



En manns jobb

Barnesykepleier André Grundevig mener morsblikket er altfor dominerende på føde, barsel og nyfødt. Side 22



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

Klar for en ny dag?

Circadin® kan brukes i opptil 13 uker¹⁾

Circadin® som 4-ukers pakning!

Indikasjon: Circadin® er indisert som monoterapi til kortvarig behandling av primær insomni karakterisert ved dårlig søvnkvalitet hos pasienter som er 55 år og eldre.¹

Nycomed har erstattet 3-ukers pakningen (21 tabletter) med en 4-ukers pakning (30 tabletter).

Høsten 2010 forlenget Europeiske legemiddelmyndigheter (European Medicines Agency – EMA) behandlingstiden for Circadin®.

Det er pr idag det eneste søvnmedikamentet som kan benyttes inntil 13 uker.¹⁾

Dokumentasjon viser at ca. 10 % flere pasienter responderer når brukstid utvides fra tre uker til tre måneder.²⁾

Circadin gir signifikant og klinisk forbedring på:^{1,3)}

- innsovningstid
- søvnkvalitet
- livskvalitet

Referanser:

1. SPC
2. http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/EPAR_-_Procedural_steps_taken_andscientific_information_after_authorisation/human/000695/WC500026810.pdf
- 3) Aging Health 2008 4(1), 11-21



Depottablett melatonin

circadin®
Klar for en ny dag

C **Circadin «Neurim»** ATC-nr.: N05C H01
Sedativum. Hypnotikum.

DEPOTTABLETTER 2 mg: Hver depottablett inneholder: Melatonin 2 mg, laktosemonohydrat, hjelpestoffer.
Indikasjoner: Indisert som monoterapi til kortvarig behandling av primær insomni karakterisert ved dårlig søvnkvalitet hos pasienter >55 år. **Dosering:** Bør svelges hele. **Voksne:** 2 mg 1 gang daglig, 1-2 timer før leggetid og etter mat. Denne doseringen kan fortsette i opptil 13 uker. **Barn og ungdom <18 år:** Anbefales ikke pga. utilstrekkelige sikkerhets- og effektdata. **Nedsatt leverfunksjon:** Anbefales ikke. **Kontraindikasjoner:** Kjent overfølsomhet for melatonin eller noen av hjelpestoffene.

⚠ Forsiktighetsregler: Melatonin har moderat påvirkning på evnen til å kjøre bil og bruke maskiner. Kan forårsake tretthet. Brukes med forsiktighet hvis det er sannsynlig at tretthet kan føre til sikkerhetsrisiko. Anbefales ikke ved autoimmune sykdommer, da det ikke foreligger kliniske data angående bruk til denne pasientgruppen. Bør ikke brukes ved sjeldne, arvelige problemer med galaktoseintoleranse, en spesiell form for arvelig laktosemangel (lapp-laktosemangel) eller glukose-galaktosemalabsorpsjon. Forsiktighet bør utvises hos pasienter med nedsatt nyrefunksjon. **Interaksjoner:** Melatonin metaboliseres hovedsakelig via CYP 1A. Interaksjon mellom melatonin og andre legemidler som en følge av effekten deres på CYP 1A-enzymet, er derfor mulig. Fluvoksamin øker melatoninnivået ved å hemme CYP 1A2 og CYP 2C19. Kombinasjonen bør unngås. Forsiktighet bør utvises ved samtidig bruk av 5- eller 8-metoksyporsalen, som øker melatoninnivåene ved å hemme metabolismen. Forsiktighet bør utvises ved samtidig bruk av cimetidin, en CYP 2D0-hemmer, som øker melatoninnivåene i plasma. Røyking kan redusere melatoninnivået pga. CYP 1A2-induksjon. Østrogen øker melatoninnivået ved å hemme CYP 1A1 og CYP 1A2 og forsiktighet bør utvises ved samtidig bruk. CYP 1A2-hemmere, som kinoloner, kan føre til økt melatonineksponering. CYP 1A2-indusere som karbamazepin og rifampicin kan føre til redusert plasmakonsentrasjon av melatonin. Alkohol må ikke inntas samtidig fordi det reduserer effekten på søvn. Melatonin kan øke de sedative egenskapene til benzodiazepiner og ikke-benzodiazepinhypnotika, som zoloplon, zolpidem og zopiklon. Samtidig inntak av melatonin og imipramin kan føre til en økt følelse av uro og problemer med å utføre oppgaver sammenlignet med kun bruk av imipramin. **Graviditet/Amning:** Overgang i placenta: Bruk under graviditet er ikke undersøkt. Dyrestudier indikerer ingen direkte eller indirekte skadelige effekter på svangerskapsforløp, embryo-/fosterutvikling, fødsel eller postnatal utvikling. Pga. manglende kliniske data bør ikke gravide og kvinner som ønsker å bli gravide, bruke preparatet. **Overgang i morsmelk:** Går over. Anbefales derfor ikke til ammende. **Bivirkninger:** Mindre vanlige (<1/1000 til <1/100): Gastrointestinale: Magesmerter, magesmerter i øvre del, dyspepsi, sårdannelse i munnen, munntørrethet. Hjerter/kar: Hypertensjon. Hud: Dermatitt, nattesvette, pruritus, utslett, generell pruritus, tørr hud. Kjønnsorganer/bryst: Menopausesyntomer. Lever/galle: Hyperbilirubinemi. Muskel-skjelettsystemet: Smerter i ekstremiteter. Nevrologiske: Migrene, letargi, psykomotorisk hyperaktivitet, hodepine, svimmelhet, søvnighet. Nyre/urinveier: Glykosuri, proteinuri. Psykiske: Irritabilitet, morenitet, nervøsitet, uro, søvnløshet, unormale drømmer, angst. Undersøkelser:

Unormal leverfunksjonstest, vektøkning. Øvrige: Asteni, brystmerter. **Sjeldne (>1/10 000 til <1/1000):** Blod/lymfe: Leukopeni, trombocytopeni. Gastrointestinale: Gastroesofageal refluksykdom, gastrointestinale lidelser og ubehag, blemmer i munnens slimhinner, sårdannelse på tungen, oppkast, unormale tarmlyder, flatulens, hypersalivasjon, halitose, gastritt. Hjerter/kar: Heterotaker, angina pectoris, palpasjoner. Hud: Eksem, erytem, dermatitt på hender, psoriasis, generelle utslett, pruritisk utslett, neglesykdommer. Kjønnsorganer/bryst: Priapisme, prostatitt. Muskel-skjelettsystemet: Artritt, muskelyrking, nakkesmerter, nattlige kramper. Nevrologiske: Synkope, nedsatt hukommelse, oppmerksomhetsforstyrrelser, drømmende tilstander, rastløse ben, dårlig søvnkvalitet, parestesi. Psykiske: Humørendringer, aggresjon, opphisselse, gråtetokter, stress-symptomer, desorientering, tidlig våkning om morgenen, økt libido, nedstemthet, depresjon. Stoffskifte/ernæring: Hypertriglyseridemi, hypokalsemi, hyponatremi. Øre: Vertigo, vertigo posturalis. Øye: Redusert synsskarphet, uklart syn, økt lakrimasjon. Øvrige: Herpes zoster, tretthet, smerter, tørste. **Overdosering/Forgiftning:** Ingen rapporterte tilfeller. I litteraturen er det rapportert om administrering av daglige doser på opptil 300 mg melatonin uten at dette forårsaket signifikante bivirkninger. **Symptomer:** Tretthet forventes. Clearance av virkestoffet forventes innen 12 timer etter svelging. **Behandling:** Ingen spesiell behandling er nødvendig. Se Giftinformasjonens anbefalinger N05C H01 side d. **Egenskaper:** **Klassifisering:** Hormon som produseres av pinealkjertelen og som strukturelt sett er relatert til serotonin. Melatonin er forbundet med kontroll av døgnrytme og tilpasning til lys-mørkesyklusen. Det er også forbundet med en hypnotisk effekt og økt tilbøyelighet for søvn. **Virkningsmekanisme:** Aktiviteten til melatonin ved MT1-, MT2- og MT3-reseptorene antas å bidra til de søvnfremmende egenskapene, da disse reseptorene (hovedsakelig MT1 og MT2) er involvert i reguleringen av døgnrytme og søvnregulering. Pga. den aldersrelaterte reduksjonen i endogen melatoninproduksjon, kan melatonin effektivt forbedre søvnkvaliteten, særlig hos pasienter >55 år, med primær insomni. Melatonin forkorter innsovningstiden og bedrer søvnkvaliteten, våkenheten om morgenen, funksjonsevnen om dagen og livskvaliteten. Effekten vedvarer i opptil 3 måneder med behandling og antall respondere øker med 10% etter 3 måneders behandlingstid. Søvn sammensetningen og REM-søvnvarigheten påvirkes ikke. **Absorpsjon:** Fullstendig, kan reduseres med opptil 50% hos eldre. Biotilgjengeligheten er 15%. Signifikant first pass-metabolisme på 85%. Maks. plasmakonsentrasjon er 1176 pg/ml og oppnås innen 0,75 timer. Absorpsjon og maks. plasmakonsentrasjon påvirkes av samtidig matinntak (Tmax = 3 timer og Cmax = 1020 pg/ml). **Proteinbinding:** Ca. 60%. **Fordeling:** Binde hovedsakelig til albumin, alfa1-syreglykoprotein og lipoproteiner med høy tetthet. **Halveringstid:** 3,5-4 timer. **Metabolisme:** I leveren via CYP 1A1, CYP 1A2 og muligens CYP 2C19. Hovedmetabolitten, 6-sulfatoksylmelatonin, er inaktiv. **Utskillelse:** 89% utskilles renalt, som konjugater av 6-hydroksylmelatonin. 2% utskilles i uforandret form. **Pakninger og priser pr 01.08.2012:** 30 stk. (blister) 202,20 (maks AUP).

Sykepleien

– mer enn bare ett magasin

I Sykepleien kan du lese nyheter, fagartikler, debattstoff og stillingsannonser.

Men visste du at vi også utgir et vitenskapelig tidsskrift? Og fem mindre tidsskrifter, beregnet for sykepleiere som opptatt av bestemte fagområder?

Og visste du at du nå kan lese alle disse gjennom noen få tastetrykk?

Klikk deg inn på www.sykepleien.no og gå til feltet på høyre side. Her finner du vårt samlede – og søkbare – arkiv på alle tidsskriftene!

God lesning.



Sykepleien

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%

Livet består av mange små bevegelser
Gjenopplev alle



Voltarol tabletter

- Gir både smertestillende og betennelsesdempende effekt.
- Virker raskt og er godt egnet mot akutte smerter når du har vondt i kroppen.

Voltarol 
GLEDEN AV BEVEGELSE

Voltarol (diklofenakkalium). Reseptfritt legemiddel til voksne og barn fra 14 år. Brukes ved milde til moderate smerter som hodepine, tannverk og menstruasjonssmerter, muskel- og leddsmerter. Febernedsettende. Kontakt lege ved langvarig feber eller smerte. Brukes ikke ved magesår, alvorlig nyre- eller leversykdom, hjertesvikt, eller hvis diklofenak eller andre smertedempende/febernedsettende midler har forårsaket allergiske reaksjoner eller astmaanfall. Gravide, personer som prøver å bli gravid og ammende kun etter avtale med lege. Brukes ikke de 3 siste måneder av svangerskapet. Les pakningsvedlegget før bruk. www.voltarol.no. ID-kode: 251.05.2012

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

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

Grafisk formgiver Hilde Rebård Evensen
tlf. 22 04 33 58
hilde.rebaard.evensen@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



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:



Inge Lønning går løs på våre forventninger til helsevesenet. WHO's definisjon av helse som en tilstand av absolutt velvære er utopisk, men lever godt i vår underbevissthet. Kronikk side 80.



Anne-Cathrine Hjertaas mener det er mange og sammensatte årsaker til den høye andelen deltidsarbeidende sykepleiere, men også mange løsninger som kan bygge opp under en heltidskultur blant sykepleiere. Innspill side 82



Jan Helge Halleraker skriver om mettett fett og mener dette fettet kanskje ikke er så usunt som tidligere antatt. han får motbør av Øivind Kristensen. Fagartikkel og intervju side 66 og 70.



Eli Gunhild By forteller om arbeidsgivere som tar ibruk økonomiske virkemidler for å lokke til seg sykepleiere med den kompetansen de trenger. På tide at flere følger den trenden, mener hun. Side 76.



Innhold

Sykepleien

AKSJONISTEN: «Stadig flere ledere

Hva skjer

- 9 Aksjonisten
- 10 Hva skjer – småstoff
- 13 Vi bare spør Kine Bentzen
- 14 Store karakter-forskjeller
- 16 Skulle vaksinert barna først
- 18 For eller imot nasjonale avgangsprøver
- 20 Sykepleier – et livsfarlig yrke

Der ute

- 30 Smånytt fra utlandet
- 32 Øyeblikk fra Irak
- 34 – Må takle stress
- 38 Kampen for kiloene
- 41 Festivalpleierne
- 44 Øyeblikk fra Hvaler
- 46 Vil ikke lokke med penger
- 47 Min jobb: Stein Hind Fagerlund
- 48 Slagferdige medlemmer



70



66



13

Tema:

Mannlige jordmødre

- 24 – Det var hundre damer og meg
29 5 på gangen om kjønnspoeng

22



vil føle at de står i spagaten.»

9 • 2012

16. august 2012 • 100. årgang

Fag og bøker

- 50 Samarbeid i praksis
53 Film om vold mot kvinner
54 Får tatt vare på søsken også
56 Etikk i forskning og fagutvikling
60 Forfatterintervju: Sidsel Tveiten
62 Bokanmeldelser
64 Oppdager hissig brystkreft
66 Bør vi spise mer mettett fett?
70 – Mettett fett er ikke friskmeldt
72 Etikk: Berit Støre Brinchmann
74 Quiz
74 Hygienepolitiet

Mennesker og meninger

- 76 Eli Gunhild By om rekruttering
77 Meninger
79 Minneord
80 Inge Lønning om helsebegrepet
82 Anne-Cathrine Hjertaas om deltid
84 Tett på Kjell Erik Ullmann Øie
88 Sykepleien 100 år: 1990-tallet
90 Paragrafrytterne

- 91 Stillingsannonser
96 Kunngjøringer

GJESTESKRIBENTEN:

«De fleste dødsfall skyldes
at det menneskelige liv er
forgjengelig.»

