-
trasjonsfoto: Colourbox

Side

56

«Etiske dilemmaer er gjennomgående i hele
pasientforløpet for hjemmerespiratorpasienter.»

BERIT STØRE BRINCHMANN



Wenche Lindberg Wang,
diabetessykepleier ved
Barneavdelingens Poli-
klinik, Drammen Sykehus,
Vestre Viken HF.



Stine Mari Engh Abelsen,
spesialsykepleier barn,
Barneavdelingens senge-
post, Drammen Sykehus,
Vestre Viken HF.

FAG

Skolehelsetjeneste

Personalet trenger diab

Foreldre til og barn med diabetes blir tryggere av at de som er sammen med barnet i hverdagen lærer om sykdommen.

Diabetes er den vanligste kroniske sykdommen blant barn og ungdom i Norge. Sykdommen rammer rundt 300 barn hvert år (1). Forekomsten av diabetes hos barn er økende, og Norden ligger på verdenstoppen. Man antar at årsaken er en kombinasjon av arvelig disposisjon, genetiske forhold og ukjente miljøfaktorer (2). Diabetes er en tilstand som krever en jevnlig oppfølging av blodsukkeret gjennom dagen. Dette gjelder spesielt barn i skole- og barnehagealder. Å ivareta et barn med diabetes på skole eller i barnehage krever god kunnskap om sykdommen (3).

Lovfestet

Lov om opplæring i grunnskolen slår fast at skolen skal drive kontinuerlig og systematisk arbeid for å fremme elevers helse, miljø og trygghet (4). Forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skole sier at man skal tilrettelegge tilbudet for det enkelte barn basert på opplysninger om barnets helsetilstand. For at barn med diabetes skal få oppfylt disse forskrifts- og lovmessige rettighetene må man å ta spesielle hensyn. Forholdene må legges til rette slik at

alle som har ansvar for barn med diabetes får informasjon og nødvendig kunnskap om sykdommen (5).

Undervisning

Tilbakemeldinger vi har fått fra helsesøstrene viser at det kan gå mange år mellom hver gang de skal holde denne type undervisning, og at de ønsker ett undervisningsverktøy de kan benytte, slik at undervisningen de gir er oppdatert og riktig. Barneavdelingen i Vestre viken har samarbeid mellom første- og andrelinjetjenesten som et uttalt mål og satsingsområde. Som spesialisthelsetjeneste dekker vi et stort geografisk område. Vi møtte stadige utfordringer med å tilby lik tjeneste i lokalmiljøet til alle barn og unge med nyoppdaget diabetes med tanke på opplæring av ansatte i skole og barnehage samt deres medelever. Vi så et behov for å styrke kompetansen til førstelinjetjenesten i ivaretagelse av barn og ungdom med nyoppdaget diabetes.

Litteratursøk

Vi har gjennomført litteratursøk i databasene Cinahl, Pubmed og Swemed for bakgrunnsinformasjon, med søkeordene: Children, Education, Adolescents, School, Nurse, Diabetes type 1. Her fant vi internasjonale studier som påpekte betydningen av at ansatte som skal ivareta barnet i skole eller barnehage får god opplæring. Undervisningsverktøyene i Danmark fant vi ved å besøke det danske diabetesforbundet sine nettsider. Studier fra USA og England viser en signifikant bedre diabeteskontroll hos skolebarn som blir ivaretatt av voksne som har fått opplæring i håndtering av diabetes (6). Der hvor medelever har fått den samme undervisningen, opplever barnet bedre livskvalitet enn der de ikke hadde fått det (6). En svensk undersøkelse viser at ved sju års alder stiger HbA1c (langtidsblodsukker), samtidig rapporterer samme

undersøkelse at det er 20 prosent av foreldrene som gir mindre insulin til barna sine grunnet redsel for hypoglykemi i løpet av skoledagen (7). Barnediabetesregisteret viser 0,5–1 prosent stigning av HbA1c fra sju til ni års alder. En årsak til dette kan være frykt for hypoglykemi og skolepersonalets håndtering av dette (8). I en studie fra Haukeland sykehus uttaler foreldrene at de frykter hypoglykemi fordi de er usikre på hvordan deres barn blir ivaretatt på skolen (9). Gjennom forsknings- og erfaringsbasert kunnskap om hva familier med kronisk syke har behov for ser vi verdien av å øke helsesøstres kunnskap. Slik kan de videreformidle kunnskap til ansatte i skole og barnehage (6, 10).

Mangler kunnskap

Helsesøstre har mye kompetanse om barn og utvikling, men ikke alltid oppdatert kunnskap om alle sykdomstilstander. Dette bekrefter også en studie fra USA hvor helsesøstres tilbakemeldinger viser at de ikke hadde tilstrekkelig kunnskap om diabetes til å håndtere denne i skolehverdagen (11). Utfordringen ligger i hvilken type kompetanse som kreves for å gi adekvat undervisning til de som skal ivareta barnet, og videre hvordan kompetansen skal opprettholdes og videreutvikles.

I Norge finnes det lite materiell som kan brukes i diabetesundervisning av barn og ansatte ved skole og i barnehage. Gjennom våre søk i litteraturen har vi ikke funnet noe standardisert undervisningsverktøy som helsesøstre kan benytte seg av i undervisning av ansatte, barn og unge. Det finnes nettbaserte PowerPoint-presentasjoner som er utarbeidet i samarbeid med Diabetesforbundet. Men disse er ikke utarbeidet spesielt for å nå barn og ungdom og er etter vår mening derfor lite egnet for undervisning av denne aldersgruppen. Det samme gjelder undervisning av ansatte i skole og barnehage; det er viktig at disse mottar konkrete



Hovedbudskap

Vi ønsker å gi helsesøstre et hjelpemiddel i deres jobbhverdag. For å bidra til at det legges et tilfredsstillende grunnlag for opplæring av skole- og barnehagepersonell for å håndtere barn med diabetes. På denne måten vil man trygge foreldre og barn i hverdagen deres, som igjen vil fremme trivsel, vekst og utvikling hos barnet.



Søkeord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

► Diabetes ► Barn ► Kronisk sykdom ► Helsesøster

etesopplæring

råd og veiledning om hvordan de skal mestre sin jobbhverdag.

Skole og barnehage

Skole og barnehage er den arenaen hvor barn og unge tilbringer mest tid utenfor hjemmet. Vi har derfor utviklet et standardisert undervisningsprogram rettet mot ansatte i skole og barnehage, samt medelever, fordi vi ønsker å kvalitetssikre den opplæringen som blir gitt. Vår bakgrunn for å utarbeide dette verktøyet er at barn, ungdom og deres familier skal føle seg trygge og ivaretatt i hverdagen (6, 10).

Vi har utarbeidet tre typer undervisningsverktøy ettersom barn og voksne har forskjellig motivasjon for å lære: Ett for ansatte i barnehage og skole, ett for elever fra seks til tolv år og ett for elever 13–16 år.

Tilpasset målgruppen

I undervisningsverktøyet som er utarbeidet for barn og unge har vi benyttet oss av utviklingspsykologi, slik at de får informasjon tilpasset sitt utviklingstrinn og sin alder. Det er kognitive fellestrekk for aldersgruppene. I for eksempel den yngste aldersgruppen, fra seks til tolv år, har vi vektlagt at undervisningen skal være visuelt utformet og konkret formulert. Barn i denne aldersgruppen har behov for tydelige og konkrete forklaringer, og det er vanskelig for dem å se saker fra flere synsvinkler. Evnen til logisk og abstrakt tankegang er størst når det tas utgangspunkt i kjente gjenstander og situasjoner. (12). Ved å ta hensyn til disse særtrekkene er man med på å sikre at barn i denne aldersgruppen lettere forstår undervisningen. Men det er store variasjoner innad i aldersgruppen, og det må man ta høyde for når man holder undervisningen. Barn og voksne har forskjellig motivasjon

for å lære. Undervisningsverktøyet for ansatte baserer seg på prinsipper for voksenopplæring. Voksne er motivert for å lære det de trenger for å mestre sin jobbhverdag. I denne gitte situasjonen trenger de kunnskap om hvordan de skal håndtere ulike situasjoner, for eksempel med føling (13). Videre har vi valgt å ta med sykdomslære for å kunne gi en bedre og helhetlig forståelse av sykdommen (14). Det er også utarbeidet et støttehefte med mer utfyllende informasjon om sykdomslære. Dette heftet er utarbeidet som et supplement til helsesøstere som ønsker mer utfyllende kunnskap og kan benyttes til forberedelse av undervisningen.

Brukermedvirkning

Brukermedvirkning har vært en viktig del av dette prosjektet. Vi startet med en kartlegging av hva helsesøstre anså som viktige temaer i undervisningsverktøyet. Dette ble gjort ved å sende ut en e-post til alle helsestasjoner i Buskerud. De ble spurt om egen kompetanse og hva slags hjelpemidler de trenger for å ivareta barn med diabetes på en god måte. Underveis hadde vi jevnlig dialog med lærere og førskolelærere for å undersøke om vår informasjon treffer dem som målgruppe. Helsesøstrene svarte at



TRYGG: Det er viktig at lærere og medelever vet hvordan de skal hjelpe barn og unge med diabetes. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

de trengte tilstrekkelig informasjon for å være barn og unges støttespillere i skole- barnehagehverdagen. Men det var vanskelig for dem å uttale seg om hva slags informasjon de ønsket som yrkesgruppe. Vi har fått 30 helsesøstre i Drammensregionen samt Diabetesforbundet og Ung Diabetes, til å komme med innspill i prosessen.

Innhold

Vi ønsker å bidra til en standardisert og kvalitets-sikret undervisning. Målet for undervisningen er å øke kunnskapen til elever og ansatte i skole og barnehage. God kompetanse hos personalet vil gi trygghet i personalgruppa, noe som vil medføre at barnet og dets pårørende føler seg bedre ivaretatt i skole og barnehage. Innholdet i undervisningen er viktig, og man må velge ut temaer som er hensiktsmessige for målgruppen. Det er viktig å begrense undervisningen til det ansatte og elever faktisk trenger i sin hverdag. Nytteverdien av lærestoffet må synliggjøres, og

«God kompetanse hos personalet vil gi trygghet i personalgruppa.»

det må skapes relevans til skole- og barnehagehverdagen. Tilbakemeldingene vi har fått av helsesøstre er at de har teoretisk kunnskap, men mangler praktisk erfaring. Den teoretiske undervisningen er derfor støttet opp med praktiske råd og veiledning som er aktuelle i en skole- og barnehagehverdag. Dette er temaer som skal hjelpe barn og unge til å mestre hverdagen på skolen og i barnehagen på en hensiktsmessig måte. Det viktigste er hvordan man skal behandle føling, da dette er en akutt tilstand som krever straks-tiltak fra dem som er i nærheten av barnet. Ved å

motta undervisning om disse temaene vil ansatte og medelever øke sin kompetanse og trygghet på området, men også foreldrene og barnet eller ungdommen med diabetes vil føle seg tryggere. Ansatte må føle seg trygge på sin kunnskap om diabetes for å kunne behandle disse barna og ungdommene på lik linje med øvrige barn og unge i skole og barnehage.

Implementering

Undervisningsverktøyet ble presentert på møtet til Barnediabetesregisteret i mai 2011. Verktøyet er på god vei til å bli implementert lokalt og er presentert nasjonalt, men det er ikke gjort noe videre for en nasjonal implementering. Det ble gjennomført en fagdag for helsesøstre i Buskerud, Asker og Bærum kommune i januar 2011. Her fikk de instruksjoner om hvordan undervisningsverktøyet kan brukes, samt svar på spørsmål om verktøyet bruk og tilgjengelighet.

Når et barn får diagnosen diabetes blir de aktuelle helsesøstre kontaktet for å gi undervisning på den skolen eller barnehagen der barnet går. Dette er i tråd med Vestre Vikens behandlingslinje for nyoppdaget diabetes hos barn. Helsesøstre får tilsendt undervisningsverktøyet gratis på e-post. De får videre veiledning i bruk av verktøyet per telefon fra en av diabetessykepleierne på Barnepoliklinikken.

Veiledning

Hvis helsesøstre opplever faglig usikkerhet, bistår vi med personlig veiledning ved Barnepoliklinikken. Personalet på poliklinikken står for undervisningen sammen med helsesøstre i skole og barnehage. På den måten vil helsesøstre være bedre rustet til å holde undervisningen selv ved en annen anledning. Man vil alltid møte utfordringer når noe nytt skal implementeres. Vi vet at helsesøstre har mange oppgaver allerede, og ikke alltid har mulighet til å fordype seg i diagnoser og problemstillinger de møter i hverdagen. Dette har vi tatt utgangspunkt i når vi arrangerer fagdag for helsesøstre. Vi understreker at dette er et ressursbesparende hjelpemiddel som vil kreve mindre forberedelser i forkant av undervisningen. Det er Barneavdelingen ved Vestre Viken HF som har det faglige ansvaret for oppdatering av undervisningsverktøyet.

Oppsummering

Tilbakemeldingene fra ansatte og pårørende er at budskapet som blir gitt er klart og tydelig. De ansatte synes de har fått gode råd og retningslinjer som er til hjelp i jobbhverdagen. Både ansatte

og pårørende sier de opplever større trygghet etter at undervisningen er gitt. Man har sendt ut e-post til de helsesøstre som har benyttet undervisningsverktøyet, med spørsmål om brukervennlighet, og om de synes målgruppen ble nådd. Tilbakemeldingene har så langt vært positive. Helsesøstre har blant annet uttalt: «kunnskapsrikt og praktisk!» og «flotte illustrative bilder, med kort og konsis tekst».

Når man lager et standardisert verktøy er det viktig å ta hensyn til individuelle forskjeller hos barn, unge og deres familier. Man må ta med både foreldre og barnet eller ungdommen når man forbereder undervisningen slik man ivaretar individuelle behov. Verktøyet trenger kontinuerlig evaluering og oppdatering, både med tanke på utviklingen innen det medisinske fagområdet, men også når det gjelder brukervennlighet for helsesøstre. Prosjektet er utviklet for og av praksis. Undervisningsverktøyet har ikke vært systematisk evaluert. Slik sett kan prosjektet betraktes som en pilot som kan testes både av barna selv, foreldre, lærere og helsepersonell.

Tilbakemeldingene vi har fått viser at dette er et verktøy som er tatt godt imot både av dem som bruker verktøyet i undervisning, men også av dem som har fått undervisningen. Verktøyet kan bidra til at barn og unge med diabetes får en tryggere hverdag i skole og barnehage, ved at både ansatte og medelever har kompetanse om deres sykdom og hvilke tiltak som kreves. ■■■

LITTERATUR:

1. Joner G. Type 1 diabetes: nasjonalt og internasjonalt. I: Vaaler S. Diabetes-håndboken. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, 2004. Side 14
2. Skafjeld A. Diabetes – Grunnboken for sykepleiere og annet helsepersonell. Oslo: Akribe Forlag, 2002
3. Hanås R. Bli ekspert på din egen diabetes – type 1 diabetes hos barn, ungdom og unge voksne. 3. utg. Oslo: Cappelen Damm AS, 2011
4. LØV 1998-07-17 nr. 61: Lov om grunnskolen og den vidaregåande opplæringa. <http://www lovdata.no/cgi-wifit/ldles?xdoc=/all/nl-19980717-061.html#9-4> (16.11.11 kl. 09.45)
5. Forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skole m.v., Helse- og omsorgsdepartementet, 1995. <http://www lovdata.no/for/sf/ho-19951201-0928.html#map003> (16.11.11 kl. 11.20)
6. Wagner J, Heapy A, James A, Abbott G. Brief report: Glycemic control, quality of life, and school experiences among students with diabetes. *Journal of Pediatric Psychology* 2006; 31(8): 764–769.
7. Särnblad S, Berg L, Detlofsson I, Forsander G, Jönsson A. Diabetes i skolan 2008 – en nationell enkätstudie. Stockholm. 2010 (http://diabetes.se/Templates/Extension_4355.aspx) (16.11.11 kl. 11.08)
8. Skrivarhaug T. Nasjonalt medisinsk kvalitetsregister for barne- og ungdomsdiabetes. Årsrapport 2009. <http://www.oslo-universitetssykehus.no/SiteCollectionDocuments/Om%20oss/Avdelinger/Kvinne-%20og%20barneklinikk/Barnediabetes/Årsrapport2009.pdf> (16.11.11 kl. 09.46)
9. Haugstvedt A, Wentzel-Larsen T, Graue M, Søvik O, Rokne B. Fear of hypoglycemia in mothers and fathers of children with type 1 diabetes is associated with poor glycemic control and parental emotional distress: a population-based study. *Diabetic Medicine* 2010; 27:72–78.
10. Amillategui B, Calle JR, Alvarez MA, Cardiel MA, Barrio R. Identifying the special need of children with type 1 diabetes in the school setting. And overview of parents' perceptions. *Diabetes Medicine* 2007; 24:1073–1079.
11. Joshi A, Komlodi A, Arora M. School nurses' perceived barriers to diabetes knowledge, communication and management in children with type 1 diabetes. *School Nurse News* 2008 May; 25(3): 24–9.
12. Bunkholdt V. Utviklingspsykologi. Oslo: Universitetsforlaget, 2003.
13. Tveiten S. Pedagogikk i sykepleiepraksis. 2. utg. Oslo: Fagbokforlaget, 2008.
14. Jacobsen D, Kjeldsen SE, Ingvaldsen B, Buanes T, Røise O. Sykdomslære, Indremedisin, kirurgi og anestesi. 1. utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, 2009.

Tabell 1: Sentrale temaer i undervisningsverktøyet

Tema	Elementer
Hva er diabetes	– forskjell på type 1 og type 2 – autoimmune sykdom – årsaker
Insulin	– virkningsmekanisme
Blodsukker	– normale blodsukkerverdier – praktisk måling – hva påvirker blodsukkeret
Føling	– symptomer – tiltak



Hvorfor skal en sykepleier betale mer enn en student?

Vanligvis betaler bedrifter langt mer enn privatpersoner for sine mobilabonnementer.

Mobiloperatører i bedriftsmarkedet fokuserer på ekstra service og kompliserte tjenester. Dette for å kamuflere et høyt prisnivå, og for å gjøre sammenligning med andre operatører vanskeligere. Gjør du en prissammenligning for din bedrift vil du raskt oppdage at du betaler mer enn hva som er tilfelle for privatmarkedet.

Hos Talkmore gir vi like god service og lave priser til alle! Med Talkmore Bedrift kan du velge mellom en rekke abonnementer som passer svært godt for små, kostnadsbevisste bedrifter – til markedets beste priser, uten bindingstid!

Les mer på Talkmore.no



3000 ringeminutter,
2000 SMS og **1000** MB
for **279,-** pr. måned.

* 0,- for samtaler til andre Talkmore-abonnenter

talkmore
.no/bedrift

– Helsesøster har for mye ansvar

Cecilie Basberg Neumann har sett på helsesøsters utfordringer i møte med foreldre og barn på helsestasjonen. Tekst **Susanne Dietrichson** Foto **Erik M. Sundt**

Hvilke observasjoner gjør helsesøster på helsestasjonen, hva gjør henne bekymret og hvem kan hun snakke om dette med? Slike spørsmål diskuterer Cecilie Basberg Neumann i sin doktorgrad i kriminologi fra 2007. Den handler om helsesøstres handlingsbetingelser. I kapittelet «Det profesjonelle blikket» om helsesøstres arbeid, i boka «Profesjon, kjønn og etnisitet» som kom ut i høst, trekker hun diskusjonen enda et hakk videre.

Vold mot barn

– Kapittelet er basert på prøveforelesningen hvor oppgaven var å klargjøre forholdet mellom klasse og etnisitet i avhandlingen min, utdyper hun.

Egentlig ville Neumann skrive om vold mot barn.

– Jeg tenkte at helsesøstre måtte vite mye om dette. De har jo en unik posisjon når det gjelder å observere forholdet mellom foreldre og barn på helsestasjonen. Men helsesøstre varsler veldig sjelden, og ingen av dem jeg intervjuet i undersøkelsen hadde noen erfaring med vold mot barn.

Derfor ble det til at hun skrev om helsesøstres handlingsbetingelser i stedet.

Gode observatører

– Jeg ville undersøke hva helsesøstrene så etter i møte med foreldre og barn på helsestasjonen, hva de opplevde som utfordrende, hva som bekymret dem, og hvilke andre profesjoner og instanser de samarbeider med, forteller hun.

Neumann fant ut at helsesøstre er gode observatører, de ser mye og de bærer på en god

del bekymring. Dårlig kosthold og lite frisk luft er klassiske eksempler på hva som bekymrer helsesøstrene. Men også psykososial atferd hos barn kan gjøre dem urolige.

– For eksempel når barn de aldri har sett kaster seg i armene deres og sitter klistret på fanget til besøket på helsestasjonen er over. Eller barn som i løpet av to minutter har rasert kontoret deres, dratt alle bøker ut av hyllene, veltet det som kunne veltes, mens mor eller far sitter passive og ser på, forteller hun.

– Samtidig er helsesøstrene veldig klar over sin egen rolle og posisjon. Profesjonen er dominert av etnisk norske kvinner fra middelklassen på 38 pluss, og de er selv klar over at dette preger deres syn på hva som er rett og galt.

Homogen gruppe

– De fleste blir helsesøstre som godt voksne og hadde egne barn, og en mann som kunne forsørge dem da de tok helsesøsterspesialiseringen.

Neumann understreker at helsesøstrene selv ironiserte over dette.

– De beskrev seg selv som like, både i klesstil og når det gjaldt spisevaner. De røykte ikke og mange unnlot å drikke kaffe på jobb.

– Jeg har aldri sett så sunne matpakker som hos helsesøstrene. De bugnet over av frukt og grønnsaker, smiler hun.

– Det sunne imaget henger nok sammen med at de fungerer som rollemodeller, både i jobben som helsesøstre og hjemme for sine egne barn.

Varsler sjelden

Ifølge Neumann har helsesøstre et syn på hva som er en god og normal oppvekst som altså er

forankret i den norske middelklassens verdier. Hun tror dette er en medvirkende årsak til at de sjelden varsler når de mistenker at et barn ikke får nok omsorg.

– Helsesøster opplever at hennes verdier og målestokk for hva som er riktig og galt ofte kommer til kort i møte med foreldre med annen klassebakgrunn eller etnisk tilhørighet.

Neumann tror dette gjør helsesøster forsiktig og tvilende når det gjelder å uttrykke sin bekymring eller å gå videre med den.

– Det er jo positivt i den forstand at helsesøster ikke bidrar til stigmatisering av sosiale eller etniske grupper. Men samtidig kan det bidra til usynliggjøring av omsorgssvikt.

Taushetsbelagt

Hun mener Barnevernets tolkning av taushetsplikten er en annen medvirkende årsak til at helsesøstre sjelden varsler.

– Hvis helsesøster melder omsorgssvikt til barnevernet har de ikke krav på å få vite hvordan det går med barnet videre.

Neumann tror dette gjør at i de tilfellene hvor det er tvil – og det er det jo som oftest – vil helsesøster la være å melde saken til Barnevernet.

– Jeg mener helsesøster trenger et åpnere og bredere samarbeid med andre fagfolk og institusjoner. De har et enormt ansvar som de er relativt ensomme om.

Uten fasit

– En annen grunn til at helsesøster ofte holder sine bekymringer for seg selv er at hennes kunnskapsområde stadig er gjenstand for for-

«Helsesøstre varsler veldig sjelden.»

Cecilie Basberg Neumann

handling. De områdene hun er pålagt å veilede foreldre i, som mat, oppdragelse og fysisk aktivitet, er jo ikke eksakt kunnskap, påpeker Neumann.

– Her vil meningene om hva som er riktig og galt variere fra en kultur til en annen. Ja, selv norske ernærings eksperter er ikke enige. Før var det enklere, da var det en allmenn oppfatning om at grovbrød og melk var det barna skulle ha.

Enormt mandat

Neumann opplevde at mange helsesøstre reagerte negativt på avhandlingen hennes.

– Jeg tror de følte seg kritisert, sier hun.
– Men mitt poeng er tvert imot å åpne opp for en diskusjon om helsesøstrenes enorme ansvars- og arbeidsområde. Jeg synes helsesøstre gjør en veldig god jobb, men at de er altfor ensomme i jobben sin i forhold til ansvaret de har. De har et enormt mandat som de står faglig alene om å forvalte.

I tillegg til å følge opp de statelige vaksinasjonsprogrammene skal helsesøstre veilede foreldre i barnas fysiske og psykiske utvikling, oppdragelse, kosthold og fritidssysler og følge opp og støtte opp om dette.

– Selv om foreldre kan velge mellom fastlegen og helsestasjonen for helsekontroll av barna sine, viser undersøkelser at cirka 95 prosent velger helsestasjonen. ■■■



STÅR ALENE: Cecilie B. Neumann mener helsesøstre er faglig alene om et stort ansvarsområde.

Ole Øivind Søberg,
økonomisjef/prosjektleder, Sykehusapotekene HF.

Per W. Johansen,
klinisk farmakolog,
Klinisk kjemisk avdeling, Ullevål universitetssykehus.

Anne Dyvesveen,
avdelingssjef
varesalg prof, Ullevål sykehusapotek.

Nina Kristoffersen,
nestleder varesalg prof, Ullevål sykehusapotek.

Jan Magne Linnsund,
avdelingsoverlege
Mottagelsesavdeling, Ullevål universitetssykehus.

Harald Platou, jurist
og sekretariatsleder,
Legemiddelkomiteen Ullevål universitetssykehus.

Børre Storebakken,
logistikkrådgiver Sykehusapotekene HF.

Strengere rutiner for legemidler gir bedre økonomi

Standardisering av legemiddellageret på sykehus gir bedre økonomi, redusert tidsbruk og færre unødige bestillinger.

Prosjekt «effektiv legemiddelforsyning» (ELF) ble etablert våren 2006 som et samarbeidsprosjekt mellom Sykehusapotekene HF, Ullevål universitetssykehus (UUS) og Ullevål sykehusapotek. Prosjektets mål var å fremme forslag til mer effektive og rasjonelle løsninger for legemiddelforsyning til sykehus.

Bedre organisering

Prosjektet var basert på følgende hypotese: Forbedring og effektivisering av de ulike ledd i forsyningskjeden for legemidler og relaterte produkter vil gi økt kvalitet og sikkerhet i legemiddelhåndteringen, økt leveringsdyktighet til sykehus og bedre legemiddeløkonomi. Innenfor rammen av en total vurdering av forsyningskjeden for legemidler til sykehus ble det etablert flere delprosjekter. Resultatene i denne delen av prosjektet omhandler standardisering av legemiddellager, og er sammenliknet i totalprosjektet med resultater fra andre tiltak for å

effektivisere forsyningskjeden. Prosjektgruppen konstaterte tidlig at legemiddellagrene på postene fungerte svært ulikt og at det var et stort potensial for en mer rasjonell legemiddelhåndtering gjennom å organisere legemiddellagrene bedre. Hensikten med dette delprosjektet ble dermed å teste ut om en standardisering av legemiddellageret med en tilhørende basisliste tilpasset avdelingens virksomhet ville forbedre og forenkle bestillingsrutinene og legemiddelhåndteringen ved avdelingen. Vi baserte delprosjektet på følgende hypotese: Etablering av standardisert legemiddellager med tilhørende basisliste vil forbedre og forenkle bestillingsrutinene, legemiddelforsyningen og -håndteringen ved avdelingen og gi mindre kassasjon, svinn og retur av legemidler samt redusere kapitalbindingen i legemiddellageret.

Utpøring

For å få gode resultater var det viktig at prosjektet ble gjennomført i et reelt miljø på en avdeling på sykehuset. Vi ønsket at utpøringsstedet kunne danne grunnlag for erfaringsoverføring til andre poster, avdelinger og sykehus. For å gjennomføre en grundig standardiseringsprosess måtte det være en viss størrelse på legemiddellageret, og det var en forutsetning at sykehusapoteket ikke hadde vært inne tidligere for å effektivisere lageret.

Det er tidligere gjennomført pilotprosjekter både ved Ullevål universitetssykehus i 2004–2005 og ved Rikshospitalet i 2002–2003 for å studere effekten av «apotekstyrt legemiddellager» (ASL), der standardisering av legemiddellager inngikk som et av flere elementer som skulle evalueres. ASL er et relativt nytt logistikkonsept i Norge der apotekpersonalet har ansvaret for

påfylling og oppfølging av legemiddellageret på sykehusposter. ASL-prosjektene viste at det er flere fordeler knyttet til å gjennomgå legemiddellageret. Med dette som utgangspunkt var det klart at en bedre organisering og standardisering av legemiddellager på post ville være et svært viktig delement å studere som ledd i effektiviseringen av den totale legemiddelforsyningskjeden.

Materiale og metode

Nevrologisk avdeling ble valgt ut som utpøringssted for delprosjektet «Standardisering av legemiddellager». Vi gjennomførte en grundig gjennomgang for å standardisere legemiddellageret på avdelingen og samtidig se på alternative løsninger for leveransestruktur og legemiddelhåndteringsrutiner. Viktige elementer i dette var standardisering av sortiment, lagerstruktur, gjennomgang av basislister, bestillingslister, rutiner, og så videre.

Vi satte opp følgende delmål for standardiseringsprosjektet:

- ▶ Prosjektet skulle kartlegge eksisterende forsyningskjede for legemidler på avdelingen og vurdere forbedringspotensial.
- ▶ Prosjektet skulle utarbeide og prøve ut nye rutiner for legemiddelhåndtering på avdelingen.
- ▶ Prosjektet skulle teste ut og vurdere hvordan bruk av standardisert legemiddellager vil påvirke legemiddelforsyningen, -lageret og -håndteringen på avdelingen.
- ▶ Prosjektet skulle evaluere effekten av standardisert legemiddellager på legemiddelbestilling fra post.
- ▶ Prosjektet skulle kartlegge kostnadsdriverne i prosessen og måle nivået før og etter standardisering av legemiddellageret.

Hovedbudskap

Medisinlageret på sykehusavdelinger kan ved enkle håndgrep og bruk av apotekstatistikk reduseres betydelig og således bidra til store økonomiske innsparinger for de enkelte sykehusavdelinger og for sykehuset som helhet. Legemiddelforbruket går også ned etter standardisering av legemiddellageret.

Søkeord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

- ▶ Medisinhandling
- ▶ Legemidler
- ▶ Økonomi
- ▶ Ledelse

» På bakgrunn av uttestingen skulle prosjektet gi en vurdering av fordeler eller ulemper ved fremtidig bruk av standardisert legemiddellager og hvordan dette eventuelt kan gjennomføres i større skala.

Basislager

Første steg var å etablere et basislager med legemidler. Basislageret skulle representere avdelingens eller postens virksomhet. Standardisering av legemiddellageret innebar ulike tiltak som for eksempel å begrense bruk av synonympreparat, færre preparatstyrker, færre pakningsstørrelser, færre legemiddelformer og vurdering av preparatspekter. Dette ble vurdert i nært samarbeid mellom postens leger, sykepleiere og sykehusapoteket. Apotekstatistikk var et svært viktig hjelpemiddel i denne prosessen for å si noe om omløpshastighet og behov ved posten. Det ble laget en ny liste over legemidler på lageret tilpasset den aktuelle sykehusavdelingen, for å oppnå et mindre og mer oversiktlig lager og mindre kapitalbinding. Sykehusapoteket utarbeidet et basislager som skulle dekke avdelingens daglige medisinsbehov i samarbeid med ledelsen på avdelingen.

Bestilling

En viktig del av standardiseringen knyttet seg til legemiddelbestillingen. Som standard etablerte vi en bestillingsliste på grunnlag av basislisten for avdelingens legemiddellager. For å få bedre kontroll definerte vi et tak for hvor mye som kan bestilles. Vi innførte også et minimum og et maksimumsnivå for hvert preparat på den aktuelle posten for å hindre over- eller underbestilling, og dermed redusere antall tilleggsbestillinger, ettersom det er forskjellige sykepleiere som er bestillere i en vaktturnus. Vi laget skjema for registrering av tidsbruk på medisinsrommet for både effektivering av medisinsbestillinger, dosering til postens pasienter og ekstrabestillinger. Det ble også laget skjema for registrering av kassasjon og returmengde til apoteket. Registrering av kassasjon syntes å være den største utfordringen, men registrering av returmengde bød også på problemer. Returmengde var et dårlig måleparameter fordi det viste seg å være en større mengde retur på det «gamle» lageret enn på det nyetablerte, da tilførselen av nye preparater med en betydelig lengre holdbarhetstid enn en del av det som var på det «gamle» lageret påvirker dette. Den korte utprøvingstiden gjorde det vanskelig å fange opp dette på en optimal måte.



SYKEHUSENE KAN SPARE BÅDE TID OG PENGER på å standardisere legemiddellageret ved en enkelt institusjon og avdeling. Arkivfoto: Bo Mathisen.

Lagergjennomgang

Vi telte lagret på Nevrologisk avdeling (telling 1) før vi startet prosjektet for å fastslå det opprinnelige lagerets verdi. Når vi etablerte nytt lager foretok vi ny telling (telling 2). Samtidig telte vi overskuddsmedisinene for å kunne beregne medisinsforbruk på avdelingen før vi etablerte det nye lagret (fase 1). Etter prosjektet var avsluttet telte vi lageret (telling 3) en siste gang for å kunne beregne forbruket i perioden

med nytt lager (fase 2). Varelinje representerer et unikt varenummer som definerer alle egenskapene ved preparatet, blant annet pakningsstørrelse, styrke, legemiddelform og så videre. Fortrykt bestillingsliste er den listen som inneholder de produktene avdelingen skal ha på lager til enhver tid med minimum og maksimum antall. For å gi personalet på avdelingen, som skulle utarbeide den nye listen, så mye informasjon som mulig, hentet vi ut av



sykehusapoteket avdelingens salgsstatistikk for det seneste halvåret. Ut fra dette utarbeidet vi en liste med de preparatene de trodde det var mest nødvendige å ha på avdelingens legemiddellager. Vi gjennomgikk listen og utarbeidet maksimums- og minimumsmengder for de ulike preparatene. Tanken var å begrense listen til et mest mulig begrenset produktspekter. Samtidig var det viktig at den inneholdt alle nødvendige legemidler avdelingen trenger.