Inge Lønning

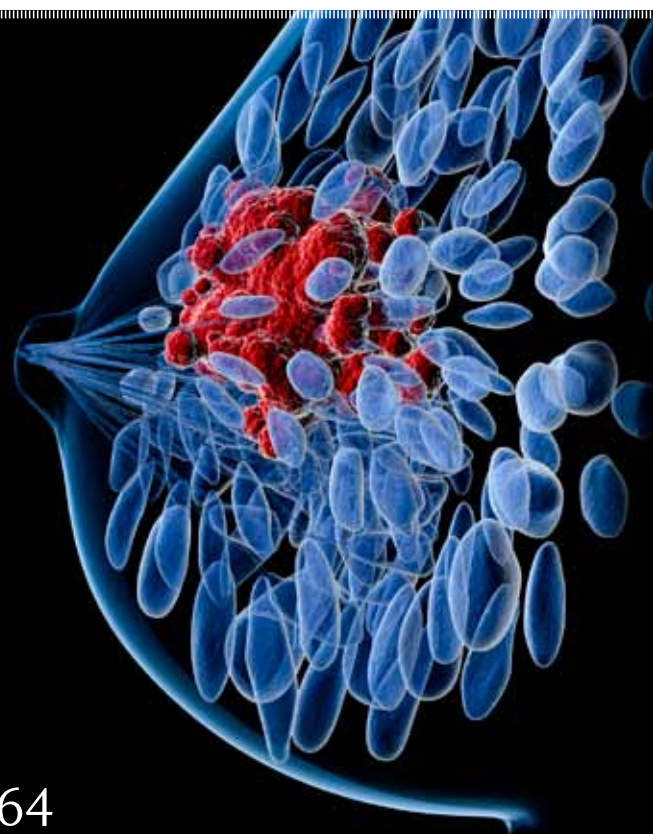
80



«Noe annet enn
operasjonsstuen.»

41

64





Keep smiling!

Uten parfyme
Uten parabener
Uten fargestoffer

Følsom barnehud fortjener den beste omsorg og pleie.

Med Bepanthen salve forebygger og pleier du tørr hud og røde barnerumper. Bepanthen inneholder et virksomt stoff som omdannes til vitamin B5 i huden og er viktig for oppbyggingen av det ytterste hudlaget. Salven danner en beskyttende hinne uten å tette porene slik at huden får puste. Bepanthen salve er helt uten parfyme og fargestoffer og inneholder ingen parabener eller andre konserveringsmidler. Bepanthen kan også brukes til pleie av tørr hud, mindre overflatiske sår, lett solbrenthet og såre brystvorter.

Dokumentert effekt

Bepanthen kjøpes i apotek

www.bepanthen.no



Barth Tholens om ledelse

Stilling: Ansvarlig redaktør i Sykepleien

E-post: barth.tholens@sykepleien.no

Gullet vårt

Visst skal virksomheter ha pasienten i fokus. Men å pleie sine sykepleiere er heller ikke å forakte.

Det finnes mange typer ledere. Noen har en gneldrende stil som går ut på at de ser på arbeidstakerne som en hær som alltid vil gå i feil retning om de ikke blir gitt nøyaktige instruksjoner. Slike ledere er gjerne glade i omstillinger og er gjerrige på penger. Autoritære ledere ser på seg selv som «tydelige», men de oppleves ofte som slitsomme av de ansatte. De er allerede på vei til en ny jobb før omstillingen de har satt i gang har vist noen effekt.

Mer vanlig er den kontrollerende lederen. Vedkommende brøler ikke ut sine kommandoer, men organiserer et finmaske byråkrati som avslører enhver arbeidstaker som «sluntrer unna». De kontrollsyke krever at arbeidslivet fungerer innenfor stramme skjemaer og rutiner. De flatter seg med sitt smarte målstyringsverktøy, og sender gjerne en såkalt vennlig e-post når arbeidstakeren avviker fra en regel: «Du har vel ikke glemt å ...?». Den som ikke skjønner tegningen da, er lost. Kontrolløren vil at kurvene for virksomheten beveger seg i riktig retning ved hjelp av orden og dokumentasjon.

Personlige har jeg møtt alle typer ledere, både gode og dårlige. De visjonære, men fraværende. De prag-

De ansatte er jo gullet i enhver virksomhet.

matiske, men helt idéløse. De som helst bare skulle ha ledet seg selv, men også de inspirerende, fine og romslige lederne. I Norge, hvor hierarki i hovedsak er tabu og hvor alt skal være mest mulig flatt organisert, er ledelse uansett en utfordring i seg selv. Hvordan både være på parti med sine ansatte og samtidig sette i gang tøffe prosesser for å få mest mulig ut av pengene?

I helsetjenesten i Norge er det all grunn til å vie ledelse mye oppmerksomhet i årene framover. Heldigvis er også NSF obs på det. Ettersom behovene vil øke raskere enn både pengebingen og de tilgjengelige ressursene, vil helsetjenesten være preget av knapphet og knallharde prioriteringer. Politikerne må riktignok stå til ansvar for denne knappheten, men det er helsetjenestens ledere som må praktisere den. De vil ha relativt mindre å rutte med, de vil ha relativt

færre fagfolk tilgjengelig, og de vil kunne tilby mindre tid på stoppeklokkene.

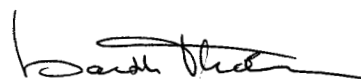
Stadig flere ledere vil derfor føle at de vil stå i spagaten: Hvem skal de være lojale mot? Mot pasienten, mot de ansatte eller mot virksomheten? Å tilfredsstille alle samtidig er umulig, men man ender fort opp med at alle parter er misfornøyde. Ikke veldig gøy! Ovenfra kommer kravene om produksjon, dokumentasjon, økt kvalitet og kortere ventetid. Og nedenfra kommer pasienter som blir mer og mer opptatt av sine rettigheter. Lett å gjette hvem som eventuelt kan bli salderingspost i dette regnestykket.

Å skvise de ansatte – for å si det litt usentimentalt – er likevel en kortsiktig strategi. De ansatte er jo gullet i enhver virksomhet. At fornøyde og verdsette ansatte leverer bedre pasientresultater enn piskede ansatte høres ut som en selvfølge. Men hverdagen i helsetjenesten får faktisk mange sykepleiere til å fortvile. «En kollega gråt på jobben i går», skrev en (anonym) sykepleier nylig til redaksjonen. Hun er oppriktig bekymret for forholdene ved sykehuset hun jobber på, og beskriver at sykepleierne der «lever med konstant frykt for å gjøre feil» når pasienttallet har økt samtidig som bemanningen har stått stille.

Slike brev og e-poster får Sykepleien en del av.

Jane Cummings, Englands ferske nasjonale sjefsyrkepleier, tok i juli til ordet for at den engelske helsetjenesten NHS ikke bare skal måles ved hvor bra man behandler pasientene, men like mye ved den omsorg og medfølelse man viser til de som jobber i den! «Det er en nær sammenheng mellom pasienterfaringer og det sykepleierne selv opplever. Derfor må vi stille godt med sykepleierne også», slår Cummings fast. Hun oppfordrer britiske sykehusledere til å spørre sine ansatte om de vil anbefale andre til å jobbe der. «Er svaret nei, er noe feil. Da må ledere finne ut hva som er feil».

Det høres ut som en god idé.






100
1912 - 2012

Sykepleien utgir jubileumsutgave om NSF

I september feirer Sykepleierforbundet 100 år. Sykepleien utgir i den anledningen en egen, fyldig jubileumsutgave sprekkefullt med stoff om organisasjonen. Hva har NSF betydd historisk? Hvor står NSF i dag? Og hvilken rolle skal NSF ha i fremtiden? En rekke fremtredende personer i Norge vil dele ut «gaver» til jubilaranten i form av gode råd og innspill.

Sykepleien 10/2012 kommer ut 6. september.

iPad til alle studenter

Studenter som begynner på bachelor i sykepleie ved Lovisenberg Diakonale Høgskole nå i høst får alle utlevert iPad. Dette vil være ett av studentenes viktigste verktøy. For å dekke kostnadene ved innkjøp øker skolen semesteravgiften til 2900 kroner. På iPaden vil studentene blant annet finne:

- ▶ Digitalt kompendium for første studieår i PDF-format
- ▶ PDF-leser hvor du enkelt kan markere, understreke og legge inn merknader i din egen digitale versjon
- ▶ Digitale utgaver av to av Gyldendals pensumbøker, tilgjengelig både på web og på app for iPad til redusert pris
- ▶ Apper for flere bibliotekstjenester hvor relevante artikler og annen dokumentasjon kan søkes og lastes ned i PDF-format og gjøres tilgjengelig via PDF-leseren beskrevet over
- ▶ Skype app gjør det mulig enkelt å kommunisere med læreren eller med medstudenter både i praksisperioder og utveksling til utlandet



SATSER DIGITALT: For studentene ved LDH blir iPad et viktig verktøy. Foto: Colourbox.

Kilde: Lovisenberg Diakonale Høgskole

Feil bruk av personell

En ny rapport fra Nasjonalt kompetansesenter for legevaktdisin (Nklm) ved Uni helse i Bergen, viser at tre av fire pasienter kontakter legevakten med tilstander som ikke haster. For eksempel om hvordan man fjerner en flått, eller forkjølelse med feber og ellers god allmenn-tilstand. Slike pasienter trenger ikke treffe en lege, de kan like godt få råd over telefonen av annet helsepersonell med tilstrekkelig medisinsk kunnskap, ifølge rapporten. Nklm følger legevaktdata ved syv legevakter som omfatter 18 kommuner med en samlet befolkning på 226 000.

Kilde: Dagens Medisin

OPPGAVEGLIDNING: Leger trenger ikke gjøre alt. Foto: Colourbox.



Hva skjer

Les mer om:

- 14** Store karakterforskjeller ▶
- 16** Burde begynt med barna ▶
- 20** Sykepleier – et livsfarlig yrke ▶

sykepleien.no

NSF sitt jubileum og fagkongress blir også dekket på sykepleiens nettsted.



Sykepleier til paralympics

Om kort tid pakker paralympics-deltaker Sonja Tobiassen kofferten og drar til London. Hun skal konkurrere om heder og ære i rifleskyting.

Sykepleier Sonja Tobiassen fikk diagnosen Limb Girdles Muskeldystrofi i voksen alder, og er 100 prosent ufør. Limb Girdle muskeldystrofi (LGMD) utgjør en stor samlegruppe av muskeldystrofiene, og rammer i skulder og hofteregionen (proksimal muskulatur).

Det å måtte slutte å jobbe som sykepleier var en tøff prosess for henne. Hun savner sykepleien.

– Jeg bestemte meg allerede som 12-åring for å bli sykepleier. Jeg stortrivdes i jobben min etter endt utdanning.

Tobiassen har ikke drevet med rifle så veldig lenge. Hun kom som et stjernesudd inn i sporten, og nådde toppen på rekordtid.

– Jeg startet å skyte i midten av desember 2010. Fra våren 2011 økte jeg treningen betydelig og har trent mye. Jeg bruker cirka 80–100 timer i måneden på skyting, mental trening og fysisk trening, forteller hun.

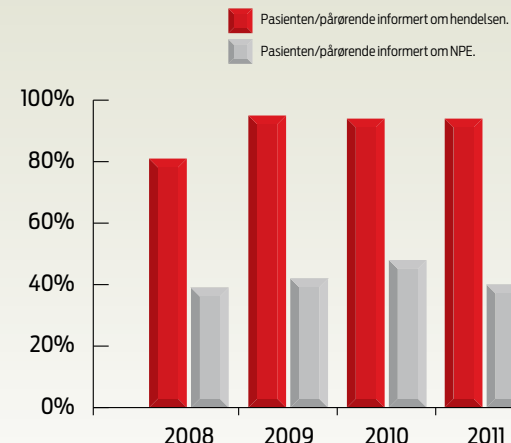
Tobiassen skal skyte i øvelsen R-5. Det er ti meter luftrifle med 60 skudd liggende. Hun er også kvalifisert i øvelsen R-4 som er ti meter luftrifle med 60 skudd stående.

– Hvilken plassering håper du å oppnå i OL?

– Jeg er ikke så fokusert på plasseringen jeg får, men av å klare å gjennomføre arbeidsoppgavene jeg har satt meg på en tilfredsstillende måte.

De som vil følge med på hvordan det går med Sonja Tobiassen i OL kan skru på NRK 1, 2. september klokken 09.00 (engelsk tid).

Tekst **Kari Anne Dolonen** Foto **Roy A. Jacobsen**



MELDINGER SOM GJALDT BETYDELIG PERSONSKADE: Andel meldinger fordelt på om det er registrert at pasienten/pårørende ble informert om hendelsen og informert om NPE. 2008-2011.

Jakter på ny direktør

Toppjobben i Statens helsetilsyn ble nylig utlyst. Jakten på direktør Lars E. Hanssens etterfølger i gang. Stillingen er et åremål på seks år, med mulighet for én fornyelse. Lars E. Hanssen har hatt jobben siden 2001. Fra august skal han lede sekretariatet for Viten-skapskomiteen for mattrygghet.

Kilde: NTB



FOTSPOR: Hvem skal fylle Lars E. Hanssens fotspor?
Foto: Helsetilsynet.

Øyeblikkelig hjelp i kommuner

146 kommuner har så langt søkt midler til oppretting øyeblikkelig hjelp døgntilbud. Dette er et lovkrav kommunene må oppfylle fra 2016.

KS mener det er positivt at så mange starter tidlig med innfasingen.

Søknadsfristen for oppstartsmidler var 1. juli 2012. Helsedirektoratets tilskuddsordning fungerer slik at kommunene skal søke om tilskudd det året tilbudet starter opp i kommunen. Tilskuddet skal dekke halvparten av utgiftene kommunene har ved oppstart og drift av tilbudet. Resten av utgiftene skal komme gjennom direkte finansiering fra det helseforetaket som kommunen hører til. Det er bevilget 131 millioner kroner for 2012. Avklaring om hvilke kommuner som får tilskudd i 2012 kommer i august.

Kilde: KS

Konflikter skader barn

Ifølge en ny rapport fra Folkehelseinstituttet kan konflikt mellom foreldre få alvorlige konsekvenser for barn. Rapporten trekker frem at det trengs mer forskning på området.

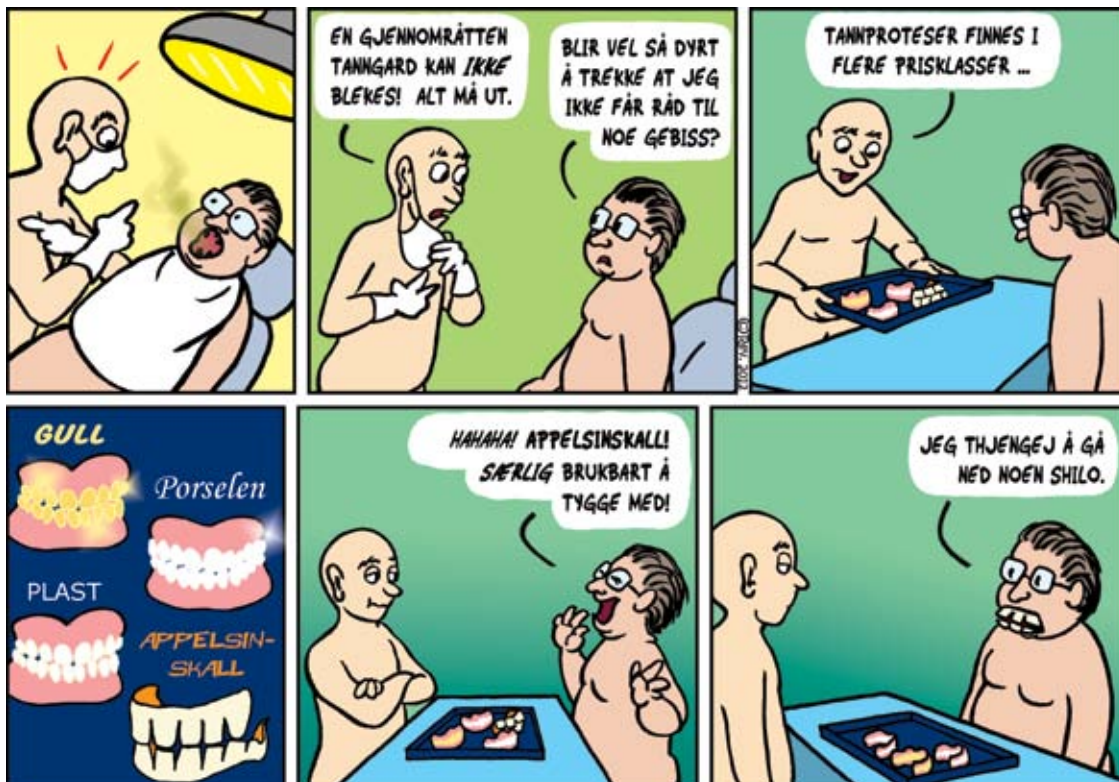
Hvert tiende barn mellom 6 og 15 år bor sammen med foreldre som er i konflikt og 10 000 barn opplever skilsmisse årlig. Forskning, spesielt fra Nord-Amerika, viser at foreldrekonflikt er forbundet med høyere nivå av depresjon, angst og aggresjon, selvskadingsatferd, lavere selvtilitt, dårligere psykisk helse, skoleprestasjoner og mellommenneskelige relasjoner, og rusproblemer.

Ifølge prosjektleder, Ellinor F. Major, trengs spesielt mer forskning på:

- » Effekten av samlivsbrudd på de minste barna
- » Konsekvenser for barna av nye familiestrukturer (for eksempel delt bosted)
- » Effekter av langvarig konflikt i intakte parforhold
- » Kroppslige effekter av foreldrekonflikt
- » Effekten av mekling på barns atferd, livskvalitet og helse
- » Relasjonen mellom mekler og foreldre
- » Hvordan barn kan bli hørt på best mulig måte i meklingsprosessen

Kilde: Folkehelseinstituttet

TERAPI av Bodil Rønhavug



Meninger fra www.sykepleien.no

Mann dere opp!

» ...Jobbe for velferdsstaten framfor fritid--- jommen sa jeg smør!!!!... hadde ikke ventet slikt negativt utspill av vår kvinnelige arbeidsminister !!!! Tydelig vi må fortsette kampene uten å stole på andre

Kari Helene Alstad

– Frivillig deltid?

» Ifølge Bjurstrøm i dagens debatt jobba 1 av 10 kvinner ufrivillig deltid. Det er ikke vår erfaring... Seinast i dag har eg hatt to på tråden, som har ufrivillig deltid...

Gunhild Rolandsen, fylkesleiar i Møre og Romsdal NSF

Hele innlegget finner du på:
www.sykepleien.no_debatt

Anbefales av

Nasjonalforeningen
for folkehelsen



HEI!



Så enkelt senker du kolesterolet



Norske studier har dokumentert at Pro-aktiv reduserer kolesterolet med 10 % på fire uker. Den inneholder plantesteroler som hindrer kolesterol å tas opp i blodet ditt. Det finnes mange måter å senke kolesterolet på, men den enkleste må være å smøre Pro-aktiv på brødskeen. La Pro-aktiv bli en naturlig del av ditt daglige kosthold året rundt! Les mer på vitahjertego.no/proaktiv

Utviklet av Vita hjertego i samarbeid med norske forskningsmiljøer



Pro.aktiv

Kine Bentzen

Aktuell som: Ny studentleder

Alder: 24 år

BAKGRUNN:

24. juni ble Kine Bentzen valgt som ny studentleder i Norsk Sykepleierforbund (NSF). Hun ble også uteksaminert som sykepleier fra Universitetet i Stavanger i juni. Bentzen kommer fra Rakkestad i Østfold, en av landets største landbrukskommuner. Hun overtar etter Anna Mohn Sneve.

– Ni av ti velger oss

Er du klar til dyst?

– Absolutt. Dette har jeg jobbet for. Det var ingen ny tanke å bli leder.

Hvordan jobbet du for det?

– Jeg har sittet i studentstyret i ett år. Magefølelsen sa: «Dette må du satse på, Kine, bli leder!» Styreerfaringen har gitt meg nyttig kjennskap til studentpolitikken.

Og du klarte å avslutte utdanningen?

– Ja, nå er jeg sykesøster og fornøyd. Men jeg var ikke helt ferdig med studenttilværelsen.

Er det fint at studentlederen er kvinne?

– Ja, det er positivt. Jeg tror jeg er rette kvinne. Og så er det bra at det både er kvinne og mann i ledelsen. Jeg er for å rekruttere menn til utdanningen. Men jeg mener at også kvinner må kjempe og ikke surmule.

Eirik Aldrin er ny nestleder. Kjenner du ham?

– Ja, fra styret. Han er kjempeflink.

Hva blir viktigste sak?

– Akkrediteringsordningen i praksisfeltet.

Som betyr?

– En offentlig godkjenning av praksisplasser. Kvaliteten er ikke god nok i dag. Den må heves før man øker antallet studenter. Rekruttering av menn er også en innsatssak. Her må det gjøres noe drastisk.

Har dere funnet på noen nye grep?

– Ikke ennå. Lønns- og arbeidsvilkår for studenter er også en viktig sak som studentene ønsker at vi jobber med.

Hva er moder NSF sitt største problem?

– Tidligere ga ikke moderorganisasjonen studentene en viktig nok rolle, men det er blitt mye bedre. Samarbeid er viktig. Det er jo vi som skaper utgangspunktet for sykepleiere som vil stå på krava.

Er det lett å rekruttere studenter?

– Vi har et godt rykte. Ni av ti velger oss, fordi vi er en profesjonsorganisasjon. Vi vil gjerne

nå målet om 100 000 medlemmer nå i NSF's jubileumsår, så vi vil yte litt ekstra i år.

Klarer dere å nå målet?

– Jeg vet ikke. Vi skal besøke alle 33 studie-stedene ved oppstart og kommer til å bli utrolig synlige. Vi skal snakke med studentene, det er jo dem vi jobber for.

Hvor politisk bevisst er sykepleierstudentene?

– For lite.

Noen nye toner på studentenes årsmøte i år?

– Ja, en stor sak om sosiale medier versus ytringsfrihet. Vi skal lage retningslinjer om nettvett. Styret foreslo spesialkompetanse – matte, kjemi eller fysikk – som opptakskrav. Forslaget falt som et slakt, det visste jeg på forhånd. Men det ligger fortsatt i bakhodet. Vi skal drive signalpolitikk. Sikte høyt, så kan vi heller møtes på midten.

Når blir det slutt på deltidsarbeidende sykepleiere?

– Vanskelig det der, folk vil jo ikke jobbe fullt, og vi har råd til deltid. Men i løpet av tre år bør det være realistisk at de som vil, jobber fullt.

Bør alle sykepleiere jobbe fulltid?

– Ja, alle som har mulighet til det. Jeg kommer til å gjøre det i mange, mange år. Jeg kjenner noen nyutdannende som sier de skal jobbe 50 prosent fordi det er behagelig. En slik mentalitet provoserer meg.

Hvorfor valgte du sykepleien?

– Jeg elsker å være med mennesker som møter veggen. Jeg var pleieassistent da jeg var 16, og visste at dette er et kall – i gåseøyne. Sykepleie er ikke en rolle, men min identitet.

Hvilket fagfelt ønsker du deg?

– Geriatri eller palliativ omsorg. Som en av få.

Tekst og foto
Marit Fonn



Store karakter-forskjeller

Sykepleierutdanningen ved Universitetet i Stavanger topper listen med 20 prosent stryk.

Tekst Ann-Kristin Bloch Helmers

Aldri før har vi hatt så høy strykprosent på bachelor i sykepleie. Det liker vi ikke og er noe vi tar alvorlig. Vi ser nå på tiltak for at dette ikke skal skje igjen, sier leder ved Institutt for helsefag ved Universitetet i Stavanger, Kari Vevatne.

Fra 20 til 0,9

En oversikt over karakterene som er utdelt ved landets bachelorutdanninger i sykepleie i 2011, avdekker store forskjeller. Tall fra Nokut-basen og Database for høyere utdanning viser at strykprosenten varierer fra 20 til 0,9. Andelen eksamener som har endt i beste karakterer, A og B, varierer også, fra 58 til 17 prosent.

De fleste som stryker, gjør det i medikamentregning. Også i medisinske og naturvitenskape-lige emner er strykprosenten høy.

– Ulike krav

Kine Bentzen og Eirik Aldrin i NSF Student påpeker at vurderingskriterier og eksamensformer ikke er inkludert i resultatene.

– Her vet NSF Student at det stilles ulike krav og kriterier på tvers av utdanningsinstitusjonene i sykepleierutdanningen, sier de.

– Når det er sagt, er disse resultatene et tydelig eksempel på at de ulike høyskolene og universitetene har ulik kvalitet, vurderingsformer og undervisningsstruktur. For eksempel er det utpreget forskjell på den generelle strykprosenten ved Betanien diakonale høyskole i Bergen og Universitet i Stavanger. Skylden legges ofte på at studentene ikke arbeider nok, men med så tydelige forskjeller, fattes det en mistanke om at disse «late» studentene ikke får den undervisningen og oppfølgingen de har behov for og krav på, sier studentlederne.

– Sykepleierstudenter er del av et stort lotteri når de velger hvor de ønsker å studere, hvor kompetansenivået og pedagogisk kunnskap hos veiledere og lærere ofte belages på flaks, sier Kine Bentzen.

Satt i gang tiltak

I Stavanger håper de at strykprosenten i fjor blir et unntak.

– Vi har blant annet innført mer case- og dialogbasert undervisning allerede fra i høst. Studentene skal også få jobbe mye mer i grupper enn de har gjort tidligere, sier instituttleder Kari Vevatne.

Det vil i tillegg også bli mer obligatorisk oppmøte på studiet.

– En del studenter har ikke alltid vært til stede i undervisningen, sier Vevatne.

– Det kan være mange forklaringer til dette, og vi vil nå bruke tid på å finne dem. Men vi har mange studenter og begrensede ressurser.

Hun sier videre at sykepleie er et fag som krever mye av studentene.

– De skal både kunne teorien, være god på praktiske ferdigheter og være emosjonelt bevisst. Faget krever kunnskap på mange plan, og det tar tid til å finne ut av dette. Vi må hjelpe studentene til å se dette, og kanskje må vi vektlegge denne bredden mer i undervisningen enn vi har gjort til nå.

Hun mener at de kanskje også må se på andre tiltak, som mer nettstøttet undervisning.

– Vi må se nærmere på hvordan undervisningen i sykepleierlaboratoriene kan organiseres bedre med så mange studenter, sier hun.

Som et tiltak får studentene også hver sin pakke med utstyr som de kan øve inn grunnleggende ferdigheter med, også når de er hjemme, sier Vevatne. Simulering og praktisk trening for sykepleierstudentene er noe instituttet er opptatt av både i undervisning og forskning.

– Må tolkes varsomt

Ole-Jacob Skodvin, leder for avdeling for utredning og analyse i Nokut (Norsk organ for kvalitet i utdanningen), mener resultatene kan bety mange ting:

– Hva antallet studenter som får karakter A eller B, og antallet som får stryk, sier om kvaliteten på en utdanning, skal man være varsom med å tolke. Begge bør sees i sammenheng med andre variabler og indikatorer. En høy strykprosent kan være positiv – utdanningen holder et høyt kvalitativt nivå. Men det kan også være negativt – svært dårlige kandidater ved studiet. Dette kan igjen ha en rekke forklaringer. Tilsvarende argumentasjon gjelder for andelen studenter som A eller B, mener Skodvin.