Tidsforbruk

Fra første lagertelling til etablering av nytt lager gjennomførte vi registrering av tidsforbruk på

«Antall ekstrabestillinger ble redusert med cirka 35 prosent»

ulike deler av legemiddelhåndteringen, både på avdelingen og på sykehusapoteket. På avdelingen ble det registrert tidsforbruk på medisinbestilling, dosering til postens pasienter og ekstrabestillinger. Tiden ble registrert fra man gikk inn på medisinnrommet for å utføre den aktuelle oppgaven til man forlot medisinnrommet igjen når oppgaven var utført. På apoteket ble det registrert tid på gjennomgang av bestilling, ordrekoding i FarmaPro, farmasøytikkontroll og den avsluttende plukkingen og pakkingen av de bestilte medisinene. Etter andre telling ble det på nytt startet opp registrering av tidsforbruk på avdelingen og sykehusapoteket for å kunne måle eventuelle tidsbesparelser eller tidsøkninger på grunn av etableringen av det nye lageret. Denne tidsdifferansen ble analysert.

På post ble følgende endepunkter anført som aktuelle:

- » Lagerverdi
- » Returnmengde
- » Kassasjon
- » Antall tilleggsbestillinger
- » Antall unødvendig bestillinger
- » Tidsbruk på effektivisering av bestilling
- » Tilfredshet på post

På sykehusapoteket ble følgende endepunkter anført som aktuelle:

- » Hastighet med hensyn til fremplukk eller tidsbruk med hensyn til effektivisering
- » Antall endosebestillinger
- » Tidsbruk på å oppklare bestillinger
- » Antall hasteordre

- » Tidsbruk i forhold til mottak og registrering av bestilling

Resultater

Før vi iverksatte tiltaket var legemiddellagerets verdi cirka 175 000 kroner. Ved telling midt i prosjektperioden var verdien redusert til cirka 56 000 kroner, og ved telling ved prosjektets avslutning ytterligere redusert til cirka 54 000 kroner. Antall varelinjer var tilsvarende redusert fra 604 til 222, men økte fra annen til tredje telling til 289 varelinjer etter etablering av nytt standardisert legemiddellager.

Lagerverdi

Resultatene fra telling før og etter vi etablerte nytt legemiddellager viser at lagerverdien ble redusert med 68 prosent og at antall varelinjer ble redusert tilsvarende med 63 prosent. Telling etter prosjektperiodens slutt ble gjort for å se om det nye lageret endret seg i løpet av fase 2, for å sjekke hvor godt man hadde truffet når man beregnet innholdet i det nye lageret. Det viste seg at antall varelinjer hadde steget med cirka 30 prosent etter vi etablerte det nye lageret. Dette representerer en korreksjon av manglende bredde i preparatspekteret etter vi etablerte nytt lager. Ved telling etter prosjektperioden holdt lagerverdien seg imidlertid stabil og viste samme reduksjon på 68 prosent som ved telling etter vi etablerte lagret, til tross for at antall varelinjer hadde økt.

Tidsbruk

Tidsbruk til håndtering av medisinbestilling og dosering til enkeltpasienter etter etablering av nytt legemiddellager ble redusert med cirka 17 prosent. Tiden brukt på medisinbestilling er i gjennomsnitt relativt kort, og det må derfor flere registreringer til for å få frem mulig signifikante forskjeller. Det er imidlertid en tendens mot redusert tidsbruk på medisinbestilling.

Ekstrabestillinger

Antall ekstrabestillinger ble redusert med cirka 35 prosent i fase 2 sammenliknet med fase 1. Både verdiene for ordinære bestillinger og ekstrabestillinger er klart lavere enn verdien fra fase 1 og viser stort potensial for å spare tid på bestillinger ved avdelingen. Vi må regne med at dette også medfører innsparing av tid på sykehusapoteket ved at de mottar færre ekstrabestillinger. Dette vil bidra til en forenklet og mer rasjonell legemiddelhåndtering både på avdelingen og sykehusapoteket. Samlet sett ble tidsforbruket på dosering redusert med 30–40 prosent etter etablering av

nytt standardisert legemiddellager. Dette er en relativt stor tidsgevinst som vil bidra til en forenklet og mer rasjonell legemiddelhåndtering ved avdelingen. Måling av tidsbruk på håndtering av legemiddelbestillinger ved sykehusapoteket før og etter etablering av nytt standardisert legemiddellager viser ingen signifikant reduksjon. Det er imidlertid en tendens til noe redusert tidsbruk i fase 2 sammenliknet med fase 1.

Forbruk

Forbruket av legemidler ved Nevrologisk avdeling før og etter etablering av nytt standardisert legemiddellager viser at den ukentlige omsetningen har gått ned. Grunnlaget for å fastslå dette er at vi har kunnet fastsette lagerverdi før, under og etter gjennomført prosjekt og samtidig har statistikk over innkjøp. Imidlertid utgjør et enkelt legemiddel en ekstremt stor andel av omsetningskostnaden, hvilket gjør at den får uforholdsmessig stor betydning. Hvis vi ser bort fra dette legemidlet, så ser vi at den ukentlige omsetningen har gått ned med 19 prosent. I og med at lagerverdiene mellom de ulike tellingene har minsket, innebærer dette at lageromsetningen har økt. Ser vi på den totale forskjell i ukentlig omsetning mellom fase 1 og 2 ser vi en reduksjon på hele 28 prosent.

Diskusjon

Tidligere pilotprosjekter både ved Rikshospitalet og UUS med apotekstyrt legemiddellager (ASL) har vist at det er mye å hente på et redusert og standardisert legemiddellager på den enkelte avdelingen eller posten. Delprosjektet «Standardisering av legemiddellager» har bekreftet dette og vist at man med relativt enkle grep som færre synonympreparater, styrker, pakningsstørrelser, legemiddelformer og et smalere produktspekter kan redusere kapitalbindingen i lageret og antall varelinjer med 60–70 prosent. Slike endringer innebærer et stort innsparingspotensial for avdelingen. Hvis dette gjennomføres for sykehuset som helhet vil en slik gjennomgang og «slanking» av legemiddellagrene ha et innsparingspotensial på flere millioner kroner.

Kort periode

Gjennomføringsperioden for dette delprosjektet har vært kort. Den korte tidsperioden gjør det vanskelig å fange opp endringer som normalt skjer over lengre tid. Spesielt vanskelig er det å fange opp endringer i retur og kassasjon over såpass korte tidsintervaller. Et nyetablert og betydelig «slanket» lager vil gi mindre retur og kassasjon enn et gammelt og overdimensjonert lager. I startfasen for det nye lageret vil kassa-

sjon og retur være på et bunnivå. Derfor bør registrering av slike data foregå over lengre tid for å gi mer eksakt, gyldig og nyttig informasjon om de reelle forskjellene i disse parametrene.

Pasientbelegg

Pasientbelegget ved avdelingen har vært stabilt i hele prosjektperioden og kan derfor ikke være årsak til de forskjellene som er registrert. Hvor mange medikamenter den enkelte pasient står på og hvor komplisert behandlingsregimene er kan variere, men slike pasientspesifikke forhold har det ikke vært mulig å gå inn på i dette prosjektet. Teoretisk sett kan man ha kommet inn i en lite gunstig periode som ikke er representativ for normal drift, og dette kan gi store utslag i resultatene og gjøre det vanskelig å tolke dem.

Få problemer

Det var forbausende lite problemer knyttet til det nye lageret etter etableringen. Helt i starten var det uvant med et såpass «smalt» lager og det ble bestilt noe mer enn nødvendig, blant annet i form av flere ekstrabestillinger. Dette resulterte i en økning av antall varelinjer på cirka 30 prosent i forhold til det som initialt ble bestemt. Det gikk seg imidlertid raskt til, og dette utslaget må sees på som en korreksjon på at den initiale lagerbeholdningen ikke hadde truffet godt nok for virksomhetens behov. Sykepleierne oppga at de ble mer bevisste på hva de bestilte etter hvert, noe som jo er en ønsket

holdningsendring for å unngå overbestilling og store lagre med økt kassasjon og retur. De gode resultatene på tidsregistreringer ved dosering, reduksjon av ekstrabestillinger og redusert innkjøp av legemidler kan også påvirkes av ekstra motiverte sykepleiere som står maksimalt på for å oppnå gode resultater under den relativt korte prosjektperioden.

Mye å spare

Resultatene viste at det er mye å hente på å standardisere legemiddellageret. Lagerbeholdningen, både i kvantitet og kroneverdi, ble redusert til cirka en tredel av utgangspunktet. Dette er et stort tall og en overføring på sykehuset som helhet indikerer at det er mye å spare økonomisk på et slikt tiltak, som i tillegg er relativt enkelt å gjennomføre. Dessuten forenkler det legemiddelhåndteringen både ved avdelingen og sykehusapoteket. Et oversiktlig lager gjør at personalet ved avdelingen i større grad vet hva de skal bestille til enhver tid. Vi forventet en større andel ekstrabestillinger i startfasen etter etablering av nytt lager på grunn av at man manglet nødvendige legemidler som ikke hadde kommet med på basislisten, men dette «flatet ut» etter den første uken i fase 2. Redusert tidsbruk på legemiddelhåndtering ved avdelingen gjør det mulig å frigjøre mer tid til pasientene. Tilsvarende vil redusert tidsbruk på sykehusapoteket til legemiddelbestillinger fra ulike sykehusavdelinger gjøre det mulig for

sykehusapoteket å yte bedre faglig service til sykehuset generelt.

Konklusjon

Observasjoner, målinger og vurderinger i prosjektet gjør at vi kan trekke følgende konklusjoner:

- › Medisinlageret ved en sykehusavdeling kan ved enkle håndgrep og bruk av apotekstatistikk reduseres betydelig og således bidra til store økonomiske innsparinger for de enkelte sykehusavdelinger og for sykehuset som helhet.
- › Legemiddelforbruket ved avdelingen går ned etter standardisering av legemiddellageret.
- › Et redusert og mer oversiktlig legemiddellager medfører en mer rasjonell legemiddelhåndtering med redusert tidsbruk på dosering til den enkelte pasient
- › Antall ekstrabestillinger går betydelig ned.

Ved å sammenstille disse observasjoner med konklusjonene i hovedprosjektets øvrige delprosjekter vil vi få en forsterket effekt av de enkelte tiltakene samlet enn om de gjennomføres hver for seg. Flere tiltak for effektivisering av legemiddelforsyningskjeden henger også tett sammen, eksempel på dette er standardisering av legemiddelsortimentet i en basisliste som igjen benyttes i en elektronisk rekvireringsløsning. Samlet vil gjennomføring av de tiltakene vi foreslår i ELF-prosjektet gi en sterk forbedring av legemiddelforsyningen til sykehuset. ■■■



XWEAR.NO

KOMPRESJONSSTRØMPER GIR OPPTIL 30% BEDRE SIRKULASJON OG RESTITUSJON I DINE FØTTER...

I FLOTTE FARGER OG MØNSTER

Bøkene ingen får se

JEG ELSKER Å SNOKE i andres bokhyller. Der andre gjester stopper for å beundre utsikten, eller kommenterer familiebildene på stueveggen, saumfarer jeg vertskapets bokhyller.

Som regel stemmer forfatterne og genrene overens med mitt inntrykk av bokeieren. Men fra tid til annen kan det dukke opp en uventet tittel, som kanskje overrasker eller utfordrer fordommene mine.

Som fast leser av Dagbladets Magasinet, følger jeg selvsagt med på Bokettersynets hjemmebesøk hos ulike kjente personer. Som foruten å måtte ramse opp sine litterære favoritter, samt boken de helst ønsker å brenne, blir gjenstand for en grundig gjennomgang og analyse av innhold og orden i sine bokhyller.

Nylig var Bokettersynets utsendte hjemme hos Jon Michelet. Ikke overraskende kunne han vise fram en imponerende samling bøker i spesialiserte hyller, som særlig speilet hans fascinasjon for sjøfart og interesse for politikk og historie (med radikalt fortegn).

Mer fornøyd var det å lese om Lars Saabye Christensen, som viste fram to enslige smale bokreoler da han for noen år siden slapp journalistene innenfor dørene sine. Politisk korrekte bøker sto side om side ved norske helter som Knut Hamsun, Jan Kjærstad og Ketil Bjørnstad. Bokettersynet mistenkte ham straks for å ha gjemt unna alle de kjipe og dårlige bøkene, noe han bestemt avkreftet.

For min egen del må jeg innrømme at jeg har byttet ut temmelig mange bøker opp gjennom årene. Ikke fordi det er kleint å ha dem fremme, men fordi det kommer inn andre bøker som trumfer plassen. Så får jeg heller leve med at loftet fylles opp av bøker som ingen kan se.



Geir Arne Johansen

Skriver mot overvekt

Gudbjørg Øen er lei av krangling om dietter.

Tekst **Nina Hernæs** Foto **Svein Ove Eikenes, Høgskolen Stord/Haugesund**

Forskning viser at det ikke er holdepunkter for at én diett er å foretrekke framfor en annen i behandling av fedme hos barn, sier Gudbjørg Øen.

– Det som hjelper mot overvekt er gode matvaner. Får man etablert sunne matvaner og opprettholdt hverdagsaktivitet, vil vekten gå riktig vei. Derfor er det overraskende med alle skriviene om dietter som skal være løsningen på fedmeproblemet. Vi roter rundt i de små spørsmålene, mens de store blir borte.

Som redaktør for boken *Overvekt hos barn og unge*, prøver hun å gjøre noe med det. Det fantes ingen bøker om dette temaet på norsk. Derfor tok hun initiativ til en selv. Med på boken er blant andre en barnelege, ernæringsfysiolog, psykolog og en bruker. Målet er å spre kunnskap, få fram erfaringer og skape debatt.

– Og ikke minst at helsetilbudet til barn og unge med overvekt og fedme skal bli bedre. Mange barn og unge lider på grunn av fedme, sier Øen.

Selv har Øen, som er sykepleier, jobbet både akademisk og klinisk med overvekt og fedme. Som førstelektor ved Høgskolen Stord/Haugesund, har hun utviklet to videreutdanninger om overvekt hos barn og unge. Noe av motivasjonen får hun ved å se seg rundt.

I dag regnes fedme og overvekt som en av de største truslene mot verdens helse. Verdens helseorganisasjon kaller det en epidemi. 15 år gamle tall fra International Obesity Taskforce viser at fire av ti unge i flere europeiske land er overvektige. En av ti har fedme. Det er all grunn

til å anta at tallene er høyere i dag.

– Dette er et problem som har ballet på seg, og som vi ennå ikke har en løsning på, sier Øen.

– Vi i Norge har vært altfor tafatte, og det gjøres altfor lite for dem som sliter.

Forstå, forebygge, behandle og fremme helse er bokens undertittel. Øen er opptatt av at overvekt og fedme er sammensatte problemer. Mens de i internasjonal litteratur stort sett beskrives som medisinske fenomener, legger Øen vekt på de psykiske og psykososiale faktorene.

– Disse er underkommunisert i Norge i dag, mener hun.

«Generelt er helsepersonell veldig gode til å gi råd.»

Personlig mener hun at behandlingstilbudet bør være der folk bor.

– Endring tar tid og krever tett oppfølging, understreker hun.

Øen mener Norge, med et lavterskeltilbud for forebyggende helsetjenester, har et ypperlig utgangspunkt for å opprette lokale tilbud til de som sliter med vekten.

– Men ingen yrkesgrupper har tatt spesielt tak i dette. Helsesøstre har nok møtt flest og hjulpet flest, mens fastlegene nok i stor grad har henvist videre til sykehus eller ernæringsfysiolog. Jeg mener barn og unge, og deres familier, som sliter med overvekt har gått for lut og kaldt vann. Dette gjelder ikke alle, noen er heldige og bor i nærheten av kompetansesentre. Jeg snakker om Norge som helhet, presiserer hun.

Hun er kritisk til myndighetenes anbefalinger i de nye retningslinjene for primærhelsetjenesten.

– De legger opp til at overvekt skal bli fedme før det virkelig settes inn ressurser. Jeg mener vi må jobbe mye hardere for å unngå at barn og ungdom får fedme. Det viser seg at når man har bikket grensen for fedme, er det vanskeligere å bli normalvektig, sier hun.

– Hvis et barn går over i en fedmetilstand i løpet av tenårene og fedmen ikke blir reversert, vil det etter hvert komme både medisinske og psykiske følgetilstander, behov for helsetjenester og kanskje også problemer med å komme i arbeid, som etter hvert vil

kreve trygdeytelse, påpeker hun.

– I tillegg viser forskning at overvektige barn har flere psykiske problemer enn dem som ikke er overvektige, og de blir dårligere likt enn andre barn.

Hun mener helsepersonell må tørre å snakke om vekt når den utvikler seg for raskt.

– Og det krever ekstra kunnskap. Vi må ikke gjøre overtramp. Dette er veldig sårbart.

Hun mener det krever helsepersonell som viser ekte interesse og respekt, og som har kunnskap om hvordan man kan få til endring.

– Lenge har vi vært redde for å snakke om ekstra kilo, fordi vi ikke ville påføre spiseforstyrrelser. Men det viser seg at gode matvaner forebygger både overvekt og spiseforstyrrelser. Ved

å jobbe med matvanene og hverdagsaktiviteten, konsentrerer vi oss om atferd, ikke kropp og utseende.

Hun mener foreldre er nøkkelen når barn får problemer med vekt.

- Vi må snakke med dem, sier hun.
- De tilrettelegger maten. De etablerer vaner for mat og aktivitet. Jeg ser på overvekt og fedme hos barn som et familieanliggende.