Tallene som Sykepleien gjengir i tabellen, er kvalitetssikret av rådgivere ved Database for høyere utdanning, og er basert på institusjonenes egenrapportering. Uttrekk er gjort på heltidsstudier, bachelor sykepleie. Studier som har en annen innretning (deltid, desentralisert etc) er ikke med. ■■■

Resultater fra utdanningsstedene for sykepleie

	Strykprosent:	Andel eksamens-karakter A+B:
Universitetet i Stavanger	20,9	25,1
Høgskolen i Harstad	19,5	32
Høgskolen i Vestfold	18,5	22,3
Høgskolen i Narvik	16,9	32,7
Høgskolen i Finnmark	16,2	20,6
Høgskolen i Nord-Trøndelag (Namsos)	15,8	21,1
Universitetet i Tromsø	13,1	29,7
Høgskolen i Hedmark	12,5	31,9
Høgskolen i Oslo	12,2	38,3
Høgskolen i Gjøvik	12,1	29,1
Høgskolen Stord/Haugesund (Haugesund)	12	19,6
Universitetet i Agder, Grimstad	11	32,2
Høgskolen Stord/Haugesund (Stord)	10,7	24
Høgskolen i Buskerud	10,2	27,7
Høgskolen i Akershus	9,6	42,4
Høgskolen i Østfold	9,6	25,6
Høgskolen i Nord-Trøndelag (Levanger)	9,4	21,8
Høgskolen i Sør-Trøndelag	9,4	40,6
Høgskolen i Molde	9,3	21,4
Høgskolen i Sogn og Fjordane	8,1	42,4
Universitetet i Agder	7,7	37,2
Høgskolen i Ålesund	7,3	17,2
Universitetet i Nordland	7,1	26,9
Lovisenberg diakonale høyskole	7	30,1
Høgskolen Diakonova	6,3	28,7
Diakonhjemmet høyskole *	5,9	*
Høgskolen i Telemark	4,6	41,1
Høgskolen i Bergen	4,3	40,4
Haraldsplass diakonale høyskole	3,8	30
Betanien diakonale høyskole	2,1	58,1
Diakonhjemmet høyskole	0,9	56,9

* Merknad: Dette programmet er angitt som oppretta 2009 som viderføring av eit eksisterande program. For dette programmet blir det gitt mest bestått/ikkje bestått i staden for bokstavkarakterer. Ingen A/B er rapportert.

Dette forteller karakteren:

A Betegnelse: Fremragende
Generell beskrivelse: Fremragende prestasjon som klart utmerker seg. Kandidaten viser svært god vurderingsevne og stor grad av selvstendighet.
Beskrivelse innenfor helseutdannelse: Kandidaten presenterer, analyserer og anvender kunnskaper på en presis og utmerket måte i gitte bruker-, klient-, og pasientsituasjoner og i generelle helse- og sosialfaglige spørsmål. Faglig- etiske fordringer blir ivaretatt på en særdeles betryggende og inkluderende måte for bruker/klient/pasient. Kandidaten viser selvstendig og kritisk forståelse for faget og dets ansvarsområde.

B Betegnelse: Meget god
Generell beskrivelse: Meget god prestasjon. Kandidaten viser meget god vurderingsevne og selvstendighet.
Beskrivelse innenfor helseutdannelse: Kandidaten viser meget gode kunnskaper og vurderer og anvender disse forsvarlig og konsistent i gitte bruker-, klient- og pasientsituasjoner og i generelle helse- og sosialfaglige spørsmål. Faglig-etiske fordringer blir ivaretatt på en betryggende og inkluderende måte for bruker/klient/pasient. Kandidaten viser kritisk forståelse for faget og dets ansvarsområde.

C Betegnelse: God
Generell beskrivelse: Jevnt god prestasjon som er tilfredsstillende på de fleste områder. Kandidaten viser god vurderingsevne og selvstendighet på de viktigste områdene.
Beskrivelse innenfor helseutdannelse: Kandidaten viser gode kunnskaper og kan anvende disse forsvarlig i gitte bruker-, klient- og pasientsituasjoner og i generelle helse- og sosialfaglige spørsmål. Kandidaten kan gjøre rede for, og viser noe innsikt i faglig-etiske fordringer ovenfor bruker/klient/pasient. Kandidaten viser forståelse for viktige elementer i faget og dets ansvarsområde.

D Betegnelse: Nokså god
Generell beskrivelse: En akseptabel prestasjon med noen vesentlige mangler. Kandidaten viser en viss grad av vurderingsevne og selvstendighet.
Beskrivelse innenfor helseutdannelse: Kandidaten viser begrensede kunnskaper og kan til en viss grad anvende kunnskaper forsvarlig i gitte bruker-, klient- og pasientsituasjoner og i generelle helse- og sosialfaglige spørsmål. Kandidaten kan gjøre rede for noen sentrale faglig-etiske fordringer, men viser mangler i etisk refleksjon. Kandidaten viser delvis forståelse for faget og dets ansvarsområde.

E Betegnelse: Tilstrekkelig
Generell beskrivelse: Prestasjonen tilfredsstiller minimumskravene, men heller ikke mer. Kandidaten viser liten vurderingsevne og selvstendighet.
Beskrivelse innenfor helseutdannelse: Kandidaten viser noen kunnskaper og kan i begrenset grad anvende disse forsvarlig i gitte bruker-, klient- og pasientsituasjoner og i generelle helse- og sosialfaglige spørsmål. Faglig-etiske fordringer kan gjengis, men uten selvstendig vurdering. Kandidaten viser begrenset forståelse for faget og dets ansvarsområde.

F Betegnelse: Ikke bestått
Generell beskrivelse: Prestasjon som ikke tilfredsstiller de faglige minimumskravene. Kandidaten viser både Manglende vurderingsevne og selvstendighet.
Beskrivelse innenfor helseutdannelse: Kandidaten viser svært begrensede kunnskaper og kan ikke anvende disse forsvarlig i gitte bruker-, klient- og pasientsituasjoner og i generelle helse- og sosialfaglige spørsmål. Faglig-etiske fordringer anvendes ikke. Kandidaten mangler forståelse for faget og dets ansvarsområde.
I tillegg gis vurderingen Bestått/Ikke bestått.



Samle dine lån

Så får du ofte penger til overs for noe annet.
Rente fra **7,9%**

Nordax

Søk på www.nordax.no
eller på tlf. 21 54 44 07

Eff. rente er 19,30% på: kr 65 000, o/5 år, nom rente 14,9%, etableringsgebyr kr 1475, termingebyr kr 65. Totalt å betale er kr 98 580. (juli 2012)

Burde begynt med barna

Matematiske modeller viser at vaksineringsen mot svineinfluenzaen hadde liten effekt. Hvis vaksineringsen hadde startet noen uker tidligere, og hvis barn hadde blitt prioritert fremfor dem som trengte vaksinen mest, ville langt færre ha blitt smittet.

Tekst og foto **Yngve Vogt (Apollon)**

Takket være svineinfluenzaen har førsteamanuensis Birgitte Freiesleben de Blasio i den medisinske gruppen «Biostatistiske metoder og anvendelser» ved Universitetet i Oslo utviklet en matematisk modell som kan gi råd til myndighetene om hvordan befolkningen bør vaksineres neste gang landet blir utsatt for en alvorlig epidemi. Med modellen er det mulig å eksperimentere hva som skjer hvis man gjennomfører vaksineringsen på ulike måter.

Selv om medisinerer vet hvordan influensavirus smitter mellom enkeltindivider, er det vanskelig å forutsi hvordan smittes spres i større befolkningsgrupper. Da må man ty til matematiske modeller.

Ifølge Folkehelseinstituttet tok svineinfluenzaen livet av 32 nordmenn. I en vanlig influensaepidemi dør nesten tusen mennesker. Det spesielle med svineinfluenzaen var at de eldre ble spart, mens uvanlig mange unge mennesker døde.

– Svineinfluenzaen var for de fleste mildere enn den vanlige sesonginfluenzaen, og den var



FOR SENT: – Vaksineringsen begynte rett og slett for sent til å kunne hjelpe folk flest, forteller Birgitte Freiesleben de Blasio.

antall døde hvis landet står overfor et alvorlig utbrudd. Hvis fugleinfluansen slår til, kan dødstallene bli svært høye.

Matematiske modeller av en slik epidemi kan si noe om hvor mange som blir smittet og dør, og hvor mange liv man kan spare hvis man prioriterer å vaksinere bestemte grupper i befolkningen.

mulig å beskrive epidemien matematisk. Analysen viser at det antivirale middelet tamiflu, som mange nordmenn knasket i seg for å beskytte seg mot influensaen, hadde svært liten effekt.

Slik øker effekten

Epidemien var godt i gang da vaksineringsen startet. Det tok en uke før vaksinen hadde full virkning. Da var allerede pandemiutbruddet på toppen.

Den matematiske modellen viser at vaksineringsen bare reduserte epidemien med noen få prosentpoeng. 30 prosent av befolkningen fikk symptomer på svineinfluenzaen. Uten vaksineringsen hadde prosentandelen vært 33 prosent.

– Vaksineringsen begynte rett og slett for sent til å kunne hjelpe folk flest. Hvis vaksineringsen hadde startet seks uker tidligere, kunne vi ha redusert epidemien med 50 prosent. Selv få uker gir store forskjeller.

I Norge valgte man først å vaksinere dem som trengte vaksinen mest, slike som personer med kroniske sykdommer, nedsatt immunforsvar, gravide, svært overvektige personer og helsepersonell.

For å hindre at den neste epidemien sprer seg fort, kan det være lurt å prioritere dem som smitter flest.

– Hvis det kommer en alvorlig influensaepidemi med mange dødsfall, kan man spare et stort antall menneskeliv ved å vaksinere skolebarna først, men med en så lav dødelighet som svineinfluenzaen hadde, ville dette ha vært uetisk. Svineinfluenzaen var en mild sykdom. Da var det greit å starte med risikogruppene.

– Hva med å vaksinere dem som bor i byer først?

«Det kritiske med vaksineringsen er kappløpet med tiden.»

Birgitte Freiesleben de Blasio

langt mildere enn internasjonale og nasjonale helsemyndigheter hadde forberedt seg på. Men virus forandrer seg hele tiden. Epidemier kan komme tilbake og bli verre i en senere runde, akkurat som spanskesyken, poengterer de Blasio.

Kappløp med tiden

Det store spørsmålet er hvordan myndighetene skal vaksinere befolkningen for å minimalisere

– Det kritiske med vaksineringsen er kappløpet med tiden. Under svineinfluenzaen gjorde myndighetene hva de kunne. Det handler om å lage vaksinen så raskt som mulig.

Svineinfluenzaen var den første verdensomspennende epidemien siden 1968, og den første epidemien der man hadde muligheten til å beskytte seg med antivirale midler. Takket være gode data fra helsemyndighetene har det vært



FØRST: Ved å vaksinere skolebarn først, kan mange liv bli spart ved en alvorlig epidemi, viser beregninger.

Smittefaren er vel større på overfylte T-banvogner enn i små øykommuner?

– Influenzaepidemier rammer vanligvis de store byene først og beveger seg så mot de mindre bebodde stedene, men tidsforskjellen er ganske liten.

Ikke alle må vaksineres

Epidemier starter som en kjedereaksjon, men bremses etter hvert opp når man ikke får muligheten til å smitte så mange. Det er ikke nødvendig å vaksinere hele befolkningen for å forhindre en epidemi. Det holder å vaksinere en viss mengde. Antallet som må vaksineres, er avhengig av smitteraten, det vil si hvor mange hver enkelt smittede rekker å smitte i den tidligste fasen av epidemien.

Hvis smitteraten er to, smitter du to. Da må minst halvparten av befolkningen vaksineres for å forhindre epidemien. Meslinger har en smitterate

på 20. Da må 95 prosent vaksinere seg. Svineinfluenzaen hadde en smitterate på vel 1,4.

– Poenget er å vaksinere så mange at smitteraten kommer under én den dagen infeksjonen rammer landet, forteller de Blasio.

Hun kaller vaksinering for en altruistisk (selvoppofrende) handling.

– Du betaler en risiko, slik som faren for narkolepsi. Fordelen med vaksineringen deler du med hele befolkningen. Du beskytter deg mot sykdom, samtidig som du skjermer andre personer mot smitte.

Epidemi-mester

de Blasio simulerer også utviklingen av andre typer infeksjonssykdommer, men hun sier det er mye enklere å modellere en influensaepidemi enn mange andre infeksjoner, fordi influensa rammer bredt i befolkningen og fordi det bare

tar to dager å smitte andre. En influensaepidemi vil derfor være over på noen få måneder.

Skal hun simulere tuberkulosespredning, trenger hun helt andre matematiske modeller fordi man allerede kan ha vært smittet i 20 til 30 år før sykdommen slår ut.

de Blasio er Norges eneste heltidsforsker på epidemiske modeller. De faglige miljøene er langt større i England, Nederland, USA og Sverige. de Blasio har et tett samarbeid med infeksjonsovervåkingen på Folkehelseinstituttet.

Nå ønsker hun et tett samarbeid med professor Ørnulf Borgan og andre matematikere og statistikere ved Universitetet i Oslo for å utvikle langt mer raffinerte epidemi-modeller. ■■■

Yngve Vogt er journalist i tidsskriftet Apollon, utgitt av Universitetet i Oslo. Apollon har forskningsformidling som sitt formål.

Nasjonal avgangsprøve for sykepleierstudenter?

NSF Student støtter et pilotprosjekt med nasjonal prøve for avgangsstudenter i alle teoretiske emner omtalt i forskrift til rammeplan for sykepleierutdanning. Tekst Bjørn Arild Østby

På årsmøtet i 2011 gikk NSF Student inn for at det gjennomføres et pilotprosjekt med nasjonale prøver blant avgangsstudentene i sykepleie. Årsmøtet består av tillitsvalgte studenter fra alle landets sykepleierutdanninger, og representerer over 90 prosent av alle sykepleierstudentene i Norge.

Bakgrunnen er at sykepleierstudenter opplever et gap mellom kravene til måloppnåelse for utdanningen og den kompetansen studentene har etter endt utdanning. Norge har i dag 28 ulike fagplaner, en for hver utdanningsinstitusjon, og kartlegginger viser at det er store variasjoner mellom studiestedene i hvordan studentene evalueres i løpet av utdanningen.