- *Har helsepersonell kunnskap til å snakke om vekt?*

- Generelt er helsepersonell veldig gode til å gi råd. Det er vi opplært til og det har vi drevet med i alle år.

Hun viser til at helsepersonell gjerne vil at folk skal søke hjelp når problemet bygger seg opp.

- Folk søker hjelp når de har mislyktes i å nå egne målsettinger.

Utfordringen, mener hun, er at brukerne utmerket godt vet hva de må gjøre. Men de klarer det ikke.

- Grunnen til at mange sliter med å endre livsstil, er at de ikke tror de vil klare det. Derfor må vi formidle håp og kunnskap om hvordan de kan klare det. Vi må hjelpe dem til å beholde troen på egen mestring. Å gi oppskrifter og beskjed om å bevege seg mer, er for enkelt. Hadde det vært effektivt, ville det ikke vært en fedmeepidemi. ■■■

Gudbjørg Øen

Aktuell med: Overvekt hos barn og unge
– forstå, forebygge, behandle og fremme helse





Virke og profesjon, Norsk Sykepleierforbund gjennom 100 år (1912-2012), bind 2.

Av Ellen Katrine Lund (2012)
Anmelder: Professor emerita
Kari Wærness, Sosiologisk institutt,
Universitetet i Bergen.

Stiller interessante spørsmål om NSF

I løpet av 1980-årene, samtidig med at organisasjonen etter hvert mister kontrollen over utdanning og fagutvikling, utvikles typiske fagforeningstrekk. Denne styrkingen av NSF som fagforening, har antakelig blitt stadig viktigere for medlemmene.

ANMELDELSE: Norsk Sykepleierforbund har i forbindelse med 100-årsjubileet fått to faghistorikere til å utarbeide et omfattende to-bindsværk om forbundets historie. I forordet oppgis det at begge bøkene for en stor del bygger på primærkilder, selv om de er oppmerksom på at det finnes flere historiske fremstillinger av temaet. De nevner videre at de har hatt faghistorikeren Kari Melbys bok *Kall og kamp* (1990) som viktig referanse. Den omhandler forbundets første 75 år, og var også finansiert og utarbeidet i samarbeid med forbundet. Forfatterens begrunnelse for å basere seg mest på primærkilder og i liten grad på det som allerede er gjort, er at «historiefaget er en kontinuerlig prosess og at historie hele tida må skrives om igjen» (s. 9). For denne anmelderen, som kjenner mange av de tidligere historiefremstillingene ganske godt, og som gjennom 1970- og 1980-tallet ga flere sosiologiske forskningsbidrag og deltok i flere av de konfliktfylte debattene om sykepleiens kunnskapsgrunnlag og profesjonalisering, er det mest naturlig å anmelde denne boken ved først å stille spørsmålet om hva som skiller den fra boken til Melby.

Den mest iøynefallende forskjellen mellom disse to historiefremstillingene er forskjellen i omfang. Det nye to-bindsværket er på over tusen sider, og bind 2 som jeg konsentrerer meg om og som omhandler perioden etter 1960, er på 520 sider, mens

Melby nøyde seg med 335 sider for en fremstilling som omfatter 75 år.

Denne forskjellen innebærer at selv de lesere som kjenner Melbys bok godt, kan finne mye interessant nytt stoff i den delen av denne boken som omhandler den samme perioden (1960-1990), i tillegg til det som er nytt fra de seneste tjue år. Lund skriver i forordet at hun har valgt å løfte fram NSF's arbeid med å utvikle og beskytte sitt fag, sykepleie, som et hovedtema. Da er det rimelig at konklusjonene i stor grad må bli sammenfallende med de vi finner i boken til Melby, ettersom dette også er hennes perspektiv. Jeg finner at den nye empirien som er trukket frem av Lund underbygger og bestyrker flere av hovedpoengene i Melbys analyse, noe som har stor verdi. Jeg fant også empiri fra denne perioden som var ny for meg, og som bør kunne bli utgangspunkt for mer forskning ut fra et av de andre temaer som Lund trekker frem, nemlig spørsmålet om hvordan NSF har arbeidet for å påvirke velferdsstaten og helsevesenet. Blant annet fant jeg redegjørelsen for sykepleier Ruth Torbjørnsens initiativ til og realisering av en profesjonell hjemmesykepleietjeneste på 1960-tallet meget interessant. Den resulterte ikke i at sykepleierne ble representert i det utvalget som Familie- og forbrukerdepartementet nedsatte i 1963 for å vurdere en koordinering av hjelpeordningene for hjemmene. Her ble NSF's forespørsel

om representasjon avslått, mens utvalget hadde plass til en lege. Denne empirien kan være utgangspunkt for en grundigere studie av hvilken innflytelse NSF kan sies å ha hatt som aktør i helse- og sosialpolitikken over tid. Det er et tema som drøftes i kapittel 11, der blant annet forbundets syn på den såkalte samhandlingsreformen blir presentert. På nåværende tidspunkt vet vi at NSF's negative syn på bruk av økonomiske sanksjoner overfor kommuner som ikke klarer å ta imot ferdigbehandlede pasienter, ikke vant frem. Det gjenstår også å se i hvilken grad NSF's egne forslag til å styrke denne reformen, får gehør hos myndighetene. Generelt finner jeg at dette kapitlet burde kunne gi inspirasjon til videre forskning på NSF's innflytelse på ulike helse- og velferdspolitiske reformtiltak til ulike tider. Spørsmålet om NSF's innflytelse på dette området kan sies å være større eller mindre i dag enn tidligere, er interessant i en tid hvor legeprofesjonens makt er klart mindre enn før, men hvor økonomiske styringsmekanismer er langt mer fremtredende. Forskning med utgangspunkt i slike spørsmål ligger klart i forlengelsen av denne boken.

Lund innleder boken med å fortelle om den enorme veksten i medlemstallet i NSF i perioden 1960-2012; fra om lag 6 000 til nærmere 100 000. Medlemstallet har fra midten av 1990-årene utgjort over 90 prosent av yrkesgruppen,



FAGFORENING: Den store medlemsveksten i NSF kan forklares ved at den styrket seg som fagforening, mener Kari Wærness. Bildet er fra boken.

og NSF rangerer som landets fjerde største fagforening. Veksten er langt fra selvforklarende, og spørsmålet «hva har NSF gjort, som har ført til at så mange har funnet forbundet attraktivt?» er et meget godt utgangspunkt for den historiske analysen Lund gjør. Samtidig er det et spørsmål som stilles med utgangspunkt i

situasjonen i 2012, og som dermed gir en god illustrasjon til poenget om at historien stadig må skrives på nytt fordi nåtiden stadig reiser nye spørsmål om fortiden. Lund analyserer hvordan NSF i løpet av 1980-årene, samtidig med at organisasjonen etter hvert mister kontrollen over utdanning og fagutvikling, utvikler typiske

fagforeningstrekk. Denne styrkingen av NSF som fagforening har antakelig blitt stadig viktigere for medlemmene. Samtidig er den store organisasjonsprosenten hos en yrkesgruppe der flertallet fortsatt jobber deltid, egnet til å forundre. Og om Lund ikke greier å gi et helt klart svar på dette spørsmålet, får hun oss lett til å dele sin forundring og være med på sin søken etter svar på hvorfor NSF stadig er så attraktivt.

Spørsmålet om hvorfor deltidsarbeidet fortsatt dominerer så sterkt blant en profesjonell yrkesgruppe

først og fremst er de jobber der den direkte pasientomsorgen er svært omfattende som er deltidsjobber, eller er det primært vaktordninger som fører til deltid heller enn heltidsarbeid?

Denne boken har det vært en glede for meg å lese, selv om jeg kjente mye av stoffet fra før. Den avslutter med å peke på vesentlige utfordringer NSF står overfor i dag om de fortsatt vil legge så stor vekt på å beskytte sitt fag. For NSF's ledere mener jeg denne boken burde føre til refleksjoner over om det er mulig å endre profesjons-

«Lund får oss lett til å dele sin forundring over hvorfor NSF stadig er så attraktivt.»

som sykepleierne, er heller ikke så lett å finne klare svar på. Lund legger vekt på den hun kaller den norske husmorpolitikken som en faktor som kan forklare hvorfor det på 1970-tallet var så vanskelig å mobilisere gifte sykepleiere for å bøte på sykepleiemangelen. På denne tiden hadde NSF selv gitt tydelig uttrykk for sin skepsis til deltidsarbeid, fordi de var redd for at det skulle gå ut over de heltidsansatte sykepleiere som den gangen i all hovedsak var ugifte kvinner. I dag er husmorideologien for lengst forlatt som offisiell norsk familierpolitikk, men deltidsarbeidet er fortsatt et stort problem innen sykepleien, og nå ikke lenger som et resultat av ulikheter mellom gifte og ugifte sykepleiere. Arbeidet for å rekruttere flere menn til yrket har heller ikke vært særlig vellykket. Ut fra disse fakta bør vi finne andre perspektiver for å få større klarhet i dagens deltidsproblematikk innen yrket. Lund er inne på noen av disse faktorene som kan gi utgangspunkt for nye spørsmål: Betyr det noe i dag at yrket i utgangspunktet skulle være et alternativ til familie og barn? Hvilken betydning har det at en god del av deltidsarbeidet i dag må sies å være ufrivillig? Er det slik at det

politikken noe. Det er i alle fall klart at den motsetningen mellom selvstendighet på den ene side og avhengighet av forholdet til medisinen når det gjelder status i sykepleierjobben på den andre, som jeg pekte på allerede på 1970-tallet, og som er en av konklusjonene i Melbys bok, ikke er blitt mindre. Det er i geriatrien og hjemmetjenestene at sykepleiernes selvstendige omsorgsarbeid er viktigst, mens det i sykehusene blir stadig mer bruk for legeassistert arbeid til pasienter som er der i stadig kortere tidsrom, og som det derfor knapt er mulig å yte særlig mye personorientert omsorg for.

Denne boken, eller for dem som foretrekker å lese en kortere versjon av historien, Melbys bok, burde til sammen kunne utgjøre et godt grunnlag for diskusjonsseminarer blant ulike grupper sykepleiere for utvikling av en fremtidsrettet profesjons- og fagforeningspolitikk i NSF. I tillegg burde boken kunne inspirere til mer forskning på en rekke temaer innen dagens sykepleierpraksis.

I neste utgave anmelder vi første bind av «Norsk Sykepleierforbund gjennom 100 år», skrevet av Ole Georg Moseng.



Kirsten Lode,
sykepleier, PhD, fagsjef,
helsefaglig forskning,
Helse Stavanger HF



Håvard Sjøland,
kirurg, PhD, Helse
Stavanger HF



Birgitta Haga Gripsrud,
kulturviter, PhD frilanser,
Nettverk for kjønnsforskning,
Universitetet i Stavanger

Ta beslutningen sammen med pasienten

Shared decision-making er en metode for å sikre at pasienten får være med på å ta viktige beslutninger om behandling.

En 60 år gammel kvinne sitter i samtale med en kirurg og en sykepleier om å fjerne brystvevet profylaktisk fordi hun har det arvelige genet BRCA som gir kvinnekraft. Hun har vært til samtale hos kirurgen tidligere og bedt om svar på en del viktige spørsmål om risikoen for brystkreft. Nå er hun tilbake for å få et bedre grunnlag for å fatte beslutning om videre behandling. Kirurgen vil ikke tvinge fram en avgjørelse før pasienten er klar. Han vil gi pasienten de beste forutsetningene for å ta en beslutning om behandlingen og velger derfor å prøve metoden Shared decision-making (SDM).

Shared decision-making

Cathy Charles definerer SDM som involvering av både pasient og lege i en informasjonsutveksling. Begge parter bygger opp, steg for steg, en

felles forståelse av behandlingsalternativene og oppnår enighet om hvilken behandling som skal implementeres (1). I den klassiske definisjonen av metoden har man hatt fokus på det evidensbaserte pasientvalget, hvor klinikerne, gjennom å tilføre evidensbasert kunnskap, gjør pasienten kompetent til å ta valg om behandling. I litteraturen påpeker man hvor viktig det er å ta pasientens verdier med i beslutningen. Etter hvert har man innsett nytten av å være et tverrfaglig team i slike samtaler i stedet for den klassiske lege – pasientsituasjonen (2). Metoden krever at både pasienten og legen eller sykepleieren vurderer aktuell evidensbasert kunnskap sammen. Legen eller sykepleieren har ofte de beste forutsetningene for å vurdere denne typen kunnskap for i neste omgang å sikre at pasienten mottar nødvendig kunnskap og informasjon for å kunne fatte en beslutning. Pasienten kan også være godt forberedt og ha samlet kunnskap om den aktuelle problemstillingen som legen eller sykepleieren må gjennomgå og vurdere faglig sammen med henne.

SDM er ikke en ny metode, men interessen for den er økende etter at man innførte lovbestemt informert samtykke om behandlingssituasjonen (3). I tillegg til at det i dag finnes flere muligheter for medisinsk behandling av en og samme lidelse med flere metoder og med ulike resultater. Syntet på pasientens rolle har endret seg fra en passiv mottaker av helsetjenester til en mer aktiv deltaker i behandlerteamet. Dette gjelder spesielt pasienter som lever med langvarig og kronisk sykdom. Å involvere pasienten i større grad har økt pasientens selvfølelse, tilfredshet og kvaliteten

på omsorgen. SDM har gitt best resultater når beslutningene er langsiktige og når man foretar flere samtaler (1).

Arvelig brystkreft

Brystkreft har en sammensatt og mangfoldig tumorbologi. Stadig ny forskning påvirker og kan være av betydning for informasjonen til pasientene (4). Av de rundt 2700 kvinnene som rammes av brystkreft årlig i Norge er 5–10 prosent arvelig betinget. Blant de arvelige formene er forandringer i de to genene BRCA1/2 mest kjent og best kartlagt. Kvinner tilbys derfor genetisk testing når det er mistanke om arvelig kreft i familien. Sannsynligheten for å utvikle brystkreft (penetransen) ved BRCA1 og ved fylte 70 år er høyere (65 prosent mot 45 prosent) enn ved BRCA2. I familier med mange krefttilfeller og BRCA-mutasjoner er også sjansen for brystkreft høyere. Studier har vist at profylaktisk fjerning av brystvev reduserer risikoen for å utvikle brystkreft med 85–100 prosent (5-7).

Den aktuelle pasienten fikk påvist BRCA-mutasjon åtte år tidligere og fjernet umiddelbart eggstokkene profylaktisk. Den gang ble det ikke foreslått å fjerne brystvevet. Dette ble først aktuelt for pasienten etter at hun hadde sett et program om dette på tv og undersøkt litt selv. Flere av pasientens familiemedlemmer hadde hatt kvinnekraft, og dette styrket naturligvis grunnlaget for å vurdere fjerning av brystvevet. Litteraturen er nokså entydig når det gjelder fjerning av brystvev profylaktisk ved BRCA-mutasjon, men pasienten skal allikevel velge å operere vekk friskt brystvev eller ikke. Pasienten sa selv at hun kom til denne samtalen med et

Hovedbudskap

Artikkelen fokuserer på hvilke komplekse beslutningsprosesser en pasient kan stå overfor i spenningsfeltet mellom medisinske terapianbefalinger og personlige, psykososiale og kulturelle tap. Metoden Shared decision-making understøtter slike beslutningsprosesser på en slik måte at skillet mellom fordeler og ulemper blir tydeligere og pasienten vil kjenne seg tryggere på å foreta valg.

Søkeord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.
» Undervisning » Metode » Tverrfaglighet » Informasjon



VANSKELIG: Å velge å fjerne et bryst fordi man er arvelig disponert for brystkreft er en tung avgjørelse som det er viktig at pasienten selv er med på å vurdere sammen med helsepersonell. Illustrasjonsfoto: Marit Fonn.

håp om å få vite at det ikke var nødvendig med operasjon.

Avklarende samtale

I det eksempelet vi bruker, hadde pasienten vært hos kirurgen til en vanlig preoperativ konsultasjon, men var svært i tvil om hvilken behandling hun skulle velge og ba om mer fakta og en ny samtale. Neste gang hun kom til konsultasjon hadde kirurgen funnet fram relevant litteratur og konferert med spesialister på feltet. Pasienten fikk et bedre faktagrunnlag for å ta sine valg. I slike samtaler er det viktig at pasienten får et godt bilde av hvilken risiko det å avstå fra å fjerne brystvevet innebærer og at dette presenteres på en forståelig måte. Pasienten fikk presentert studier som viste at risikoen for å utvikle brystkreft økte med økende alder (8). Kirurgen, med sitt faglige og forskningsbaserte utgangspunkt, hadde som mål å få pasienten til å forstå den risikoen hun tok ved å beholde brystvevet. Dette kan være en utfordring i seg selv, fordi pasienten gjerne har sin egen oppfatning av hva risikoen innebærer (9). Ved samtalsens start var det tydelig at pasienten selv anså at hun hadde en lav risiko, siden hun var blitt 60 år uten at hun hadde fått brystkreft. Hun

hadde i utgangspunktet en klar oppfatning av seg selv som frisk, men da nære slektninger ble syke ble hun mer i tvil om hva hun burde gjøre. Det er viktig å avklare pasientens egen oppfatning av risiko, fordi denne ofte kan være forskjellig fra legens oppfatning (9). Når dette var avklart, kunne kirurgen forklare og vise til forskningsresultater som viste at risikoen for å få brystkreft økte med alderen.