NSF Student mener det er viktig å forsøke å måle i hvilken grad studenten har nådd målene for utdanningen. Slik det er nå er det ingen måte å finne ut om studenter lærer det samme på alle sykepleierutdanningene. Målet med pilotprosjek-

ter er å danne grunnlag for felles testing av kunnskap på alle sykepleierutdanninger, og eventuelt se variasjoner mellom skolene.

Testen er en totimers multiple-choice. Det er et skjema hvor studenten skal krysse av for det svaret man mener er rett. Spørsmålene vil kunne omhandle sykepleiefag, naturvitenskap, etikk osv.

I brev til alle avgangsstudenter som har sagt ja til å delta i pilotprosjektet skriver NSF Student blant annet: «Vi som er studentrepresentanter i arbeidsgruppen er veldig fornøyd med oppgavesettene som er utarbeidet, det er veldig gode case hvor vi får vist kunnskapene våre bredt, og hvor vi får svare ut ifra en reell pasientsituasjon. Det vil alltid være noen begrensninger i hva man kan teste med denne metoden. Men vi mener uansett at det er viktig å teste det som går an å teste, fremfor ikke å gjøre noe. Det vil selvsagt ikke være sånn at resultatet av denne testen gir

et komplett bilde av alle dine kunnskaper og ferdigheter.»

Ifølge NSF Student er det svært viktig at så mange avgangsstudenter som mulig deltar på testen. Studentene vil på den måten gi et viktig bidrag til arbeidet med å styrke kvaliteten på nyutdannede sykepleiere.

Testen er ikke av en slik karakter at studentene skal pugge spesielle deler av pensum før man tar den. Hensikten er at man skal svare ut ifra den kunnskapen man faktisk har når sykepleierutdanningen er slutt, og at testen ikke krever spesielle forberedelser. Studentene bør se på det som en unik mulighet til å få målt kunnskapen sin rett før de skal ut å praktisere yrket, ifølge NSF Student.

Resultatene av testen vil bli distribuert til den enkelte skole, og alle som deltar vil få vite sitt resultat. Men siden dette er et pilotprosjekt vil resultatet ikke komme på vitnemålet eller ha noen betydning for autorisasjon.

- » Bidrar til klarere erkjennelse av behovet for å heve kunnskapsnivået ved skolen.
- » Studentene får en unik mulighet til å få målt kunnskapen sin rett før de skal ut i yrket.
- » Felles testing av kunnskap vil avsløre eventuelle variasjoner mellom skolene.
- » Testen vil vise om studentene lærer det samme på alle sykepleierutdanningene.

- » Målstyrte skoler fører til et altfor smalt kunnskapsnivå og dårligere kvalitet på opplæringen.
- » Skolene presses inn i en meningsløs rangering og konkurranse om testresultater.
- » Lærerne føler seg presset til å legge om undervisningsopplegget for å drille studentene i forkant av tester.
- » Skolene har lite nytte av testene.

forebygging.no

Kunnskapsbase for rusforebyggende og helsefremmende arbeid



Den daglige dosen av nærhet.

C1090115-04

Cialis® Daglig Dosering er en nyere måte å behandle erektil dysfunksjon (ED) på. Det gir pasienten mulighet for ereksjon når som helst i døgnet – alle dager.^{1,2}

Takket være den lave og jevne doseringen (5 mg) gjør Cialis® Daglig Dosering det mulig for pasientene å slippe all ventingen og planleggingen av sexlivet. **Naturligvis finnes Cialis® 20 mg fortsatt, som gir mulighet for samleie etter en halvtime – med virkning i opptil 36 timer**³ for ED-pasienter som vil ha tilbake muligheten for et fungerende samliv. Cialis Daglig Dosering kan være et alternativ for menn som i dag tar en PDE 5-hemmer minst to ganger i uken, og som vil ha frihet til å ha seksuell aktivitet når de ønsker det. Akkurat slik som livet var før.

Cialis Lilly Legemiddel mot erektil dysfunksjon. ATC-nr.: G04B E08

TABLETTER, filmdrasjerte 2,5 mg, 5 mg, 10 mg og 20 mg: Hver tablett inneholder: Tadalafil 2,5 mg, resp. 5 mg, 10 mg og 20 mg, laktosemonohydrat, hjelpestoffer. Fargestoff: Jernoksid (E 172), titandioksid (E 171).

Indikasjoner: Behandling av erektil dysfunksjon hos voksne menn. Seksuell stimulering er nødvendig for effekt. Ikke indisert for bruk hos kvinner.

Dosering: Anbefalt dose er 10 mg minst 30 minutter før forventet seksuell aktivitet. Hos pasienter hvor tadalafil 10 mg ikke gir tilstrekkelig effekt, kan 20 mg forsøkes. Tas med eller uten mat. Maks. dosering er 1 gang daglig. Tadalafil 10 mg og 20 mg er beregnet til bruk for forventet seksuell aktivitet, og er ikke anbefalt til kontinuerlig daglig bruk. For pasienter som forventer regelmessig bruk (f.eks. minst 2 x ukentlig), kan daglig dosering med laveste tadalafildose være hensiktsmessig, avhengig av pasientens valg og legens vurdering. Hos disse pasientene er anbefalt dose 5 mg 1 gang daglig til omtrent samme tid. Basert på individuell tolerabilitet kan dosen reduseres til 2,5 mg daglig. Hensiktsmessigheten av vedvarende daglig doseringsregime bør vurderes regelmessig. **Nedsatt nyrefunksjon:** Dosejustering ikke nødvendig ved mild til moderat nedsatt nyrefunksjon. Ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon er 10 mg maks. anbefalt dose. Daglig doseringsregime er ikke anbefalt ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon. **Nedsatt leverfunksjon:** Anbefalt dose er 10 mg tatt før forventet seksuell aktivitet. Det foreligger begrenset data vedrørende alvorlig leveraktivitet (Child-Pugh grad C). Forskrivning bør baseres på grundig individuell vurdering av nytte-risiko. Det foreligger ikke data for administrering av høyere dose enn 10 mg. Daglig doseringsregime er ikke undersøkt ved nedsatt leverfunksjon, og ev. forskrivning bør baseres på grundig individuell vurdering av nytte-risiko. **Eldre eller diabetikere:** Dosejustering er ikke påkrevd. **Pediatrisk populasjon:** Bør ikke brukes av personer <18 år.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for noen av innholdsstoffene. Kan forsterke den blodtrykksenkende effekten av nitrater, og er derfor kontraindisert hos pasienter som behandles med alle former for organisk nitrat. Skal ikke brukes ved hjerteleidende eller seksuell aktivitet ikke tillåtes. Legen skal vurdere potensiell risiko for hjerte-problemer som følge av seksuell aktivitet hos pasienter med kjent kardiovaskulær lidelse. Følgende pasientgrupper med kardiovaskulære lidelser er ikke inkl. i kliniske opprøpninger og bruk av tadalafil er derfor kontraindisert: Pasienter med hjerteinfarkt i løpet av de siste 90 dager, pasienter med ustabil angina eller angina som har oppstått under samleie, pasienter med hjertesvikt NYHA klasse II eller høyere i løpet av de siste 6 måneder, pasienter med ukontrollerte arytmier, hypertensjon (>90/50 mm Hg), eller ukontrollert hypertensjon, pasienter som har hatt slag i løpet av de siste 6 måneder. Pasienter som har mistet synet på et øye pga. non-arteriell iskemisk fremre optikusnevropati (NAION), uavhengig av om denne hendelsen var forbundet med tidligere bruk av en PDE5-hemmer eller ikke.

Forsiktighetsregler: Anamnese og fysisk undersøkelse skal gjennomføres for å diagnostisere erektil dysfunksjon og mulige underliggende årsaker. Før oppstart skal kardiovaskulær status vurderes ettersom det er knyttet en viss risiko for hjerte-problemer til seksuell aktivitet. Tadalafil har vasodilaterende egenskaper som gir svakt og forbigående blodtrykkfall, og potensierer dermed hypotensiv effekt av nitrater. Tadalafil kan induisere blodtrykkfall ved samtidig bruk av antihypertensiver. Ved oppstart av daglig tadalafilbehandling bør hensiktsmessig klinisk vurdering tas hensyn til mulig dosejustering av blodtrykkbehandling. Alvorlige kardiovaskulære episoder, inkl. hjerteinfarkt, plutselig hjerthedet, ustabil angina pectoris, ventrikulær arytmi, slag og transitoriske iskemiske anfall, brystsmerte, palpasjoner og takykardi er rapportert ved bruk av tadalafil. De fleste av disse pasientene hadde preeksisterende kardiovaskulære risikofaktorer. En kan ikke definitivt fastslå om disse episodene er direkte relatert til disse risikofaktorene, til tadalafil, seksuell aktivitet eller en kombinasjon av disse eller andre faktorer. Synsforsykkelser og tilfeller av NAION er rapportert. Pasienter bør rådes til å seponere tadalafil og kontakte lege umiddelbart ved plutselige synsforsykkelser. Økt tadalafil eksponering (AUC), begrenset klinisk erfaring og manglende mulighet til å påvirke clearance vha. daglige medfeller at daglig tadalafil dosering ikke er anbefalt ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon. Pasienter som får ereksjon som varer i >4 timer bør tilrådes å oppsøke medisinsk hjelp omgående. Bør brukes med forsiktighet av pasienter med anatomisk deformasjon av penis (f.eks. vinkling, kavernes fibrose eller Peyronies sykdom) eller ved tilstander som gir dem

disponert for priapisme (f.eks. sigdcelleanemi, multiple myelomer eller leukemi). Ukjent om tadalafil har effekt hos pasienter som har gjennomgått bekkenkirurgi eller radikal ikke nervebevarende prostatektomi. Bør ikke brukes ved arvelig galaktoseintoleranse, lapp-laktasemangel eller glukose-galaktosemalabsorpsjon. Samtidig bruk av alfa₁-blokkere kan medføre symptomatisk hypotensjon hos enkelte. Kombinasjon med dokasosin er ikke anbefalt. Forsiktighet bør utvises ved forskrivning av tadalafil til pasienter som anvender potente CYP 3A4-inhibitorer (ritonavir, sakvinavir, ketokonazol, itraconazol og erytromycin), da det er observert økt AUC for tadalafil ved kombinasjon av disse legemidlene. Sikkerhet og effekt ved kombinasjon av tadalafil med annen behandling av erektil dysfunksjon er ikke undersøkt og anbefales derfor ikke.

Interaksjoner: I interaksjonsstudier der kun tadalafil 10 mg er benyttet, kan interaksjoner ved høyere doser ikke utelukkes. **Effekter av andre legemidler på tadalafil:** Tadalafil metabolismes hovedsakelig av CYP 3A4. En selektiv hemmer av CYP 3A4, ketokonazol (200 mg), doblet tadalafil (10 mg) AUC og øker C_{max} med 15%. Ketokonazol (400 mg) firedoblet tadalafil (20 mg) AUC og øker C_{max} med 22%. Ritonavir (200 mg x 2) doblet tadalafil (20 mg) AUC uten endringer i C_{max}. Forsiktighet ved samtidig administrering av andre proteasehemmere, som sakvinavir, og andre CYP 3A4-hemmere, som erytromycin, klaritromycin, itraconazol og grapefruktjuice, fordi disse forventes å øke plasmakonsentrasjonen av tadalafil. Potensielle legemiddelinteraksjoner foreligger ved mulig inhibering av transportproteiner. CYP 3A4-indusere, rifampicin, reduserer tadalafil (10 mg) AUC med 88%, og det kan forventes redusert effekt av tadalafil. Det kan forventes at samtidig administrering av andre CYP 3A4-indusere som fenobarbital, fentanyl og karbamazepin også vil senke plasmakonsentrasjonen av tadalafil. **Effekter av tadalafil på andre legemidler:** Tadalafil (vist for 5, 10 og 20 mg) forsterker den hypotensive effekt av nitrater. Interaksjonen varer i >24 timer og er ikke detekterbar etter 48 timer. Ved ev. behov for livreddende behandling med nitrater, bør det ha gått minst 48 timer fra inntak av tadalafil til nitratbehandling igangsettes. Ved slike tilfeller bør nitrater kun administreres under tett medisinsk oppfølging og hensiktsmessig hemodynamisk monitorering. Tadalafil øker oral biotilgjengelighet av etnylestradiol. En lignende økning kan ventes ved oral administrering av testosteron. Det er usikkerhet omkring klinisk betydning. Tadalafil (10 mg) administrert samtidig med teofyllin, gir en liten økning i hjertefrekvens (3,5 slag pr. minutt). Effekten er liten og uten klinisk betydning, men bør vurderes når legemidlene administreres samtidig. Tadalafil (10 og 20 mg) er brukt samtidig med warfarin og acetylsalisylsyre uten interaksjoner. Tadalafil (20 mg) er brukt samtidig med angiotensin II-reseptorblokkere (forskjellige typer og doseringer, alene eller i kombinasjon med tiacider, kalsiumantagonister, betablokkere og/eller alfablokkere) og aminodipin uten interaksjoner. Tadalafil (10 mg) er brukt samtidig med enalapril, metoprolol og bendrofluazid uten interaksjoner. Tadalafil (20 mg) er undersøkt i kombinasjon med inntil 4 klasser antihypertensiver. Hos pasienter som tar multiple antihypertensiver synes det som om endringer målt ved ambulatorisk blodtrykkmåling relaterer seg til graden av blodtrykkkontroll. Hos pasienter med godt kontrollert blodtrykk er reduksjonen tilsvarende den sett hos friske. Hos pasienter med ukontrollert blodtrykk er reduksjonen større, men reduksjonen er hos et flertall av pasientene ikke forbundet med hypotensive symptomer. Hos pasienter som samtidig tar antihypertensiver kan tadalafil 20 mg induisere blodtrykkfall, som (med unntak for alfablokkere) vanligvis er mildt og sannsynligvis ikke av klinisk betydning. Relevant klinisk rådgivning om mulig blodtrykkfall skal likevel gis til pasienter når de behandles med antihypertensiver. Samtidig administrering av dokasosin (4 og 8 mg daglig) og tadalafil (5 mg daglig og 20 mg som enkeltdose) øker signifikant blodtrykkreduserende effekt av alfablokkere. Effekten varer i >12 timer og kan gi symptomer som innl. synkope. Kombinasjonen anbefales derfor ikke. Slik effekt er ikke rapportert med alufosin eller tamsulosin. Forsiktighet skal imidlertid utvises hos pasienter som behandles med alfablokkere, spesielt eldre. Behandling skal startes med minimal dose med gradvis økende dose. Tadalafil (10 eller 20 mg) er brukt samtidig med alkohol (0,08%) uten endringer i alkohol- eller tadalafilkonsentrasjonen. Tadalafil (20 mg) forsterker ikke gjennomsnittlig blodtrykkfall forårsaket av alkohol (0,7 g/kg), men det er observert postural svimmelhet og ortostatisk hypotensjon hos enkelte individer. Lavere alkoholdoser (0,6 g/kg) ga ikke økt hypotensjon og svimmelhet. Virkningen av alkohol på kognitiv funksjon forsterkes ikke av tadalafil (10 mg).