Sykepleiers rolle

SDM-metoden beskriver det som viktig å dra inn andre fagpersoner som kan utdype ulike sider ved pasientens problemstilling (2). I dette tilfellet ble sykepleieren bedt om å delta i samtalen for å tilføre et mestringsperspektiv. God informasjon og emosjonell støtte vil være viktig for pasientens mestring (10). Pasienten beskrev hvordan prosessen hadde vært fra hun fikk vite at hun hadde genmutasjonen BRCA og fjernet eggstokkene, til hun nå vurderte å fjerne sitt eget brystev for å unngå å bli syk. Det hadde vært en vanskelig tid da nære familiemedlemmer ble syke og døde. Hun beskrev hvordan hun hadde brukt ulike mestringsstrategier for å håndtere stresssituasjoner. Sykepleieren kunne bekrefte at det var naturlige måter å reagere på i

de ulike situasjonene. Sykepleieren kunne også bekrefte at pasienten hadde gode mestringsevner fordi hun brukte ulike strategier når situasjonen krevde det. Pasienten beskrev dette som «de vanlige trinnene vi har lært om, for eksempel på jobb, med først sjokkfase, så fornektning og til slutt en nyorienteringsfase.» Det å miste en nær slektning hadde gjort sterkt inntrykk og fått henne til å tenke at det var viktig å gå videre med egen situasjon.

Gjennombrudd

Ved dette stadiet i samtalen fikk sykepleieren en følelse av at det fremdeles var noe de ikke hadde snakket om, og hun utfordret pasienten på dette: «Jeg opplever at det fremdeles er noe som hindrer deg i å ta beslutning om videre behandling. Er det riktig?» Pasienten svarer nølende: «Det er jo ikke nødvendigvis disse brystene mine som er så viktige for meg.» Sykepleieren innvender: «Men er det ikke akkurat det dette handler om?» Pasienten svarer: «Eh, – jo når du sier det ...»

Plutselig opplevde vi at vi var inne på noe som var viktig for pasienten. Utvekslingen som er gjengitt ovenfor åpnet for en samtale om den kroppslige endringen operasjonen ville medføre



og hvordan man kan mestre slike endringer uten tap av kjønnsidentitet. Samtaler om bryst kan være vanskelig, fordi man anser brystene for å være en del av den private, seksualiserte delen av kroppen. Noen kvinner kan oppleve det som flaut å snakke om brystene sine. Dette kan gjøre samtalen vanskelig, men forhåpentligvis også forløsende ved at man får satt ord på ting.

Det komplekse brystet

I intervjuer med kvinner med brystkreft, fant Langellier og Sullivan fire meningsbærende kategorier: det medikaliserte, det funksjonelle, det kjønnete og det seksualiserte brystet (11). Det medikaliserte brystet ble oppfattet som en kroppsdel skilt fra kroppen som helhet, et objekt som var mistet eller smertefullt. Det funksjonelle brystet refererte først og fremst til brystets livgivende funksjon gjennom amming av

symptomatiske bryst når hun samtaler med sin behandler. Hun forholder seg også til andre sett av meninger som kommer utenfra, i den sosiale sfæren, og innenfra, i den psykiske sfæren.

Brystets symbolverdi

Å forholde seg til en mulig fjerning av brystvev, vil involvere både bevisste og ubevisste mentale prosesser for pasienten. Slike prosesser preges av rasjonelle vurderinger og subjektiv oppfatning av egen helse, samt emosjonelle og kroppslige minner og erfaringer. Kvinnen har en livshistorie med seg til konsultasjonen som bærer i seg både kulturelle og mentale forestillinger, samt kroppslige opplevelser knyttet til brystene. Disse opplevelsene kan være utpreget positive eller negative, mer eller mindre nøytrale, mer eller mindre ambivalente. For heterofile kvinner med barn vil kanskje brystet bringe assosiasjoner til livets

det kommer til reelle møter mellom pasient og lege eller sykepleier. Hvordan denne innviklede knuten av sammenfiltrete følelser og betydninger arter seg for den enkelte pasienten er ikke noe behandleren i utgangspunktet kan forutsi. Meningsknuten vil trolig være forskjellig fra kvinne til kvinne: den reflekterer forskjellige biografier og identiteter. Nettopp derfor er det gunstig at beslutningsprosessen skjer over tid i en gjensidig dialog som åpner opp for refleksjon, både hos pasient og lege eller sykepleier. Behandleren bør, så langt det er mulig, være åpen for disse individuelle forskjellene. Han eller hun bør vise følsomhet for den enkelte kvinnes livshistorie og oppfatning av seg selv i situasjonen, i det som ofte vil være en vanskelig beslutning. SDM-metoden kan hjelpe kvinner til å ta en beslutning om profylaktisk fjerning av brystvev. Men denne historien viser også at den mer klassiske måten å bruke SDM på, nemlig å gi informasjon og evidensbasert kunnskap som grunnlag for beslutning, ikke nødvendigvis er nok.

«Synet på pasientens rolle har endret seg fra en passiv mottaker av helsetjenester til en mer aktiv deltaker i behandlerteamet.»

barn. Det kulturelle kvinneidealet, synlighet og andres blikk, var måter kvinner omtalte det kjønnete brystet på. Det seksualiserte brystet ble beskrevet både gjennom kroppens utseende, det å fremdeles føle seg attraktiv, og betydningen av berøring. Kvinnen vi snakket med var modig nok til å prate om sin bekymring for å fjerne brystene. Hun beskrev både at de bekreftet henne som kvinne, som seksualpartner og at brystene var viktig for hennes identitet.

Kategoriene til Langellier og Sullivan kan kanskje ha en nytteverdi hvis behandlere bruker dem i en slags pedagogisk hensikt. Dette kan hjelpe pasienten med å skille de forskjellige aspektene ved brystet fra hverandre og tenke igjennom konsekvensene av en potensiell fjerning av brystvev, eller konsekvensene ved å ikke gjennomføre denne operasjonen. En slik kategorisering er først og fremst en funksjonell inndeling av brystets betydning som kan skape orden i et meningsfelt som i stor grad preges av det uoversiktlige og overlappende. Brystets betydning – gjennom historien og i vår samtid, individuelt og relasjonelt, psykologisk og kulturelt, konkret og symbolsk – avslører en voldsom kompleksitet. Kulturelle og individuelle oppfatninger av brystet er ikke i utgangspunktet organisert på en skjematisk måte. Brystkreftpasienten forholder seg ikke bare til sitt «medikaliserte» og

overgangsfaser som pubertet, graviditet, fødsel, amming og aldring. Noen uttrykker stolthet og glede over brystene sine, og har stor glede av dem seksuelt, mens andre opplever dem som uviktige, eller rett og slett en byrde. Enkelte lesbiske kvinner, og middelaldrende eller eldre kvinner som ikke er seksuelt aktive, har beskrevet brystene som «overflødige organer» – de bare er der, uten funksjon (12). For andre knyttes selve kvinneligheten opp mot brystet som symbol på kjønnet identitet, seksuell kraft og moderlig omsorg.

Nettopp dette meningsmangfoldet kan være én av grunnene til at brystkreftpasienter har vansker med å sette ord på akkurat hva det er de er redde for å miste. De har potensielt mye å miste. Det å skulle forholde seg til en beslutning om fjerning av brystvev kan være en erfaring som utløser vanskelige og motstridende tanker og følelser. Dette gjelder særlig når kreftdiagnosen ikke foreligger konkret, men snarere utgjør en trussel mot framtidig helse. Kvinner som er genetisk disponert for brystkreft vil kanskje diskutere historier om andre kvinner i familien, med samme diagnose og hvilke utfall dette har hatt, i konsultasjonen.

Individuelle forskjeller

De medikaliserte, funksjonelle, kjønnete og seksualiserte brystkategoriene til Langellier og Sullivan vikler seg altså inn i hverandre når

Tidsfaktoren viktig

Kvinnen i vårt eksempel fikk bruke tid på å ta sin beslutning. Hun var først inne til samtale hos kirurgen og deretter til to samtaler med kirurg og sykepleier. Etter de to første samtalene var hun tydelig på at hun ennå ikke var klar for å bestemme seg – det skjedde først i den tredje samtalen. Hun trengte tiden mellom samtalene til å tenke, slik at beslutningen kunne modnes gradvis. Tidsfaktoren viste seg å være viktig. Det å delta aktivt i samtalen med egne opplevelser, tanker og følelser var like viktig for kvinnen som den faktabaserte informasjonen og faglige kunnskapen. Å få hjelp til å sette ord på det forestående tapet, sorgen og konsekvensene av operasjonen opplevdes som et gjennombrudd for en større forståelse av hva dette innebar. Etter hvert var kvinnen klar til å ta beslutningen, og når den endelig var tatt, ville hun helst bli operert dagen etter. Hun framsto som trygg og sikker – det var tydelig at samtalene hadde brakt henne videre.

Innvendinger

Mange vil sikkert hevde at i dagens helsetjeneste er det ikke tid til denne typen samtaler, og det er også en av innvendingene mot SDM (2). Vi skulle prøve ut metoden og tillot oss derfor å bruke mye tid. Men vi mener at erfaring i og trening på metoden vil gjøre klinikere flinkere til å fokusere raskere på det som er viktig. Vi tror likevel det er

nyttig med to eller flere samtaler. Lege og sykepleier bør foreta samtalene sammen fordi de har forskjellig perspektiv og kan utfylle hverandre.

SDM passer ikke for alle. Selv om det ikke er noe klart rett eller galt svar, ønsker noen pasienter at medisinske eksperter nærmest skal ta beslutningen om behandling for dem. Det er et stort ansvar for klinikerne å ta slike beslutninger, men det kan også vise seg å være en god løsning for begge parter. Utgangspunktet bør kanskje derfor være å involvere pasienter i SDM i den grad de selv ønsker det (2).

Konklusjon

Kvinnen i vårt eksempel hadde, sammen

med kirurgen og sykepleieren, arbeidet seg igjennom både det faktamessige og det emosjonelle grunnlaget for å fatte en beslutning om behandling. Denne prosessen vil bety mye for hennes opplevelse av selve inngrepet og, ikke minst, rekreasjon og bearbeiding i tiden etter operasjonen. Eksempelet viser at Shared decision-making (SDM) kan være en god metode for å hjelpe kvinner til å ta en riktig beslutning om profylaktisk fjerning av brystvev. Det er viktig at den klassiske metoden med å gi evidensbasert kunnskap som grunnlag for en medisinsk beslutning utvides til også å snakke om tap av brystene i et emosjonelt, sosialt og kulturelt perspektiv. ■■■

LITTERATUR

1. Charles C, Gafni A, Whelan T. Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango). *Soc Sci Med* 1997; 44 (5): 681–92.
2. Edwards A, Elwyn G eds. *Shared Decision-Making in Health Care*. Oxford University Press Inc: New York, 2009.
3. Lov om pasientrettigheter (1997) Sosial- og helsedepartementet.
4. Sølland H, et al. Emerging Concepts of Apolipoprotein D in Breast Cancer. *Cell Oncol* 2007; 29 (3): 195–209.
5. Rebbeck TR. Biomarkers of inherited susceptibility and cancer. *IARC Sci Publ* 2004; (157): 91–103.
6. Norsk Brystkreft Gruppe (www.nbkg.no). Blåboka kapittel 6, side 2–3. 2010. 8 (1).
7. Møller P, et al. High penetrances of BRCA1 and BRCA2 mutations confirmed in a prospective series. *Hered Cancer Clin Pract* 2010; 8 (1): 2.
8. Hagen AI, et al. Survival in Norwegian BRCA1 mutation carriers with breast cancer. *Hereditary Cancer in Clinical Practice* 2008; 7 (7).
9. Misselbrook D, Armstrong D. Thinking about risk. Can doctors and patients talk the same language? *Fam Pract* 2002; 19 (1): 1–2.
10. Lode K. Patient information and coping styles in multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis* 2007; 13: 792–799.
11. Langellier KM, Sullivan CF. Breast talk in breast cancer narratives. *Qual Health Res*, 1998. 8 (1): 76–94.
12. Gripsrud BH. *Spectacular Breasts: Mapping our Historical and Contemporary Cultural Fascination with the Breast*. University of Leeds: PhD-avhandling, School of Fine Art, History of Art and Cultural Studies. 2006



Norges Helsehøyskole
Campus Kristiania

VI VET HVORDAN VI SKAL MØTE DE STORE HELSEUTFORDRINGENE!

Vil du være med å legge til rette for at de sunne valgene i hverdagen gjøres mer attraktive?

Inaktivitet og usunne levevaner er sterkt medvirkende til et bredt spekter av sosiale, fysiske og psykiske helseproblemer. Løsningene ligger i hverdagsvalgene!

Regjeringen ønsker via samhandlingsreformen og folkehelseloven en sterkere satsing på forebygging i alle sektorer.

Frisklivssentraler som opprettes i alle kommuner vil bli en kompetansesterk og motiverende møteplass for livsstilsendring. Dette krever utdanning som gir kunnskap både innen den fysiologiske delen av forebyggingsarbeidet, men også prosjektledelse, helsepolitikk og samfunnsplanlegging.

Ta en utdanning ved Norges Helsehøyskole og bli det naturlige valget for kommuner og andre frisklivsmiljøer!

NYHET! BACHELOR-STUDIUM I FRISKLIV OG LOKALT FOLKEHELSEARBEID.

Du som er sykepleier får fritak for de medisinske fagene, og vil kunne starte direkte på det andre året.

Vi holder til på Ullevål stadion i Oslo!
E-post: studentservice@nhck.no
Tlf: 22 70 19 00

www.nhck.no



ETIKK

Berit Støre Brinchmann om hjemmerespiratorbehandling

Berit Støre Brinchmann, professor i sykepleie ved Universitetet i Nordland og Universitetet i Stavanger, og medlem av Rådet for sykepleieetikk.

I klem mellom pasient, familie og sykehus

For noen pasienter kan det å få bo hjemme være av avgjørende betydning for om de i det hele tatt ønsker hjemmerespiratorbehandling.

Som nyvalgt medlem av Rådet for sykepleieetikk og erfaren medlem av en klinisk etikk-komité har jeg ofte blitt presentert for etiske utfordringer knyttet til hjemmerespiratorpasienter.

I en fersk doktorgradsavhandling (Dybwik, 2011) har vi blant annet intervjuet pårørende til tunge hjemmerespiratorpasienter og helsepersonell i kommunehelsetjenesten tilknyttet samme pasientgruppe. Avhandlingens tittel er «Mellom barken og veden». Denne tittelen ble valgt fordi etiske dilemmaer og vanskelige

Familienes største utfordring er «kampen mot systemet».

valg er gjennomgående i hele pasientforløpet for hjemmerespiratorpasienter. Funnene viser at alle som er involvert i pasientbehandlingen både praktisk, og også etisk, hele tiden må velge mellom ulike utilfredsstillende løsninger. Helsepersonell i kommunehelsetjenesten beskriver at de ofte føler seg i klem mellom pasient, familiemedlemmer og sykehus. Den viktigste årsaken til problemene er at omsorgen finner sted i pasientens hjem. Opplevelsen av å være gjest i pasientens hjem, og et vanskelig forhold til ekspertkompetente

familiemedlemmer, fører ofte til konflikter og usikkerhet om hvem som egentlig bestemmer. For omsorgspersonalet kan dette oppleves som en stor psykisk belastning, som ikke sjelden medfører at de slutter i jobben. For å løse noen av disse problemene foreslo kommunene at pasienten burde bo i tilrettelagte omsorgsboliger og at familiemedlemmer ikke burde ansettes i pleieteam.

Kommunalt byråkrati

Familienes største utfordring er «kampen mot systemet», det vil si den kontinuerlige kampen de utkjemper mot kommunehelsetjenesten. Dette innebærer mangel på medbestemmelse, forståelse, innsikt, kompetanse og kontinuitet, og de må forholde seg til et enormt kommunalt byråkrati. De opplever å være uunnværlige fordi deres ekspertise er nødvendig for å sikre den nødvendige kvaliteten på omsorgen. De opplever videre et stort gap mellom på den ene siden rettigheter og forventninger, og på den annen side hva kommunehelsetjenesten er i stand til å ivareta, selv i et moderne helsevesen i et av verdens rikeste land.

Plikten er ikke ubegrenset

Ifølge kommunehelsetjenesteloven § 2-1 første

ledd har «enhver rett til nødvendig helsehjelp i den kommune der han bor eller midlertidig oppholder seg.» Kommunens plikt til å yte nødvendig helsehjelp er imidlertid ikke ubegrenset. Det vil avhenge av økonomi, tilgang på helsepersonell og det utstyr gjør mulig. Kommunene er imidlertid forpliktet til å tilby en helsetjeneste av en viss minstestandard uten hensyn til ressurstilgang. Hvor langt pasientens rett gjelder, vil således bero på skjønn og en helhetsvurdering av blant annet pasientens behov, effekt og nytte av behandling. Høyesterett har i en dom (Fusa-dommen) uttalt at kommunen er forpliktet til å yte helsehjelp opp til et forsvarlig minstenivå, og at domstolen kan prøve dette. Samhandlingsreformen legger også opp til at kommunehelsetjenesten skal bygge ut tilbud med særskilt kompetanse, som eksempelvis enheter som får ansvar for respiratorpasienter. Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering understreker at det vil være av stor betydning at kommunene gjøres i stand til å ta imot de nye oppgavene og pasientene som kommer, og at kunnskap og kompetanse tilflytter kommunene. Dette er en stor utfordring, fordi rekruttering av helsepersonell er vanskelig, og de som rekrutteres ofte er ufaglærte.



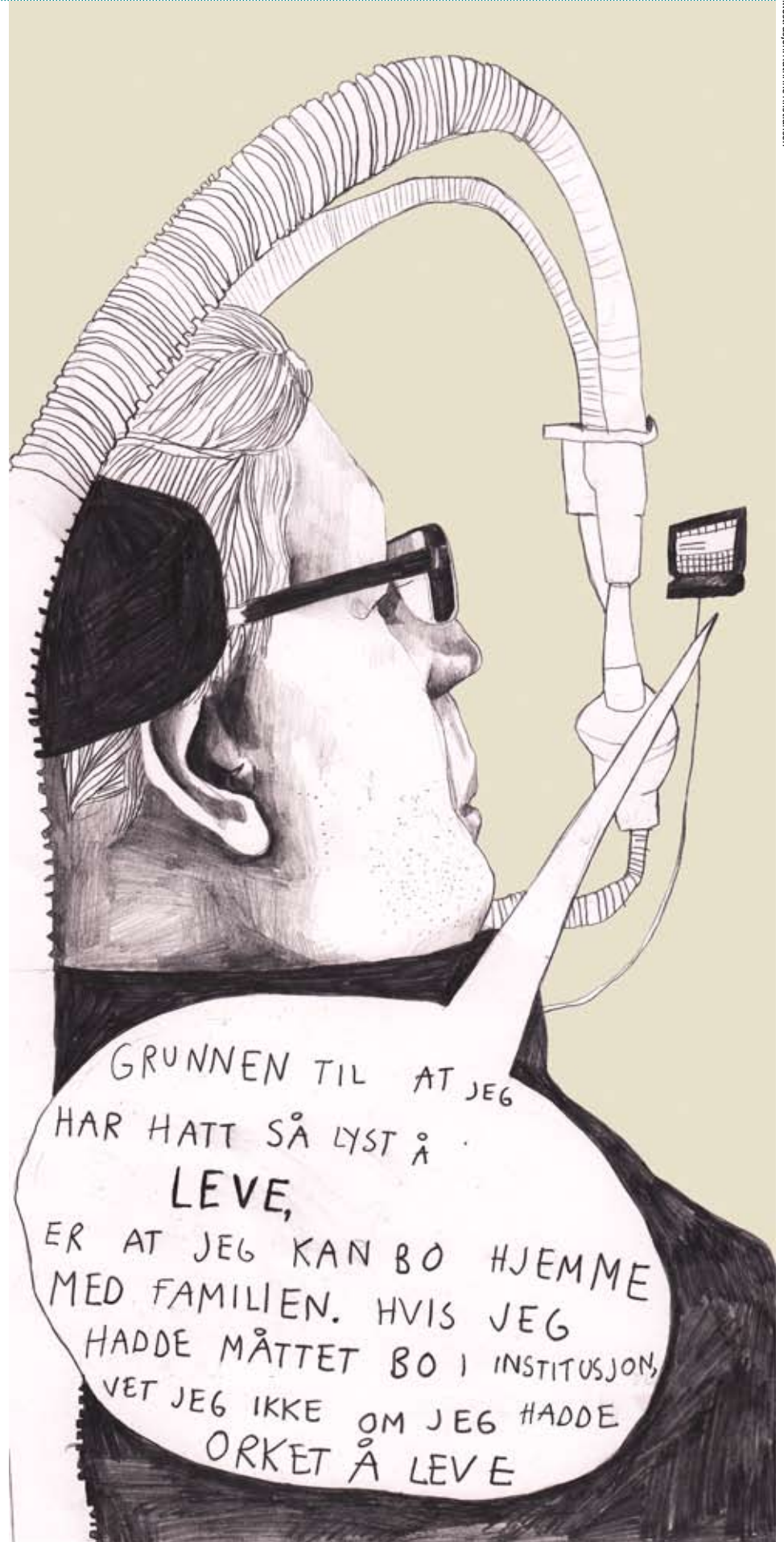
Åpenbare interessekonflikter

En av de vanskeligste etiske problemstillingene innen hjemmerespiratorbehandling gjelder spørsmålet om hvor pasienten skal bo. Her avdekker Dybwiks studie åpenbare interessekonflikter mellom familiene og kommunehelsetjenesten. De fleste pasienter og pårørende vil ønske at behandlingen skal foregå i sitt private hjem. Dette gir en følelse av frihet og trygghet. De kan være sammen som familie, og pasienten kan i større grad være sin egen herre.

«Grunnen til at jeg har hatt så lyst til å leve, er at jeg kan bo hjemme med familien. Hvis jeg hadde måttet bo i institusjon, vet jeg ikke om jeg hadde orket å leve». Dette sa Knut Moskvil, 63 år, lege, ALS-pasient, trakeostomi- og hjemmerespiratoravhengig, til Aftenposten 6. juni, 2010. ■■■

REFERANSE:

Knut Dybwik: Hjemmerespiratorbehandling. «Mellom barken og veden» en kvalitativ studie av intensivbehandling i hjemmet. Avhandling levert for graden Doctor Philosophiae. Universitetet i Tromsø, Det helsevitenskapelige fakultet, 2011.



Quiz

Tekst **Nina Hernæs**

Er du en kompetent sykepleier?

Test kunnskapene med vår aktuelle og nådeløse quiz!

1 Hva er lipider?

- A Fettstoffer
- B En type proteiner
- C Ekstra tunge karbohydrater

2 Hvor mange kvinner i Norge antas å lide av osteoporose?

- A Rundt 50 000
- B Rundt 100 000
- C Alle

3 Hvor i kroppen er det ovale vindu?

- A I øret
- B I øyet
- C I de kvinnelige kjønnsorganene

4 Hva er anacusis?

- A Døvhets
- B Blindhet
- C Frigiditet

5 Og hva er presbyakusis?

- A Alderstunghørhet
- B Langsynthet
- C Nedsatt sexlyst

6 Hva er frenulum preputii?

- A Ytre del av anus
- B Strengen som går på undersiden av penis
- C En type utslett

7 Hvilken sykdom kalles også «kaptein Voms sykdom»?

- A Urinretensjon
- B Urinveisinfeksjon
- C Urinsyregikt

8 Hva er infeksjons konjunktivitt?

- A Øyekatarr
- B Øreverk
- C Bleieutslett

9 Hvilket virus er ofte årsak til infeksjons konjunktivitt hos barn?

- A Adenovirus
- B Norovirus
- C Rotavirus

10 Hvilket vitamin er viktig for nattesynet?

- A D-vitamin
- B C-vitamin
- C A-vitamin



HVA ER INNI HER: Er det ovale vinduet i øret? Foto: Colourbox.



10 POENG: Imponerende. Pasientene kan ikke få nok av deg. (Sikker på at du ikke har kikket?)



6-9 POENG: Lovende. Men ikke treng deg på pasienter mer enn høyst nødvendig.



3-5 POENG: Bra. Men kanskje på tide med den videreutdanningen du har tenkt på så lenge?



0-2 POENG: Ikke bra. Hold deg mest mulig på vaktrommet og lat som du dokumenterer. (Sjekk at du virkelig er autorisert.)

SVAR: 1A Fettstoffer 2B Rundt 100 000 3A I øret 4A Døvhets 5A Alderstunghørhet 6B Strengen som går på undersiden av penis 7C Urinsyregikt 8A Øyekatarr 9A Adenovirus 10C A-vitamin

FAG

Leseraksjon



Ga legen en smekk

Da legen som skulle sjekke operasjonssåret til Knut Fredrik Thorne ikke vasket hendene etter å ha snakket i mobiltelefonen, smekket Thorne til ham.

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



Etter en komplisert skulderoperasjon for noen år siden, var pasient- og brukerombudet i Akershus, Knut Fredrik Thorne, plutselig pasient ved Sykehuset Østfold. Og legen som skulle følge ham opp, fikk smertelig erfare at også pasienter vet at god håndhygiene er viktig.

Når Thorne ligger der nyoperert og nysprøytet med morfin – med dren og bandasjer og greier – kommer legen for å sjekke operasjonssåret hans. Så ringer mobilen til legen. Han tar den og snakker i vei.

– Deretter legger han på og skal til å se på operasjonssåret mitt. Da smekker jeg til ham med den friske hånden min og ber ham gå og vaske seg før han ser på noe som helst.

– Hva skjer så?

– Han sier ikke beklager eller gjør noe forsøk på å unnskyldte seg. Han blir bare sur.

– Fortsetter han med skitne fingre?

– Nei, etter en grundig håndvask fjerner han deler av bandasjen og ser nærmere på der drenet går inn i armen. Han svarer ikke, eventuelt bare kort og mutt, på mine spørsmål. Etter en masse beskjeder vedrørende opp trening og fysioterapi som jeg ikke får med meg på grunn av all morfinen, avslutter han med å si henvendt til

sykepleieren: «Denne pasienten skal hjem i dag!»

Dette var stikk i strid med hva kirurgen hadde opplyst Thorne om tidligere. Det hadde oppstått noe uventet under operasjonen som medførte at det ble brukt hammer og meisel. Beintransplantasjon, stålplate og ni skruer hadde blitt nødvendig. Thorne hadde fått beskjed av kirurgen om at han i hvert fall skulle være der til dagen etter.

Legen forsvant ut, og etter noen minutter kom sykepleieren inn igjen og kunne berolige Thorne med at han ikke skulle hjem likevel. Hun tok seg tid til å forklare og svare på alle spørsmålene til pasienten.

– Hva sykepleieren sa til meg om selve episoden, får være mellom henne og meg, men det var en hyggelig og morsom samtale med mye latter. Og få endelig med at jeg er strålende fornøyd med alt annet under oppholdet. En slik episode tror jeg kunne ha skjedd ved et hvilket som helst sykehus.

Thorne oppfordrer alle pasienter til å si tydelig ifra om det slurves med hygien.

– Det kan være på grunn av stress og forglemmelser, og kan få fatale følger for deg som pasient. ■■■

Du skal ha 11 timer
sammenhengende fri. Side 83

Sykepleien på 60-tallet, om
døgnrytme og hjelpepleiere. Side 88

Psykiatrien har for
stor makt. Side 79

Sterke
synspunkter?
Skriv til oss!

Mennesker & meninger

Sykepleien

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

TETT PÅ **OLE GEORG MOSENG OG ELLEN CATHRINE LUND**

«I perioden før 1960 var spørsmålet om autorisasjon for sykepleiere den største konflikten.»

84

KRONIKK **MAGNE HUSTAVENES**

«Rammeplanen er ikke roten til alt ondt, men den bør revideres slik at den gjenspeiler virkeligheten.»

80



NSF HAR ORDET Forbundsleder Eli Gunhild By

Stilling: Forbundsleder i NSF

E-post: eli.gunhild.by@sykepleierforbundet.no

Det er ikke tilfeldig hva vi gjør!

Sykepleiere bør strebe etter å bruke kunnskapsbasert tilnærming til sykepleietjenesten. Dette har vært en viktig sak for NSF i mange år.

Lørdag 12. mai er Den internasjonale sykepleierdagen – til minne om Florence Nightingale og hennes innsats for den moderne sykepleien. Norsk Sykepleierforbund markerer dagen 11. mai. Sykepleiekunnskap har gjennom historien spilt en avgjørende rolle for helse og utvikling i Norge og resten av verden. Temaet for dagen i år handler om nettopp dette: «Fra kunnskap til handling.»

Flere vitenskapelige prosjekter og økt tilgang på informasjon har ført til betydelige helseforbedringer over hele kloden. Likevel er helseforskjeller, helsemessige ulikheter og dårlige helse-tjenester en reell utfordring for alle sykepleiere. Dødeligheten er svært forskjellig i ulike deler av verden, og ifølge WHO kunne halvparten av alle dødsfallene i verden vært unngått med enkle

Beslutninger tas på udokumentert bakgrunn.

og kostnadseffektive tiltak. Medisiner og riktig behandling kan redde mange – utfordringen er hvordan denne kunnskapen kan komme flere til nytte.

Helsetjenesten over hele kloden har store utfordringer knyttet til kvalitet og kvantitet, ikke minst på grunn av reduserte økonomiske ressurser. En av grunnene til at man ikke får ytt optimal helsehjelp og sykepleie, er at beslutninger for ofte tas på bakgrunn av ikke-dokumentert kunnskap. Derfor bør sykepleiere til enhver tid strebe etter å bruke kunnskapsbaserte tilnærminger i sykepleietjenesten.

Norsk Sykepleierforbund har i mange år vært opptatt av kunnskapsbasert praksis. Det legges vekt på dette i flere landsmøtevedtak, i prinsipp-programmet og NSF's yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Sykepleierforbundet har gitt ut bøker som omhandler temaet, og støttet prosjektet PPS, en kunnskapsbasert elektronisk prosedyrehåndbok for sykepleiere.

NSF mener at:

- ▶ Alle sykepleiere må kunne ta del i kunnskaps-



NORSKE SYKEPLEIERE er blant de best utdannede i verden, men vi skal strebe etter å jobbe enda mer kunnskapsbasert, skriver forbundslederen. Arkivfoto: Erik M. Sundt

og kompetanseutvikling i helsetjenesten og i utdannings- og forskningsinstitusjoner for å sikre en kunnskapsbasert praksis.

- ▶ Sykepleiepraksis skal være kunnskapsbasert og bygge på forskning, erfaringsbasert kunnskap, pasientens/brukerens valg og verdipreferanser.
- ▶ Sykepleiere skal ha tilgang og tid til å anvende nødvendig helseinformasjon, fagstøtte, kunnskapskilder og teknologi for å kunne utøve god praksis.

Jeg er stolt av at Norge har blant verdens best

utdannede sykepleiere som hver dag bruker sin kunnskap slik at både enkeltpersoner og samfunnet skal være trygge på å få riktig behandling, pleie og omsorg. Det er ikke tilfeldig hva vi gjør!

Jeg vil benytte anledningen til å gratulere alle sykepleiere med Den internasjonale sykepleierdagen!

Eli Gunhild By

Psykiatri og menneskeverd

De sakkyndiges ulike konklusjoner i 22. juli-saken synliggjør et paradoks som mange psykiatriske pasienter har kjent på kroppen; det at en så lite eksakt vitenskap har så stor og ofte skrårisker definisjonsmakt.

Majoriteten av pasientene som mottar døgnbehandling i psykiatrien har opplevd dype krenkelser i de avgjørende barne- og ungdomsårene og bærer på en grunnleggende utrygghet. Tillit og relasjoner blir krevende. Livet blir krevende.

Ved innleggelse foretas en skjematisk kartlegging av velmenende og jevnt over dyktige fagfolk som diskuterer seg imellom hva som feiler pasienten. Psykose, personlighetsforstyrrelse, angst, depresjon og tvang er vanlige diagnoser. Når pasienten har fått «kjemisk avstand» til følelsene sine ved hjelp av symptomdem-

pende medikamenter, så tilbys terapi. Mange erfarer at terapien verken blir vellykket eller fullført fordi tilgangen til følelsene er blokkert og liggetiden ønskes kortest mulig. Slik skapes svingdørspasienter. Slik forsterkes uførhet. Og slik forblir traumer ubearbeidet.

Psykiatrien som system er veldig opptatt av å plassere mennesker inn i de «rette» kategorier: Symptombaserte diagnoser. Man føler seg mer som et kasus enn et helt og likeverdig menneske. Samtidig er rigide regler som styrer når, hvor, hva og med hvem man kan snakke om livet sitt, med på å forsterke mindreverdighets- og skamfølelsen som mange kjenner på.

Siden diagnostisering og behandling skjer på grunnlag av symptomer og ikke bakenforliggende årsaker, er feildiagnostisering og feilbehandling relativt utbredt. Å ha en feilaktig psykiatrisk diagnose

er stigmatiserende. Det har jeg sjøl erfart. Uverdig er det også å bli nektet traumbearbeidelse fordi man anses «for syk». For sjøl om vi kjenner at innestengte følelser gjør større skade, gjør mer vondt, enn følelser som får komme til uttrykk i trygge rammer, så bestemmer de boklærde. Avmaktfølelsen blir stor.

Det er ikke noe feil ved de av oss som har opplevd krenkelser i oppvekstårene og som får helseproblemer som følge av det. Vi har normale reaksjoner på unormale opplevelser som vi trenger å få ut av oss. Om psykiatrien i større grad hadde agert etter den enkle sannheten, så ville mange ha sluppet å bli påført nye krenkelser i møte med et system hvis ydmyke mantra er å hjelpe!

Anna Lindseth, stoppovergrep.no

PPS – samhandling i praksis

Når du trenger det – der du er

Enkel tilgang til kunnskap og utprøvde prosedyrer skaper trygghet i behandlingssituasjonen, og mer tid til pasienten. I PPS er kunnskapsstoffet lettere tilgjengelig og tettere knyttet til innholdselementer i prosedyrene.

PPS kan brukes fra:

- Nettbrett
- Jobb-pc
- Hjemme-pc
- Smarttelefon.

Integrasjon med journalsystem gir:

- Prosedyre som del av planlegging
- Dokumentasjon av brukt prosedyre og versjon

**Klar til bruk
Prøv idag**

www.akriben.no

PPS Praktiske Prosedyrer i Sykepleietjenesten

Akribe



Magne Hustavenes,
sjef for helsefag, Lovisenberg
Diakonale Sykehus, Oslo.