Graviditet/Amning: Ikke indisert til bruk hos kvinner. Det foreligger begrenset data for bruk av

tadalafil til gravide. Det er ikke funnet holdepunkter for direkte eller indirekte skadelige effekter mhp. graviditet, embryo-/fosterutvikling, fødsel eller postnatal utvikling. Anbefales ikke ved graviditet eller amning.

Bivirkninger: Forbigående og generelt milde eller moderate. Bivirkningsdata for pasienter >75 år er begrenset. **Svært vanlige (≥1/10):** Neurologiske: Hodepine. **Vanlige (≥1/100 til <1/10):** Gastrointestinale: Dyspepsi. **Hjerte/kar:** Rødme. **Lufteveier:** Nesetetthet. **Muskel-skjelettsystemet:** Ryggsmerte, myalgi. **Neurologiske:** Svimmelhet. **Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):** Gastrointestinale: Abdominale smerter, gastroesofageal refluks. **Hjerte/kar:** Takykardi, palpasjoner, hypotensjon (mer vanlig ved kombinasjon med antihypertensiver), hypertensjon, ustabil angina pectoris, ventrikulær arytmi. **Hud:** Utslett, hyperhidrose. **Immunsystemet:** Hypersensitivitetsreaksjoner. **Øye:** Uklart syn, følelse beskrevet som «smyerte». **Øvrige:** Byggesmerter. **Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000):** Hjerte/kar: Myokardinfarkt. **Hud:** Urticaria, Stevens-Johnsons syndrom, ekfoliativ dermatitt. **Kjønnsorganer/bryst:** Forlenget ereksjon, priapisme. **Lufteveier:** Neseblødning. **Neurologiske:** Synkope, slag (inkl. hemoragiske hendelser) og transitoriske iskemiske anfall (vanligst for pasienter med preeksisterende kardiovaskulære risikofaktorer), migrene, krampeanfall, forbigående amnesi. **Øre:** Plutselig hørselstap (plutselig nedsatt eller tap av hørsel er rapportert i et lite antall tilfeller ved bruk av samtlige PDE5-hemmere). **Øye:** Synstetforandring, hevelse av øyelokkene, konjunktival hyperemi, NAION, retinal vaskulær okklusjon. **Øvrige:** Anslitstedet, plutselig hjertedød (vanligst for pasienter med preeksisterende kardiovaskulære risikofaktorer). **Svært sjeldne (<1/10 000), ukjent:** Det er rapportert en lett forhøyet insidens av EKG-forandring, primært sinusbradykardi, hos pasienter behandlet med daglig tadalafil dosering. De fleste av EKG-forandringene er ikke forbundet med bivirkninger.

Overdosering/Forgiftning: Symptomer: Enkeltdose ≤500 mg er gitt til friske, og multiple daglige doser ≤100 mg er gitt til pasienter. Observerte bivirkninger tilsvarte dem som ble sett ved lavere doser. **Behandling:** Symptomatisk behandling etter behov. Hemodialyse bidrar ubetydelig til tadalafil eliminering. Se Giftinformasjons anbefalinger G04B E08.

Egenskaper: **Klassifisering:** Midlet mot erektil dysfunksjon. **Virkningsmekanisme:** Selektiv, reversibel hemmer av cGMP-spesifikk fosfodiesterase type 5 (PDE5). Når seksuell stimulering forårsaker lokal frigjøring av nitrogenoksid, vil tadalafil hemming av PDE5 forårsake forhøyede nivåer av cGMP i corpus cavernosum. Dette resulterer i relaksasjon av glatt muskulatur og blodtilstrømming til penis, som igjen frembringer ereksjon. Bedring av erektil funksjon og evnen til å ha et vellykket samleie er vist i 36 timer etter dosering, og evnen til å oppnå og beholde ereksjonen for å gjennomføre samleie er vist 16 minutter etter dosering. Det er ikke observert nedsatt evne til fargediskriminering (blå/grønn). Denne observasjonen er overensstemmende med tadalafas lave affinitet til PDE6 sammenlignet med PDE5. Ingen klinisk relevant nedgang i spermatocty-antall og -konsentrasjon. Det er ikke påvist endringer på morfologi, morfologi og follikkelstimulerende hormon. **Absorpsjon:** Raskt. Gjennomsnittlig C_{max} nås etter en median tid på 2 timer. Absorpsjonen påvirkes ikke av matinntak. **Proteinbinding:** Ved terapeutiske konsentrasjoner er 94% bundet til proteiner. Påvirkes ikke av nedsatt nyrefunksjon. **Fordeling:** Gjennomsnittlig distribusjonsvolum er 83 liter, som tilsier at tadalafil fordeles i vev. <0,0005% av administrert dose fremkommer i sæden hos friske forsøkspersoner. **Halveringstid:** Ca. 17,5 time. Lineær farmakokinetikk mhp. tid og dose. Over et doseringsområde på 2,5-20 mg øker eksponeringen (AUC) proporsjonalt med dosen. Steady state-plasmakonsentrasjon nås innen 5 døgn med dosering 1 gang daglig. **Metabolisme:** Hovedsakelig via CYP 3A4. Hovedmetabolitten er metylatetokologlukuronid, som ikke forventes å være klinisk aktiv. **Utskillelse:** Gjennomsnittlig clearance for tadalafil er 2,5 liter/time. Utskilles hovedsakelig som inaktive metabollitter, først og fremst i feces (61%) og i mindre grad i urin (36%). **Nyresvikt:** Ved mild (Cl_{cr} ≥1-80 ml/minutt), moderat nedsatt nyrefunksjon (Cl_{cr} ≥1-50 ml/minutt) og hos pasienter med terminal nyresvikt og pågående dialyse, er tadalafaleksponeringen omtrent doblet etter administrering av 1 enkeltdose tadalafil (5-20 mg). Hos pasienter med pågående hemodialyse var C_{max} 41% høyere enn hos friske.

Oppbevaring og holdbarhet: Oppbevares i originalpakningen for å beskytte mot fuktighet.

Pakninger og priser: 2,5 mg stk. (blistre) kr 682,60. 5 mg: 28 stk. (blistre) kr 682,60. 10 mg: 4 stk. (blistre) kr 370,00.

20 mg: 4 stk. (blistre) kr 370,00. 8 stk. (blistre) kr 704,90. 12 stk. (blistre) kr 1039,90.

Sist endret: 21.03.2011 (priser oppdateres hver 14. dag, ev. refusjon hver måned)

Referanser: 1. Rajfer et al; J Int Impol. Res 19:95, 103. 2007. 2. Forst et al; Eur Urol, 50: 351–359. 2006. 3. www.felleskatalogen.no.

Eli Lilly Norge A.S, Grenseveien 99, P.O. Box 6090 Etterstad, 0601 Oslo • 22 88 18 00 • www.lilly.no/www.cialis.no

Lilly

Sykepleier – et livsfarlig yrke

Sykepleiere har større risiko for å rammes av hjerteinfarkt og slag enn andre yrkesgrupper.

Tekst Johan Erichs, MeraMedia

En av hovedgrunnene til dette er skadelig stress forårsaket av høye krav og manglende kontroll på jobb. Helsepersonell er blant de gruppene som oftest er rammet av «job strain».

En fersk svensk arbeidsmiljøundersøkelse peker ut helsepersonell som den yrkesgruppen som har størst risiko for å rammes av hjerteinfarkt på grunn av arbeidssituasjonen sin.

«Job strain»

I henhold til rapporten, som er utgitt av det svenske Arbetsmiljöverket og utarbeidet av blant annet

totale antallet kvinner som jobber innenfor pleie og omsorg antar man at drøyt 40 prosent rammes av denne typen stress.

Rapporten anslår at cirka 2750 personer i året blir syke av arbeidsrelatert infarkt hvorav nærmere 500 med døden til følge. Andelen arbeidsrelaterte slagtilfeller kan være så høy som 15 prosent av alle slagtilfeller.

– Nettopp kombinasjonen lav kontroll og høye krav er ugunstig. I tillegg jobber helsepersonell skift som også gir en høy risiko for å rammes av en hjerte- og karsykdom, forklarer Bengt Järvholm.

trykket av sviktende kontroll hos enkeltpersoner, forteller Bengt Järvholm.

Mangel på kontroll over egen arbeidssituasjon kan også føre til psykiske problemer fra ubehag til depresjon og utbrenthet.

– Det er bekymringsverdig at en yrkesgruppe som skal ta hånd om menneskers helse og sykdommer ikke framgår med et god eksempel. Man risikerer at helsepersonell gjør en dårligere jobb og det virker som at man innenfor helsesektoren ikke i tilstrekkelig grad diskuterer hvor viktig det er å kunne utføre arbeidsoppgavene på en forsvarlig måte.

«Kombinasjonen lav kontroll og høye krav er ugunstig»

Bengt Järvholm

Bengt Järvholm, professor ved Institutionen för folkhälsa och klinisk medicin ved Umeå Universitet, forekommer skadelig stress oftere innenfor pleie og omsorg enn andre yrkesgrupper. Rapporten har tatt sikte på å belyse og kartlegge de yrkene som forbindes med skadelig stress av typen «job strain», hvor arbeidet krever mye av personer kombinert med at de har liten kontroll. Av det

Økt innflytelse

Kortere liggetid, færre sengeplasser og i et større perspektiv personalnedskjæringer og økte krav om høyere kostnadseffektivitet, er faktorer som bidrar til et stressende arbeidsmiljø for helsepersonell.

– Dessuten oppleves ofte forskjellige typer kontrollsystemer, populært kalt kvalitetsmålinger, som stressende og negative fordi de forsterker inn-

Mottiltak

Signaler helsepersonell skal være oppmerksomme på for ikke å gli inn i en «job-strain-tilstand», er ganske enkelt opplevelsen av hvordan de selv har det på arbeidsplassen.

– Er det mulig å ta en pause? Går det an å ta en privat telefonsamtale? Disse og andre lignende spørsmål forekommer i de testene som måler individets grad av kontroll på arbeidsplassen. Større innflytelse og større delaktighet i virksomheten er parametre som øker kontroll og minsker stress. – Hva kreves for å motvirke at «job strain» oppstår på en arbeidsplass?





FARLIG STRESS:

«Job strain» heter stresset helsepersonell er særlig utsatt for: at arbeidet krever mye kombinert med at arbeidstakeren har lite kontroll.

– Organisere arbeidet, bruke fantasien, ivareta individers evne til å organisere eget arbeid, og finne den rette balansen mellom krav og frihet kan motvirke denne typen stress.

En viss mulighet for fleksibilitet og økt innflytelse for medarbeiderne på arbeidsplassen er andre faktorer som minsker risiko for stress i en presset arbeidssituasjon, avslutter Bengt Järholm.

Alvorlig

Det svenska Vårdförbundet, som blant annet organiserer sykepleiere, tar rapporten om den alarmerende risikoen for sykdommer blant helsepersonell svært alvorlig.

– Årsaken til mistriivsel, stress og mangel på kontroll skyldes at verken medarbeidere eller den lokale lederen har tilstrekkelig innflytelse på arbeidsplassen, mener Annica Magnusson, forbundsombudsman i Vårdförbundets avdeling Yrke och villkor.

Når politiske beslutninger tas og systemforandringer blir bestemt har sjefen på den lokale arbeidsplassen ingenting han eller hun skulle ha sagt. Konsekvensen kan bli at ansvarshavende på den lokale arbeidsplassen, sjefen i førstelinjen, tvinges til å gjennomføre beslutninger selv om disse kan få åpenbart negative conse-

kvenser for medarbeiderne på arbeidsplassen.

– Den lokale sjefens betingelser må endres slik at han eller hun får økt innflytelse i den lokale organisasjonen. Sjefene i offentlig sektor har det tøft og er svært utsatte når det oppstår et misforhold.

Dialogforum

Annica Magnusson etterlyser mer gjennomtenkte og pedagogisk utformete arbeidsplasser for å skape en velfungerende kommunikasjonskanal slik at sykepleiere og annet helsepersonell kan formidle sine synspunkter.

«Helsevesenet er et tøft arbeidsmiljø»

Annica Magnusson

– Dette skal være et dialogforum og ikke slik som i dag hvor det ofte er en kommunikasjonsmulighet for sjefen. «Arbetsplassträffarna» er et dialogforum som må gjenerobres. En måte å forbedre kommunikasjonen på er å begrense arbeidsgruppen en sjef har ansvaret for til maksimalt 20 personer. Den enkelte medarbeideren må få komme til orde og føle delaktighet hvis

utviklingen med økt forekomst av såkalt «job strain» skal bremses.

Det psykiske miljøet

Samtidig med at man i de seinere år har prioritert det fysiske arbeidsmiljøet, har innsatsen for å skape et velfungerende psykososialt miljø dabbet av.

– Helsevesenet er et tøft arbeidsmiljø med en svært hierarkisk organisasjon og med arbeid døgnet rundt. Dette sliter, og derfor må personalets innflytelse over egen arbeidssituasjon prioriteres.



Ellers risikerer vi at vi får helsepersonell uten god helse, noe som kan få konsekvenser for kvaliteten i den svenske helse- og sosialomsorgen.