KRONIKK Studentpraksis

Bør samarbeide bedre

Utdanningene er ikke oppdatert, og ikke gode nok til å samarbeide med praksisstedene om hva slags oppgaver sykepleierstudenter bør få.

Sykepleie er en av bærebjelkene i det norske helsevesenet. Derfor blir sykepleierutdanningen detaljert beskrevet i Stortingsmelding 13, «Utdanning for velferd», som skisserer hvilken retning velferdsutdanningene må ta fremover. Det milde og departementale språket til tross, budskapet er klart: Det er stor fare for at utdanningen mister sin relevans hvis ikke høyskoler og universitet arbeider tettere med yrkeslivet. Kritikken er spesielt rettet mot sykepleierutdanningens praksisperioder.

At kvaliteten på praksis i sykepleierutdanningen har store brister er verken nytt eller revolusjonerende. Det er trolig grunnen til at meldingens konklusjoner i liten grad har skapt store diskusjoner. Men, om vi alle er enige om dagens status, har vi nå en unik mulighet til å gi innspill til Kunnskapsdepartementets videre arbeid.

Det har vært en årelang diskusjon om det fjerde studieåret, og meldingen sier at man ønsker å vurdere et veiledningsår for nyutdannede. Det mener jeg er en fallitterklæring. Først må man hente ut potensialet som ligger inne i den treårige utdanningen. Det kan ikke være slik at en veiledningsordning skal etableres for å kompensere for en dårlig bachelorutdanning.

Praksis er ikke som før

Et forpliktende og likeverdig samarbeid mellom høyskole og praksissteder er nøkkelen til et bedre praksistilbud til studentene, og igjennom det økt kvalitet til pasientene. Men samarbeidet må ikke bare gjelde praksisstudiene. Det bør omfatte hele sykepleie-studiets innhold, slik at det blir bedre sammenheng mellom teori og praksis. Om utdanningsinstitusjonene og arbeidslivet lager et studieprogram

beskrives i Rammeplanen. Problemet er at rammeplanen beskriver en klinisk virkelighet som er i ferd med å miste sin gyldighet. Jeg tenker først og fremst på at spesialisthelsetjenesten blir mer og mer preget av poliklinisk, dagmedisinsk eller dagkirurgisk virksomhet og antallet heldøgns plasser reduseres. Samhandlingsreformen vil ytterligere forsterke problemet ved at pasientene vil være kortere innlagt i sykehuset. Sengebehovet i spesialisthelsetjenesten reduseres mens pasienttilbudet bygges opp i kommunene. Med dagens høye studentantall er det en stor utfordring å finne gode praksisplasser.

Da blir det vanskelig å innfri kravet om at studentene skal ha praksis på døgnavdelinger. Vi havner i en diskusjon om hvorvidt praksisplassen møter rammeplanens krav, og ikke om det kan være et godt sted for studenter å lære god og relevant sykepleie. Stortingsmelding 13 svarer på utfordringen ved å skissere en dreining av praksis fra sykehus til kommune. Jeg tror dette er veien å gå. Men da må vi sikre oss at de nye praksisstedene faktisk blir kvalitativt bedre enn i dag.

Usynlig, men viktig jobb

Jeg er ikke av dem som mener at rammeplanen er roten til alt ondt. Men den bør revideres slik at den gjenspeiler virkeligheten. Den bør også bli mindre detaljstyrende med hensyn til å definere hva som er god praksis. Stortingsmeldingen tar opp spørsmålet om det bør utarbeides en felles forskrift for alle helse- og sosialutdanningene. Det kan være at dette er veien å gå. I så fall må det settes tydelige kvalitetsmål for kompetansen til praksis, høyskolene og praksisfeltet. Uansett må utdanningene og praksis utarbeide dem i et likeverdig samarbeid.

Regjeringen vurderer å lovregulere praksisplasser, eventuelt stille krav om tydelige avtaler mellom utdanningene og praksis med kompetansekrav til praksisveilederne. Uavhengig av hva regjeringen velger, mener jeg at praksisfeltet har en del jobb å gjøre internt. Vi bør bli flinkere til å dokumentere hva vi bruker av ressurser på studenter. Spesielt viktig er det å synliggjøre den formidable jobben som gjøres i planlegging, undervisning og evaluering av studenter. Det enorme arbeidet kommuner og sykehus gjør med å utdanne sykepleiere blir i altfor liten grad uttalt og synliggjort. Studentveiledning er for eksempel usynlig i økonomirapportene, og dette arbeidet blir heller ikke etterspurt av myndighetene. Å være et praksissted for studenter blir tatt for gitt og lite anerkjent.

Husker gode rollemodeller

Veiledningskompetanse er avgjørende for at studentene skal få godt

Jeg tror de fleste av oss husker
den stolte og tydelige veilederen.

sammen, vil praksisstedenes motivasjon til å bidra til kunnskapsvekst bli betydelig større enn i dag.

Mange vil sikkert mene at det allerede fins et samarbeid med praksis om innhold og utvikling av studiet. Men å sitte i en referansegruppe er ikke samarbeid. Noen av oss opplever en nedlatende holdning om at kommuner og sykehus «bare» er praksis. Dette stimulerer ikke til godt samarbeid.

Stortingsmeldingen sier at utdanningsstedene skal stille tydeligere forventninger til praksisplassene. Det er bra. Kravene til praksis



ENVEIS: Utdanningene bestemmer i for stor grad hvilke oppgaver sykepleierstudenter i praksis skal få. Dette bør i større grad bestemmes i samarbeid med praksisstedene. Arkivfoto: Erik M. Sundt.

utbytte av praksis. Jeg tror de fleste av oss husker den gode rollemodellen fra praksis, den stolte og tydelige veilederen. Vi trenger flere slike!

Her må også utdanningene samarbeide med praksis for å øke veiledningskursenes relevans. I dag er de i stor grad utviklet av utdanningene. Det understreker ubalansen i «samarbeidet».

Studentenes aktiviteter i praksis styres for mye av oppgaver fra skolen. De er i for liten grad relatert til den aktuelle avdelingens virksomhet. Hva med å forankre læringen inn mot aktiviteter som sykepleiere jobber med i praksis, som prosedyreutvikling, behandlingslinjer og dokumentasjon? Dette er eksempler på områder hvor utviklingen går veldig fort, og hvor kompetansen er vel så stor i praksisfeltet som på høyskoler og universitet.

Potensialet for bruk av praksis til læring er enormt, og det er i altfor stor grad ubenyttet. Det skyldes nok primært manglende samarbeid, men også lite oppdatert kunnskap i utdanningene om hva som foregår i praksis. Om vi hadde samarbeidet bedre kunne vi dratt veksler på hverandres kompetanse i større grad enn i dag. Ett eksempel er bruk av medisinteknisk utstyr. Her har sykehusene utviklet sertifiseringsordninger med opplæring som enkelt også kunne benyttes av studenter. Et annet eksempel er veiledning og undervisning fra andre profesjoner. Dette ville gi studentene andre perspektiver og ny kunnskap.

Rive veggene?

Stortingsmelding 13 ønsker brede bachelorutdanninger og

spissing i masterløp. Vi må imidlertid passe oss for at bachelorutdanningen blir så bred at den ikke har klinisk relevans. Der som utdanningens nye bredde går på bekostning av ferdigheter og kunnskaper som arbeidslivet har behov for, lurar vi først og fremst studentene, men også de fremtidige arbeidsgiverne. Bachelor- og mastergradsutdanningene prioriterer utviklingen av studentenes kunnskaper og holdninger. Studentenes læring og utvikling av ferdigheter og integrasjon av kunnskaper i ferdighetene har vært nedprioritert. I det videre arbeidet må arbeidslivet være tydelige bestillere av kompetanse og ferdigheter. Dette er en rolle vi ikke har brukt fullt ut tidligere.

Utviklingen av masterprogrammer har større troverdighet når de utvikles i samarbeid med arbeidslivet. Hvis studenter med mastergrad kommer ut av utdanningen med økt kompetanse som også innebærer ferdigheter, vil arbeidslivet se behovet for å ansette dem og kandidatene inneha en mer attraktiv kompetanse enn i dag.

Bill Drayton, guru i sosialt entreprenørskap, hever i A-magasinet at dagens vegger mellom utdanning, samfunn og næringsliv er en gift for kreativitet og samarbeid. Kanskje det er på tide å rive veggene, og sammen utvikle innhold i utdanningene som er relevant for dagens og morgendagens helsevesen. Utdanning koster, men det koster så langt mye mer at studenter slutter i løpet av studiet, at nyutdannede forlater yrket og at pasienter ikke får den behandling og pleie som forventes. ■■■



En nyskapende helse- og omsorgstjeneste

I den politiske debatten settes det likhetstegn mellom mer penger, flere sykehjemsplasser og mer velferd. Men det er ikke alltid løsningen ligger der.

Kommunal sektor står overfor utfordringer som skaper behov for fornyelse og innovasjon. En av de største utfordringene innenfor helse- og omsorgstjenestene er det økende antallet eldre kombinert med færre yngre i arbeidsfør alder. Endringene i alderssammensetningen reiser spørsmålet om hvordan vi skal levere tjenester til flere framover. Vi ser også en trend i retning av sammensatte tjenester, med individualiserte tilbud som stiller nye krav til organisering rundt den enkelte bruker.

Det foregår mye godt utviklingsarbeid i helse- og omsorgstjenesten. Det er når brukernes behov krever nye arbeidsprosesser og løsninger med flere aktører involvert, at tradisjonelt utviklingsarbeid ofte ikke er tilstrekkelig. Innovasjon er derfor like aktuelt for offentlig sektor som for næringslivet.

Den engelske politiker og filosofen Edmund Burke sa at man aldri kan planlegge framtida ved hjelp av fortida. Men så skal man heller ikke glemme å ta vare på gode løsninger når nye utfordringer skal møtes. En kombinasjon av det beste fra det gamle med

går an å tenke nytt om hvordan man organiserer tjenester rundt brukeren. Alle mennesker, unge som gamle, har en samfunnsmessig ressurs som kan aktiviseres. Norske kommuner tar etter Fredericia og andre danske kommuner, og har økende fokus på forebygging og hverdagsrehabilitering.

I begeistringen over dette må vi likevel huske at hverdagsrehabiliteringen ikke treffer alle. Målgruppen er brukere med moderate begrensninger i funksjonsnivå der målet er å utsette og forkorte behovet for hjelp. Metodene som er utviklet i Fredericia er likevel interessante for helse- og omsorgssektoren som helhet fordi forebygging og fokus på brukernes egne ressurser krever involvering og tverrfaglig innsats på en annen måte enn tidligere. Det forutsetter fagfolk som er trygge nok på eget faglige ståsted til at de våger å lytte til og ha respekt for andres. Ledelsen i helsetjenesten må tørre å sette sammen arbeidslag som består av flere profesjoner og ulike fagfelt for å løse en oppgave.

Kommunene vil ha mye å tjene på å tenke nytt om samspillet mellom offentlige ordninger og det sivile samfunn, og sette samarbeid med brukeren selv, familien, det sosiale nettverket og lokalsamfunnet i sentrum for oppmerksomheten. Samskaping i offentlig sektor (co-creation) er en metode som i økende grad brukes i land som England og Danmark. Metoden skaper nye relasjoner mellom brukere, pårørende, ansatte og andre relevante aktører. Kommunene søker å mobilisere ressurser på tvers av samfunnet; ikke bare innenfor profesjonene og i kommunale organer. Samtidig blir befolkningen utfordret til å ta direkte ansvar for fellesskapsløsningene. Samskapte løsninger skal møte spesifikke og uttalte behov hos enkeltindivider og i lokalsamfunnet.

Selvsagt skal profesjonaliseringen av mange oppgaver fremdeles være høy. Men brukerne vet veldig mye om hvordan man forebygger helseproblemer, hjelper utsatte familier eller lærer barn å svømme. I den politiske debatten settes det likhetstegn mellom mer penger, flere sykehjemsplasser og mer velferd. Men det er ikke alltid løsningen ligger der.

Innovasjon er et veivalg som må tas i offentlig sektor – det handler om å etablere en kultur for innovasjon og nyskaping i alle ledd av velferdssamfunnet. ■■■

Innovasjon er like aktuelt for offentlig sektor som for næringslivet.

nysgjerrighet for at nye og komplekse utfordringer kan kreve nye svar er en sunn tilnærming til framtidens omsorgsutfordringer.

Kommunene har historisk sett vært innovative og funnet nye løsninger som møter lokale problem og behov. Med økende regelstyring og rettighetsfesting er utviklingen gått i retning av kommunene som statstjenere. Mye dreier seg om å følge regler og prosedyrer, følge opp tilsyn og skrive rapporter, og lite oppmerksomhet rettes mot å planlegge for framtidens velferdsutfordringer.

For å utvikle innovative løsninger må kommunene ha frihet til lokal tilpasning. Nyskaping springer alltid ut fra et lokalt definert og erkjent problem. I framtida vil kommuner som tør å åpne seg mot omgivelsene og tenke nytt om hvordan de involverer lokalsamfunnet, være vinnerne.

Det danske prosjektet «Længst mulig i eget liv» har vist at det

Eksamen og hviletid

Mai er eksamenstid. Men hva om eksamen kolliderer med vaktene? Advokat **Tore Dahlstrøm** i Norsk Sykepleierforbunds forhandlingsavdeling svarer.

? Jeg er ansatt i et vikariat, og studerer samtidig deltid. Har jeg rett til fri med lønn under hjemmeeksamen? Jeg står nemlig oppført på jobb under hele hjemmeeksamen.

§ Dette er det ikke så enkelt å gi et entydig svar på, fordi rettighetene dine vil være avhengig av hvor du jobber. Reglene er ulike i de ulike tariffområdene, og i mange tilfeller er dette kun regulert i lokale reglementer og avtaler. Vi vil likevel gi en overordnet informasjon om rettighetene i de tariffområdene de fleste sykepleiere er omfattet av. For nærmere detaljer må du kontakte din lokale arbeidsgiver eller tillitsvalgte.

I NSF's tariffavtale med KS gis det rett til permisjon med lønn for eksamensdagene samt to lesedager før hver eksamen. Ved eksamensformer som varer tre sammenhengende dager eller mer, skal det drøftes en ytterligere tilrettelegging. Det er en forutsetning for permisjon at vedkommende ville hatt ordinært arbeid de to dagene umiddelbart før eksamen, og at faget har betydning for kommunen.

Ifølge velferdsreglementet i Oslo kommune kan det i tillegg til eksamensdagene gis rett til permisjon med full lønn for to lesedager for hver eksamensdag, opp til ti dager, forutsatt at arbeidstaker har minst ett års sammenhengende tjeneste og at avtale om tjenestefri er inngått på forhånd.

Ansatte i staten har antakelig de beste permisjonsrettigheter. Her gis det på gitte vilkår

rett til en eksamens-/lesedag for to studiepoeng. Arbeidstaker som tar etter- og videreutdanning som er til nytte for virksomheten eller for arbeidstakerens stilling/kompetanse, kan gis rett til permisjon med lønn inntil 21 eksamens-/lesedager i løpet av et studieår. Det er stilt særlige vilkår til midlertidig ansattes rettigheter. Se også Statens Personall håndbok www.sph.dep.no/Statens-Personallhandbok

I Spekters overenskomst, som gjelder for ansatte i helseforetakene, er det ingen sentralt fastsatte regler om permisjon ved eksamen/lesedager. Men mange helseforetak har egne personalpolitiske regningslinjer som regulerer dette. Du får nærmere informasjon om dette ved å kontakte lokal arbeidsgiver eller tillitsvalgt. Dette gjelder også hvis du jobber på steder som er omfattet av andre tariffavtaler enn de som er omtalt her, eller der virksomheten ikke har tariffavtale.

? Hva sier lovverket om praksisen å gå kveldsvakt, for så å gå dagvakt dagen etterpå?

§ Dette reguleres av arbeidsmiljøloven § 10–8, som krever at arbeidstaker som hovedregel skal ha en sammenhengende arbeidsfri periode på minst 11 timer i løpet av 24 timer. Den arbeidsfrie perioden skal legges mellom to hovedarbeidsperioder. Har du kveldsvakt som avsluttes kl. 22.00, kan du derfor etter hovedregelen ikke påbegynne en ny vakt før kl. 09.00 dagen etter. Bestemmelsen

innebærer en viktig begrensning i muligheten til å ha arbeidstidsordninger med en altfor stor konsentrasjon av arbeidstiden. Det er imidlertid anledning til å gjøre unntak fra hovedregelen og avtale kortere arbeidsfri periode ned til 8 timer. Det er kun arbeidsgiver og tillitsvalgte som har adgang til å inngå slik avtale.

? Hvor mye har man krav på i feriepengene?

§ Feriepengene skal være minimum 10,2 prosent av feriepenges grunnlaget. Arbeidstakere over 60 år har rett på minimum 12,5 prosent.

Feriepengene beregnes ut fra det man har fått som arbeidsvederlag (lønn m.m.) i opptjeningsåret. Utbetalinger som gjelder reiseutgifter, losji, feriepengene som er utbetalt i opptjeningsåret, eller andel av nettoutbytte, inngår ikke i beregningen. Det skal beregnes feriepengene av bonus og provisjonsbasert lønn når dette vederlaget er et resultat av personlig arbeidsinnsats.

Feriepenges grunnlaget skal fremgå av lønns- og trekkoppgaven for opptjeningsåret.

Feriepengene skal i utgangspunktet utbetales siste vanlige lønnsdag før ferien. Det mest vanlige er imidlertid at virksomheten utbetaler feriepengene i en bestemt måned, for eksempel juni. Reglene om utbetaling av feriepengene kan fravikes ved tariffavtale.

Det er ikke lov å inkludere feriepengene i lønn med mindre dette er direkte regulert gjennom tariffavtale.

Kilde: Arbeidstilsynet

Passer på paragrafene:



Kari Tangen
Konstituert for-
handlingsjef i NSF



Marit
Gjerdalen
Advokat



John Bruvik
Spesial-
rådgiver



Kirsten
Nesgård
Spesialrådgiver



Tore
Dahlstrøm
Advokat



Lars Petter
Eriksen
Spesialrådgiver



Anne Lise
Wien
Seniorrådgiver



Anne
Lystad
Seniorrådgiver



Randi Moan Riber
Leder av NSF's
Forsikringskontor

TETT PÅ

Ole Georg Moseng og Ellen Cathrine Lund

Hvorfor: Skrevet tobinds historiebok om Norsk Sykepleierforbund og sykepleiefagets historie

Utdanning: Begge har doktorgrad i historie

Alder: 54 (Moseng) og 46 (Lund)

I dypet av Sykepleierforbundet



Når ble sykepleie et fag? Hvorfor har så mange ønsket å være organisert i forbundet? I tre år har historikere gravd i Sykepleierforbundets arkiver for å finne svar.

Tekst **Ann-Kristin Bloch Helmers** Foto **Erik M. Sundt**



SPION? Det er litt tilfeldig at Ole Georg Moseng slo seg på medisinsk historie. Foto: Erik M. Sundt

Om jeg har god hukommelse? Nei. Absolutt ikke. Til historiker å være, er den elendig. Det jeg husker, er de lange linjene, sammenhengene.

Det sier historieprofessor Ole Georg Moseng. Nå har han, sammen med Ellen Cathrine Lund, skrevet bok om Norsk Sykepleierforbunds historie. Forbundet fyller 100 år i år, og feirer med historiefortelling om seg selv.

Hvem er disse to som er betrodd en slik oppgave? Som er gitt mandatet til å beskrive selve identiteten. Tap og seire. Ettermålet til både faget og forbundet?

Ole Georg Moseng liker å leke med virkeligheten.

– Historien finnes ikke. Man må konstruere den, sier han.

Hvem skulle forresten trodd at den lavmælte mannen som har tasset rundt i gangene i Tollbugata 22 de siste årene har vært spion? Ifølge to dommer i Oslo byrett på 80-tallet har han vært det.

Bakgrunnen var Mosengs engasjement i organisasjonen Folkereisning mot krig i studietiden. Som journalist i bladet Ikkevold, beskrev han og andre i redaksjonen hvor Forsvaret hadde utplassert etterretningsinstallasjoner - altså klare bombemål, ifølge Moseng.

– Saken var hovedoppslag på Dagsrevyen i to uker, sier han.

I 1987 ble han frikjent av Høyesterett, og det ble understreket at han ikke var en trussel for rikets sikkerhet. Moseng er altså ikke spion. Ikke nå lenger. Men god til å grave i andres saker, det er han. Det første han gjorde da han skulle gå inn i starten på NSF's 100-årige historie, var å lete etter konflikter.

– I KONFLIKTENE KOMMER OFTE de lange linjene frem. Før jeg starter, tenker jeg på det som å skue utover et landskap. Noen steder er det små røykskyer. Dit går jeg først.

Han snakker som om han tenker høyt.

– Hvor er røykskyene i NSF's historie?

– Jeg har skrevet om historien frem til 1960. Den største konflikten i den perioden, var uenigheten rundt autorisasjonsloven for sykepleiere. Loven ble vedtatt i 1948. Da hadde saken stått på agendaen siden 1915, forteller han.

Det var Den norske legeforening som først fremmet forslaget om å autorisere sykepleiere, men NSF jobbet iherdig imot. I 1924 ble

«Historien finnes ikke. Man må konstruere den.»

Ole Georg Moseng, historiker

forslaget avvist av Stortinget. Bakgrunnen for den store motstanden, var at legene bare ville ha sykepleierautorisasjon for de sykepleierne som jobbet i byene, på sykehus og under en lege. De selvstendige sykepleierne som jobbet i kommunene ellers i landet, trengte ikke mer enn halvannet års utdanning, ifølge legene. Dette aksepterte ikke NSF, og fra 1912 til 1948 tok de seg av en slags uformell autorisasjonsordning av sykepleiersker. Kun de som hadde treårige sykepleierutdanning fikk lov til å være medlemmer.

MENN FIKK IKKE ADGANG til forbundet før i 1948, da det i forbindelse med den kjønnsnøytrale autorisasjonsloven, skiftet navn fra Norsk Sykepleierskeforbund til Norsk Sykepleierforbund.

– Det er noen år mellom 1912, da NSF ble stiftet, og 1948, da sykepleierne fikk autorisasjon. Hvor lenge har sykepleie vært et klart definert yrke, mener du?

– Jeg mener sykepleieryrket kom rundt 1850. Før den tid var det såkalte «gangkoner» som gjorde omsorgsbiten av sykepleieryrket. Først mot midten av 1800-tallet ble det stilt krav til formell utdanning og kunnskap innen medisin, antiseptikk og anestesi. Sykepleierne begynte også å assistere under kirurgiske inngrep, og det ble forventet at de hadde en yrkesetisk forståelse, sier han.

På den tiden var det en kamp for å få sykepleieryrket til å fremstå som mer «høyverdig». På en rekrutteringsplakat fra 1888 ser vi en forfyllet og sliten slugger av en dame, som er stilt opp mot et bilde av en rakrygget, tilkneppet og yngre dame med mildt, men myndig blick. Over den eldste står det «Før», over den andre står det «Nå».

– Hvorfor ble du valgt ut til å skrive historien?

– Jeg tror de ville ha en av hvert kjønn. I tillegg har jeg og Ellen Cathrine Lund forskjellig faglig bakgrunn. Lund fra kjønnsforskning, jeg fra medisinhistorie, sier han.

Begge har journalistisk bakgrunn. Moseng har flere bøker bak seg, for Lund er det bokdebut. Moseng jobber nå som professor i historie ved Universitetet i Nordland. Lund underviser i historie ved en videregående skole.

– Hvor kommer interessen for medisinsk historie fra?

– Det er litt tilfeldig, sier Ole Georg Moseng.

– Men det er så interessant! Man kan lese mye av en tid ved å sette seg inn i hvordan syke ble ivaretatt. Hovedfagsoppgaven min handler om epidemier. Det er et allmenngyldig tema, som i utgangspunktet angår alle. Det er også spennende å se hvordan sykdomsforståelsen har utviklet seg. Symptomer som blir innlemmet og utelatt, og dermed skaper og avviker diagnoser. Det er fascinerende, sier han.

– Hvordan angrep du NSF og sykepleiefagets historie?

– For å skrive enkelt, må man kunne historien godt. Jeg begynner alltid med å lese, og underveis lager jeg tankekart.

– Hva leste du først?

– Sykepleien. Bladet er like gammelt som forbundet, og der fikk jeg både redigert stoff og internkommunikasjon som ble publisert i bladet.

– Hvordan var Norsk Sykepleierforbunds arkiver?

– Dessverre nesten en katastrofe.

Moseng tror nesten alt av brev i perioden han har sett på er kastet. Han poengterer at dette er hans antakelse. Brevene var iallefall borte.

– Jeg har gått i det jeg har vurdert som mottakerarkiv for brev fra NSF, for eksempel Tuberkulose-registeret og Røde Kors. Der har jeg funnet fram til brev som NSF har sendt, og slik kunne nøstet opp noe av historien.

– Har du noen tanker om hva som kan ha gått tapt?

– Det vil vi aldri få vite. Men det er jo en mulighet for at jeg ikke har fanget opp mulig kritikk mot forbundet, siden brevarkivene er borte, og det på den tiden kun var den «offisielle» versjonen som kom fram i Sykepleiens spalter, sier han.

– Når det er sagt, jeg har ingen indikasjoner på at NSF var annet enn et veldrevet forbund i den perioden jeg har undersøkt. Forbundet

«NSF i sin daværende form sto på spill. Mange ble overrasket over funnet.» Ellen Cathrine Lund, historiker

lyktes i sitt mål: Å styrke sykepleie som fag og å gi sykepleierne en tydelig identitet, sier han.

Ole Georg Moseng fikk jobben med å skrive historien fram til 1960. Der overtar Ellen Cathrine Lund stafettpinnen.

I TIME ETTER TIME i over tre år har Ellen Cathrine Lund studert versjoner av bladet du nå holder i hånden.

– Sykepleien er et bra blad, det har vært en av mine viktigste kilder, sier hun.

– Er det godt å være ferdig?

– Ja. Innspurten til boka var ekstrem. Jeg hadde et hatforhold til manuset rett etter at det var levert.

– Har du også gått etter røykskyene?

– Ja, og det er en av grunnene til at innspurten ble intens. Som oppdragsforsker har man jo en oppdragsgiver, som har et ønske om hvordan resultatet skal bli. På slutten hadde vi en god del diskusjon om formuleringer og tolkninger av historien, sier hun.

– Var det problematisk?

– Det er alltid et element av dette i oppdragsforskning. Jeg fikk mye nyttig og god tilbakemelding fra bokkomiteen, som besto av to historikere, to sykepleiere som underviser på høyskolen, og to representanter fra NSF. Men jeg var ikke enig i alt.

– Hvordan løste dere det?

– Vel. Vi kom i havn. Men det er selvsagt vanskelig når de samme som har gitt deg oppdraget også skal være kilder. Det er heller ikke alltid like enkelt å skille politikk fra fakta i et slikt arbeide, sier hun.

– Men jeg vil understreke at jeg gikk ydmykt til verket. Oppdraget var todelt, både å beskrive fagets og NSF's historie. Det er i den faglige utviklingen det levende er. Derfor ble jeg fanget av den delen av historien. En annen hadde kanskje gjort det annerledes, sier hun.

HUN MENER PERIODEN ETTER 1960 kan deles i tre faser. Den første varer fram til 1977. I denne perioden sto utdanning og fagutvikling høyt oppe på agendaen. Fra 1977 ble arbeidet med å heve sykepleiernes lønn viktigere.

På 80-tallet utviklet forbundet typiske fagforeningstrekk, skriver hun i innledningskapittelet. Fra 1985, da utdanningen kom inn i høyskolesystemet, og videre ut på 90-tallet, var ikke utdanning og fag lenger tyngdepunktene i forbundets virksomhet.

Ellen Cathrine Lund har tidligere forsket på likestillingsspørsmål. Så likelønnsdebatter og kjønnsaspektet ved yrket var hun kjent med fra før. I tillegg har hun vokst opp med en sykepleier som mor og en lege som stefar.

– Helsespørsmål har vært en del av livet mitt. Før jeg begynte, visste jeg at sykepleierne har stått mellom barken og veden – mellom leger og hjelpepleiere.

Avhandlingen hennes i historie handlet om Lilleborg, og hun så likheter mellom bedriftshistorie og organisasjonshistorie.

– Da jeg så utlysningen visste jeg at denne jobben vil jeg ha!

– Hvor begynte du?

– I 1972, sier hun kontant.

ALLE HISTORIKERE ER OPPTATT av overgangsperioder, mener Lund. Hun startet med å lese historiker Kari Melbys bok «Kall og kamp». Og der kom hun til sykepleierkonflikten i 1972. Det var første gang sykepleierne streiket.

– Der startet jeg. Jeg gikk ned i kjelleren i Tollbugata 22 og lette opp alt jeg kunne finne fra 1972.

– Og så, sier hun og trekker pusten,

– ... fant jeg en hemmelighet. Noe svært få visste fra før.

– Hva da?

– Det vil jeg ikke si ennå.

– Noen kontroverser?

– Ja, i alle høyeste grad. NSF i sin daværende form sto på spill. Mange ble overrasket over funnet, sier hun.

– Har du og Ole Georg Moseng vært enige om hvordan denne historien skal fortelles?

– Ja. Vi har vært på linje, vi er enige om NSF's rolle og om de store trekkene i utviklingen av sykepleierfaget. Vi har kunnet utfylle hverandre, og underveis har vi tenkt høyt sammen.

– Du hatet manuset dagene etter at du hadde levert det fra deg. Er du fornøyd med resultatet nå?

– Ja.

Hun blir stille noen sekunder.

– Selv om ting alltid kunne vært gjort annerledes.

Les anmeldelse av Bind 2 på side 68. I forbindelse med 100-årsjubileet i september, lager Sykepleien en historiespesial. ■■■



LESTE MYE: Ellen Cathrine Lund mener at tidsskriftet Sykepleien har vært en av hennes viktigste kilder da hun skrev om NSF's historie. Foto: Erik M. Sundt

1912 | 1920 | 1930 | 1940 | 1950 | 1960

NYGIFT: Sonja og Harald gratuleres i Sykepleien 17/1968.



Hjelp – hjelpepleierne kommer!

På 60-tallet blir hjelpepleiere en stadig større gruppe, til sykepleiernes lettelse – og forargelse.

For hva skulle hjelpepleierne egentlig gjøre av pleieoppgaver? Var de sykepleiernes assistenter? Var det et eget fag?

«Interne brytninger om hvordan faget skulle videreutvikles, om forholdet mellom praksis og teori og om hva det teoretiske grunnlaget skulle bestå i, utspilte seg for åpen scene både i dette og det neste tiåret», skriver Ellen Lund om 60-tallet i sin innledning til tiåret i den rykende ferske historieboka om Norsk Sykepleierforbund (NSF).

Fra hjelpepleierutdanningens begynnelse i 1963 besto to tredeler av skolen av veiledet arbeidspraksis, mens bare en tredel var teori. Det var omtrent samme teoriforhold som sykepleierne hadde hatt i sin utdanning inntil 1950. Etter hvert som den nye yrkesgruppa vokste, ble det også et større behov for å trekke noen grenser rundt sykepleiefaget. Utover på 60-tallet ble innholdet og opplegget for hjelpepleierutdanningen heftig debattert, men også utseendet på uniformene – sykepleiernes måtte være ulik hjelpepleiernes uniformer.

Under Norske Sykepleieelevers Landslags landsmøte i 1968 ble det fremmet forslag om å avskaffe sykepleiertittelen. Nytt forslag til yrkestittel: Syketerapeut. Landsmøtet var ifølge Sykepleien nr. 20 1968 «meget imot dette, det ble nedstemt og man gikk inn for å støtte NSF i deres bestrebelser om å få tittelen «Sykepleier» legalisert».

Kravet om å lovbeskytte sykepleiertittelen hadde stått på NSF's dagsorden siden 1959.

Under samme landsmøte i 1968 var også sykepleieruniformen oppe som tema, og «diskusjonens bølger gikk høye.» Resultatet ble at man gikk inn for en hvit, kortermet frakk som arbeidsuniform. Det nevnes også at en av de mannlige representantene uttalte seg i denne saken: Han støttet forslaget om frakken, «men forlangte at den ikke bare skulle være praktisk, men også nett og fiks!»

I Sykepleien nr. 14/15 1963 ble døgnrytmen på sykehus viet flere sider. Under landsmøtet i Sandefjord dette året tok flere til orde for å endre døgnrytmen til det bedre for både pasienter og ansatte. Avdelingssykepleier Klara Pedersen kom blant annet med følgende innspill:

«Men so er det ei erfaring som eg trur alle vi som arbeider i sjukeavdelingane har gjort: formiddagen blir for kort, sjøl kor godt vi synest vi har planlagt vårt arbeid. Det blir soleis eit intenst arbeidspress fra kl. 8 til 12 i forhold til resten av dagen. På dei fleste sjukehus blir nemleg nå middagen servert kl. 12 eller kanskje endå tidligare. Eg trur det ville vere ein stor fordel om middagsserveringa blei utsett i alle fall til kl. 13 eller seinare.»

Klara Pedersen slår også et slag for å tidfeste legevisitten:

«Ein viktig faktor i døgnrytmen ved våre sjukehus er legevisitten. Kor mykje tid har ikkje sjukepleiarane bruka på å vente på legane?»

Flere andre tok til orde for å flytte middagen til et senere tidspunkt, og det var enighet om at både legevisitt og besøk av pårørende måtte foregå til bestemte tider.

Rengjøringsinspektise Ester Ottesen ble også hørt under landsmøtedebatten: «Kl. 14–15 er det visittid der man ingen ting får gjort. Hvis ikke postsøster er til stede sitter søstrene på vaktrommet og prater og avdelingshjelpen er rett og slett forduftet,» kunne hun fortelle. Noen timer tidligere var det mer kaotisk:

«Søstrene henger i alt de orker, og avdelingshjelpen vasker så svetten siler for å bli ferdig til middagen kommer kl. 11.45,» var hennes beskrivelse av sykehusrytmen anno 1963.

Tekst Ann-Kristin Bloch Helmers



SYKEPLEIEN 6/1960: Her er rette stilling når sykepleieren skal hjelpe pasienten på med skoene. Bildet hører til en artikkel om arbeidsteknikk og gymnastikk for sykepleieelever.