Vårdförbundet jobber for økt innflytelse for helsepersonell blant annet gjennom å presse på for at hver medarbeiders yrkesmessige kunnskap og kompetanse i større grad skal ivaretas for å skape delaktighet og egenverd. ■■■

22 – Det var hundre damer og meg ›

29 Fem på gangen ›



I kvinneunive

LYTTER PÅ FOSTERET: Roger Bjørndalen er en av få menn som bruker jordmørstetoskop på jobb. Foto: Erik M. Sundt.



rset

I Norge fins det ni mannlige jordmødre.
Roger Bjørndalen er en av dem.

Tekst Nina Hernæs og Ann-Kristin Bloch Helmers Foto Erik M. Sundt og Ingunn A. Mæhlum



«Det var hundre damer og meg.» Thomas André Aker

Menn forventes å ta del i babystell.
Men i helsevesenet møter de en kvinneverden.



PÅ KAFÉ MED PAPA: Jesper Krisander er sammen med pappa, en kompis og hans datter. Foto: Erik M. Sundt.

Jordmor Roger Bjørndalen beveger hendene varsomt og øvet over en struttende mage. Han får ofte høre at han har varme hender. Og at han er mann.
– Det er et stadig tilbakevendende tema, ja.
Det er ikke så rart, for i gangene på fødeavdelingen på Rikshospitalet i Oslo er det nesten bare kvinner – noen med store mager, noen trillende på sine nyfødte. Mellom dem går barnepleiere, sykepleiere og jordmødre. Alle i hvitt og alle kvinner. Og så er det Roger. Og en og annen pappa.

Bare kvinner

Ni menn er autorisert som jordmor i Norge. Bjørndalen er en av to mannlige jordmødre på Oslo universitetssykehus.

– Dette er et kvinneunivers, slår han fast.

Det merker også vordende fedre. På en kafé midt i Oslo sitter Thomas André Aker sammen med kompis Tomas Trogstad. På fanget har de hver sin årvåkne baby.

– På sykehuset traff jeg kun kvinner, sier Aker.

– Med unntak av en mann som satt i resepsjonen.

De to mennene gjør som politikerne ønsker: De er i pappaperm. Begge har tatt ut permisjon fra barna var rundt fire måneder. Begge opplever at de har entret et kvinneunivers.

– Første gang jeg møtte en mann, var på seksmånederskontrollen, sier Aker.

– Og han var lege.

Å treffe en mann, syntes Aker var greit.

– Da fikk jeg snakke om forholdet mellom meg og Jesper Krisander. Kvinnene jeg har møtt, har bare spurt hvordan det går med kona mi og Jesper Krisander.

Jakt og sport

Jordmor Roger Bjørndalen ønsker ikke at mennene skal overta fødestua.

– Men jeg tror det kan være godt for fedrene at det er en mann her også, sier han.

– Samfunnet forventer at mannen skal være med på fødsel. En mann kan kanskje i større grad sette seg inn i deres situasjon.

Med mennene kan Bjørndalen prate om fotball og jakt.

– Jeg er egentlig ikke så interessert i noen av delene, men holder meg orientert, så vi har noe å snakke om.



Ikke forberedt

Thomas André Aker hadde vegret seg for fødsel, men valgte å bli med. Å komme i fødsel tok tid. Kona dro til sykehuset og kom hjem igjen. Da jordmoren til slutt sa: «Nå legger vi deg inn», brast Thomas i gråt.

– Da tok jordmoren seg av meg. Hun var veldig flink. Etterpå har jeg tenkt på om jeg ville fått like mye omsorg av en mann, sier han nå.

– Menn pleier liksom ikke å trøste menn som gråter. Det skal helst ikke være noen tårer.

Men da fødselen var over, møtte han ikke like mye omsorg for sin sårbarhet. Inn på rommet kom en jordmor, og sa at kona var sliten etter fødselen. Han måtte stille sønnen. «Det har jeg aldri gjort før», sa han med knapt tre kilo baby i armene.

«Det finner du ut av», svarte jordmoren.

Han tok med seg Jesper Krisander ut på badet. «Husk å støtte nakken», ropte jordmoren etter ham.

– Jeg visste ingenting, sier Aker.

– Det hadde vært ok å snakke med en som skjønte min situasjon. Mitt inntrykk er at kvinner blir godt forberedt på barseltid når de går til svangerskapskontroll. Jeg skulle ønske jeg hadde truffet en mann som kunne fortalt meg hvordan jeg skal gjøre ting.

Morsbilde

I Tromsø holder barnesykepleier André Grundevig en liten gutt tett inntil seg. Her, på nyfødt intensiv, ligger premature og syke



FÅR RARE BLIKK: Tomas Trogstad og Thomas André Aker har tatt tidlig pappaperm. De hadde gjort det samme om de fikk velge på nytt. Men de kunne gjerne møtt flere menn i helsevesenet. Foto: Erik M. Sundt.

nyfødte, omgitt av kvinnelige sykepleiere – og en mannlig. Grundevig er antakelig den eneste mannlige sykepleieren i Norge som har valgt å jobbe på nyfødt intensiv. Det synes han er trist.

– En familie består i all hovedsak av mor, far og barn, påpeker han.

– Men på føde, barsel og nyfødt intensiv er morsblikket altfor dominerende. Jeg står for et familiesyn. Begge foreldre er like viktige for barnet.

Krevende

Grundevig har lang erfaring med større barn. Men da han hadde tatt videreutdanning i barnesykepleie, begynte han på nyfødt intensiv.

– Jeg har møtt mange barn som har hatt behov for langvarig hjelp fra helsevesenet, og for mange startet historien her, sier han.

– Å jobbe her gir et helhetsbilde, og det er viktig for en barnesykepleier.

Han jobber med nyfødte helt ned til 500 gram.

– Jeg får lov til å ta hånd om det mest dyrebare foreldrene har, sier han.

– Det gjør meg ydmyk.

Han opplever det å kommunisere med nyfødte som krevende.

– De bruker tegn, ikke ord. Jeg må lese dem og tolke, sier han.

– I intensivsykepleie handler alt om å være i forkant, for å unngå

unødvendige belastninger for barnet. Greier jeg ikke det, blir barnet utsatt for større belastning og sykepleien blir mer krevende. «Du skal aldri stole på en prematur», sies det. Tilstanden deres kan snu så fort. De har et immunforsvar som ikke er utviklet og kompresjonsmekanismene er mer marginale enn hos større barn. Derfor er det viktig å være på tå hev.

Far først

Grundevig følger familien gjennom en veldig vanskelig start på livet til et barn. Å havne på nyfødt intensiv er ikke noe familien planlegger.

– Men de fleste går det veldig bra med, understreker han.

Ofte er det far som kommer først til avdelingen. Mor kan ha hatt en hard fødsel eller tatt keisersnitt og ligger til oppvåkning.

– Da er det viktig å ta vare på ham, sier Grundevig.

– Ofte får jeg far til å ta første bleieskift.

Selv om han er opptatt av foreldrene, presiserer han at ungen er hovedpersonen.

– Først ungen, så ungen, så foreldrene, sier han.

– Min erfaring er at når jeg konsentrerer meg om ungen, beroliger det foreldrene.

Ingen har reagert på at han er mannlig sykepleier på nyfødt intensiv.

– Jeg respekterer foreldrenes personlige rom, for eksempel når



mødre skal amme. Generelt tror jeg mannlige sykepleiere er mer vare enn kvinnelige, sier han.

- Vi er ikke fullt så krasse på dyneløftene. Men som mann blir rollen hans noen ganger feiltolket.
- Noen tror jeg er lege.

Action

Heller ikke på helsestasjonene er det mange menn. Av 3 000 medlemmer i landsgruppen av helsesøstre, er 8 menn. I tillegg er en liten håndfull ikke medlemmer. Til sammen er det snakk om under 15 mannlige helsesøstre.

- Vi snakker om promille, sier leder Astrid Grydeland Ersvik.

Hun peker på at det relativt sett er få menn som søker sykepleie, så rekrutteringsgrunnlaget er lite.

– Mannlige sykepleiere har en tendens til å søke seg til mer akutte arbeidsplasser og lederstillinger, sier hun.

Det bekrefter Ole Petter Vinjevoll, leder for akuttisykepleierne. Blant hans 670 medlemmer er 100 menn.

– Mitt inntrykk er at gutta i sykepleien gjerne vil ha action, sier han.

– Blant mine mannlige kullinger som har tatt videreutdanning, er det flest som har søkt akutt og anestesi. Mange velger også psykiatri. Jeg har inntrykk av at menn i mindre grad søker seg til jobber med mye stell, pleie og mating, sier Vinjevoll.

– Mange tenker nok at det som har med barn og foreldre å gjøre, er mykere, og ikke så spennende. Så feil kan de ta, sier Astrid Grydeland Ersvik.

Mannlige jordmødre

- » Fram til 1973 var det ikke adgang for at menn kunne søke jordmorutdanning.
- » I løpet av de 39 årene som er gått siden den gang, har 17 menn fått autorisasjon som jordmor, ifølge Statens autorisasjonskontor for helsepersonell.



ENESTE MANN: Barnesykepleier André Grundevig møter ofte far først på nyfødt intensiv. Foto: Ingunn A. Mæhlum.

– Helsesøsteryrket er selvstendig, krever spesialkompetanse – og vi jobber med den friske delen av befolkningen. Dette burde kunne appellere til menn, mener hun.

– Vi har et ubetinget ønske om flere mannlige helsesøstre. Mange tenker nok at man som helsesøster bare jobber med kvinner, men vi forholder oss til begge kjønn i vår arbeidshverdag.

Viktig

På Rikshospitalet holder Roger Bjørndalen et fast tak rundt nyfødte Leon. Bjørndalen har tatt imot anslagsvis 200 – 250 barn. Han teller ikke.

– Jeg har aldri hatt et kall om å bli jordmor, det var tilfeldighetene som førte meg inn i yrket, forteller han.

Men som ferdig jordmor forsto han raskt at han var privilegert. Mange var interessert i å ansette ham.

– Jeg har ikke noen romantiske tanker rundt yrkesvalget, jeg tenker at jeg må kunne faget. Jeg ser på det som en jobb, og er nok flinkere enn mange andre til å legge igjen jobben når jeg går hjem.

Å ha «mor» som del av yrkestittelen har han ingen problemer med.

– Jordmor er ikke bare en tittel, men et begrep de aller fleste forbinder noe positivt med, sier han.

Han søkte jordmorskolen fordi en kollega kom inn. «Ja, det kan jeg prøve», tenkte han.

Og ble bitt av basillen.

– Det er mye mer action på en fødestue enn mange tror. De mennene som vurderer videreutdanning som intensiv- eller akuttisykepleier, kan finne mye av det samme her, sier han.

– I tillegg mener jeg at dette er en av verdens viktigste oppgaver – å hjelpe barn sikkert til verden, og se til at moren har det så bra som mulig underveis.

Må ikke være med

Roger Bjørndalen mener presset på at mannen skal være med på fødselen, ikke alltid er positivt.

– For oss er det det samme hvem som er med, det kan like gjerne være en venninne. Vi ser at noen menn føler seg ordentlig ukomfortable og vegrer seg. Noe av det som skjer under fødselen er det ikke nødvendig å få med seg i nitid detalj, sier han.

Han plasserer rutinemessig fedrene oppe ved mors hode i fødselsøyeblikket. Da har han kontroll på hvor pappaen er – og faren blir skånet for bilder han ikke trenger å ha av kvinnen sin.

– Noen tar det helt greit, men vi blir ikke nok kjent til å kunne vite hvem det er. Derfor er jeg klar på akkurat det der.

Filming av selve fødselen sier han konsekvent nei til. Noen minner skal man bare ha i hodet.

Rare blikk

På kaféen tar Thomas André Aker fram hjemmelaget fruktmos. Jesper Krisander, som er blitt sju måneder, gaper villig.

Aker er blitt vant til rare blikk. Når han går på tur med barselgruppen, er det mange som ikke skjønner at han er en av dem.

– Det virker som de tenker «hva gjør han her», sier han.

Det var kona som fikk mast han inn i sin barselgruppe. Nå møter han dem nesten hver uke. Han har til og med gått til



A full-page photograph of a man, Roger Bjørndalen, a male midwife, smiling warmly while holding a newborn baby. The baby is wrapped in a white, textured blanket. Roger is wearing a white medical coat and has a name tag that reads 'Roger R. Bjørndalen' on his chest. He is standing in front of a large window that looks out onto a modern building with a glass facade. The lighting is bright and natural.

«Dette er ingen frøkensport. Roger Bjørndalen, jordmor

ETT DØGN GAMMEL: Lille Leon sover søtt inne i teppet sitt. Mor Marita Kaggstad hadde ikke Roger Bjørndalen som jordmor under fødselen, men ville ikke hatt noe imot det. – Men jeg visste faktisk ikke at vi hadde mannlige jordmødre i Norge, sier hun. Foto: Erik M. Sundt.



det skritt å trille med dem til barnevognmagneten «Jordbærpikene» i Nydalen. Han hadde sverget på at han aldri skulle dit.

– Det var hundre damer og meg. Eller, det var én annen mann der, men han var sammen med kjæresten sin, sier han.

Kompis Trogstad sier nei takk til barselgruppe.

– Hadde det vært flere menn, hadde jeg nok tenkt annerledes, sier han.

– Men jeg stiller opp som sjåfør.

Han, som har tre barn fra før, seiler på erfaring og har ikke så stort behov for å snakke med andre i samme situasjon. Han har også fire kompiser som er hjemme med barn. Mens Thomas André Aker kjenner bare Tomas.

Så ikke far

På kafeen i Oslo triller både menn og kvinner forbi med vogn. Men Aker har flere ganger kjent på at han ikke er mor. Som da han satt og

ventet på tur på helsestasjonen. Jesper Krisander lå i vognen og sov. Helsesøster kom ut i venteværelset. Så seg rundt. Så gikk hun bort til sekretæren. «Er ikke Jesper Krisander her», spurte hun. «Jo», svarte Aker. «Åh, far, ja», sa helsesøsteren og noterte i journalen at det var far som fulgte, slik at de visste det til neste gang.

Tett på

Som jordmor bryter Roger Bjørndalen mange intimsoner. Men han får ikke mange reaksjoner. Han tror det handler om at han er kledd i hvitt. Han har en rolle.

– Noen kommenterer ikke engang at jeg er mann – det er heller ikke alltid jeg åpner for det. I noen situasjoner må ting gå fort. Men jeg presenterer meg alltid tydelig med navn og tittel, slik at fødekvinne vet at det er jeg som er jordmor.

Noen ber om å bli undersøkt av en kvinne, og da blir de det.

– Som sykepleier har man allerede brutt massevis av intimsoner.



TRILLETUR: Thomas André Aker og Tomas Trogstad er kompiser i permisjon. Aker er hjemme med Jesper Krisander, Trogstad med Selma. Foto: Erik M. Sundt.

«Norske kvinner har bedt om likestilling. Da får de det. Roger Bjørndalen, jordmor

Man blir vant til å komme tett på. For meg var ikke det noe stort tema da jeg valgte å bli jordmor.

- Norske kvinner har bedt om likestilling, sier han rolig.
- Da får de det.

Han tror nok han behandler fødekvinnene litt annerledes som mann.

- Jeg er tydelig, sier han.
- Kvinner tar kanskje noen omveier menn ikke bruker. Jeg er veldig rett på, og det kan nok være en fordel for både fødekvinne og mannen hennes. Dette er ingen frøkensport. ■■■

5 på gangen

Tekst **Nina Hernæs**

NSF Student vil gi kjønns-poeng til menn som søker sykepleien. Tror du det vil øke antall menn på føde, barsel og nyfødt?



Kine Bentzen, nyvalgt leder i NSF Student

I første omgang tror jeg ikke det. Veien til kjønndominerte retninger strekker lenger enn kjønns-poeng. Men ved å fokusere på ansvarsglidningen i faget, vil sykepleie ikke kun bli betegnet som et «omsorgsykke». For å tiltrekke flere menn, må det bli tydelig at sykepleie ikke kun handler om omsorg og varsom pleie, men også utfordringer og høy intensitet.



Marit S. Severinsen, leder i Jordmorforbundet NSF

Jeg lurer på hva som da blir motivasjonen for å begynne på studiet, er det hvilket kjønn man er etter hvilken motivasjon og kunnskap man har? Jeg vet ikke helt om kjønns-poeng er løsningen. Jeg tror andre faktorer er viktigere, som fagutvikling og lønn.



Eva Sommerseth, førsteamanuensis ved jordmorutdanningen i Vestfold

Det tviler jeg på. Det har vel vist seg at kjønns-poeng ikke er noe godt virkemiddel. Det er andre ting som må til, som konkurransedyktig lønn og faglig stimulerende miljø. Men det er et paradoks at mange mannlige leger velger barn og fødselshjelp, mens få mannlige sykepleiere gjør det samme.



Marit Heiberg, leder i Den norske jordmorforening

Nei. Jeg tror årsaken til at få menn søker jordmorutdanning handler om noe annet enn at de mangler poeng. Jeg tror det handler mer om at de kommer inn i et kvinnemiljø. Jeg synes det er veldig positivt at menn søker seg til yrket, og har mer tro på å vise fram gode rollemodeller.



Eli Gunhild By, leder i Norsk Sykepleierforbund

Får vi flere menn inn i sykepleieryrket, tror jeg det også vil ha betydning for antall menn på føde, barsel og nyfødt. Det at vi har fått noen som kan være gode rollemodeller vil ha betydning for at andre følger i deres fotspor.



er ute

Les mer om:

34 Legevakten i Bergen ›

38 Kamp for kilo i Levanger ›

42 Festivalpleierne på Notodden ›

Foto: Colourbox



ENGELSK torpedovold

Med finanskrise følger også en økning i torpedorvirkosomheten, når bakgatenes lånehaier skal innkreve pengene sine. I Storbritannia har trusler og vold fra ulovlige pengeutlånerne blitt et så stort problem at sykepleiere ved akuttavdelingen på Queen Elisabeth Hospital i Birmingham kurses i hvordan de skal gjenkjenne pasienter som har blitt fysisk angrepet fordi de har finansielle problemer og ikke klarer å betale lånet tilbake. Helsepersonellet lærer også hvilke spørsmål de skal stille pasienten og hvor de kan henvise vedkommende videre. I Storbritannia er det anslått at 310 000 husstander har lånt penger på den ulovlige måten, med ekstra høye renter, opptil 131 000 prosent i året.

Kilde: Nursing Standard



Foto: Colourbox

Frykter etnisk diskriminering i **BRITISK** nedskjæring

Royal College of Nursing's kampanje «Frontline First» har avslørt at 62 000 stillinger i den offentlige britiske helsetjenesten, National Health Service, er i risikosonen eller har forsvunnet de siste to årene. Nå har fagforeningene Unite og Unison bedt om at den såkalte «tenketanken» Runnymede Trust sammenligner antall ansatte fra etniske minoriteter i offentlig sektor fra 2010 med 2012. De frykter at et større antall mennesker med etnisk minoritetsbakgrunn mister jobben sammenlignet med resten av befolkningen, når offentlige tjenester nå skal gjennom harde nedskjæringer. Unison avslørte gjennom en lokal undersøkelse at arbeidsstaben i en kommune bestod av 5 prosent svarte kvinner, men at de utgjorde så mye som 23 prosent av dem som måtte gå etter nedskjæringer.

Kilde: Nursing Standard



Foto: Iris Images/NTBscanpix

Ny app til **DANSKE** foreldre

I Danmark har nybakte foreldre fått en app som kan lastes ned på mobilen. Den sørger for at de husker når det er tid for helsekontroller, vaksinasjoner eller nye vitamintilskudd. Appen viser også vei til nærmeste ammested, stillerom og lekeplasser, samtidig som den finner svar på en rekke spørsmål de nybakte foreldrene måtte ha.

Helsesøsterlederen, Susanne Hede i Fagligt Selskab for Sundhetsplejersker, anbefaler den nye appen på nyhetssidene til Dansk Sygeplejeråd.

– Det finnes mange tvilsomme baby-apper på markedet, men denne bygger på Sundhedsstyrelsens anbefalinger og er seriøs, sier hun.

«Up you pop, sweetie darling» er fy i **UK**

Foto: Colourbox



Sykepleiere i Storbritannia får ikke lenger lov å være familiær i tonen når de snakker til eldre pasienter. Tidligere i år kom retningslinjer fra blant annet NHS Confederation som sa at eldre pasienter ikke skal kalles «dear» av de ansatte ved sykehus eller i den kommunale pleie og omsorgstjenesten. Det er

nedverdiggende, sier ekspertene bak retningslinjene.

Nylig ble dette påpekt av et tilsyn ved Dilke geriatriske sykehus i Gloucestershire. Sykepleierne der ble kritisert for å være over-familiære når de snakker til pasientene, og ble anklaget for ikke å respektere pasientene ved å bruke ord som «sweetie» og «darling». Heller ikke «up you pop», som sykepleierne sa når de skulle få en pasient opp av senga, ble funnet respektabelt, skriver Daily Mail.

I kommentarfeltet under nettartikkelen raser debatten blant dem som forsvare de nye retningslinjene og dem som mener at slike ord virker menneskelige og hyggelige.

AMERIKANSKE sykepleiere tilbake på skolebenken

Foto: Stig Weston



Stadig flere sykehus i USA krever at sykepleierne de ansetter har minst en bachelorgrad. Dette har ført til en bølge av studenter til høyskolene som tilbyr fireårige utdanningsløp. Spesielt populære er de mer enn 600 skolene som har åpnet såkalte «RN to BSN»-programmer, altså utdanninger spesielt for dem som allerede er «registered nurse», men som vil oppgradere

til en bachelorgrad. Mange av utdanningene er online-kurs, og til sammen starter årlig rundt 90 000 sykepleiere en slik utdanning nå, sammenlignet med 30 000 for ti år siden.

Nå øker etterspørselen etter bedre utdannede sykepleiere også i primærhelsetjenesten, og ifølge Geraldine Bednash, direktøren ved American Association of Colleges of Nursing, må skolene avvise flere kvalifiserte studenter hvert år fordi de ikke har nok kvalifiserte lærere til bachelorprogrammene.

En av grunnene til at sykehusene ønsker seg bachelor-sykepleiere er den ettertraktede Magnet-sertifiseringen administrert av American Nurses association, hvor et av kriteriene er sykepleierens utdanningsnivå. I dag er det rundt 400 sykehus i USA som er såkalte magnetsykehus.

Kilde: New York Times



Foto: Picture Art/NTBscanpix

SVENSKE sykepleiere blir gamle

Statistisk sentralbyrå i Sverige har regnet ut at sykepleiere og flyvertinner er de yrkene hvor du har størst sjanse til å bli minst 80 år. Truckførerne ligger dårligst an til å nå høy alder. Bare annenhver svenske truckfører opplever å bli 80 år.

Kilde: Du & jobbet

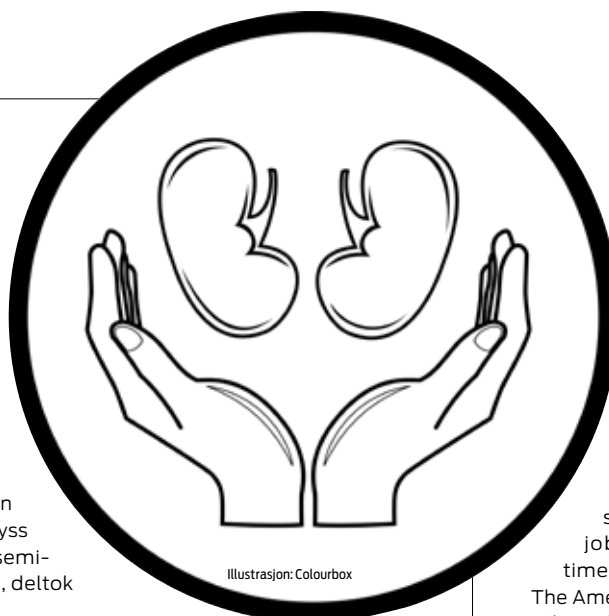
NORGE deler nyre-donasjonserfaring

EUs helseministre møttes på Kypros i juli, hvor de diskuterte utfordringer med grensekryssende helsetrusler, og hvordan man kan møte et økende behov for kvalifisert helsepersonell.

De snakket også om muligheter og utfordringer knyttet til organdonasjon og transplantasjoner, og hvordan man kan samarbeide om dette på kryss av landegrenser. Også Norges helseministre, Anne-Grete Strøm-Erichsen, deltok på møtet.

– Norge er blant de aller beste i Europa på bruk av nyrer fra både levende og døde donorer. Vi ønsker å dele våre erfaringer for å øke kunnskapen og bevisstheten om organdonasjon i europeiske land, sa hun i forkant av møtet.

Kilde: europaportal.no



Illustrasjon: Colourbox

Belastnings-skader gir dårligere pasientpleie i USA

I USA er det vanlig at sykepleiere på sykehus jobber tre eller flere 12-timers vakter i uka. Studier i The American Journal of Nursing og Clinical Nurse Specialist viser at når arbeidsbelastningen går ut over sykepleiernes helse, lider også pasientene. I North Carolina viste svarene fra over 1000 sykepleiere at nesten 20 prosent hadde symptomer på depresjon. Det er dobbelt så høyt som for resten av befolkningen. Tre av fire hadde opplevd fysisk smerte i muskler eller skjelett på jobb.

Når forskerne så på kvaliteten av sykepleiernes arbeid, viste det seg at risikoen for pasientfall eller feil i legemiddelhåndteringen økte signifikant – omtrent 20 prosent – jo mer smerter eller symptomer på depresjon sykepleierne hadde.



Foto: Colourbox

SKOTSKE sykepleier-studenter mediterer

I august starter et fireukers treningsprogram i mindfulness for sykepleierstudenter ved University of Sterling i Skottland. Universitetet vil studere hvor effektivt det er å trene studentene i mindfulness for å redusere stressnivået. Studentene vil få guidete meditasjonstimer og må føre en journal over sine erfaringer. De må gjennomgå en stresstest før og etter det fireukers lange kurset, for å se om mindfulness-treningen har påvirket deres evne til å takle stress.

Kilde: Mindful.org



Foto: Colourbox

Riskhospitalet



PAY BACK TIME En amerikansk sykepleier sitter ved senga til et irakisk barn i byen Fallujah, vest for Bagdad. Barnet er alvorlig syk og skal snart få en hjertekatheterisering. Da amerikanske tropper i 2004 gjennomførte en større offensiv i Fallujah, ble store deler av byen ødelagt. Åtte år senere har sykehuset henvendt seg til amerikanske leger og sykepleiere for at de skal behandle barn med hjerte-problemer. Innbyggerne i Fallujah mener helseproblemene hos barna skyldes nedfall fra våpen brukt i kampene den gang. Foto: Azhar Shallal, AFP/Scanpix





Sykepleiere på legevakt har fått sin egen videreutdanning.

– Må takle stress



Legevaktsykepleie

- › Haraldsplass diakonale høgskole startet landets første videreutdanning høsten 2011.
- › Deltidsstudie over to år.
- › Gir 60 studiepoeng.
- › Ukesamlinger tre ganger hvert halvår.
- › Tre ukers praksis, der sykepleierne kan spesialisere seg, for eksempel i sår, brannskader, barn og smerte, rus, psykiatri.
- › www.bergendsh.no

Dette rommet er for folk i akutte livskriser. Samlivsbrudd, for eksempel.

Marta Mjeldheim viser og forteller på vei inn på Bergen legevakt. Hun har tatt imot ved ambulanseinngangen. Fagutviklingssykepleieren liker å være nær der det skjer.

– Eget fysioterapeutrom har vi også. Det er det ikke alle legevakter som har.

Laget ny utdanning

Mjeldheims mål er å skape dyktige legevaktsykepleiere. Det har hun klart – i hvert fall fikk hun i 2007 legevaktprisen for programmet for kliniske spesialister som hun bygget opp. Det ble godkjent av Sykepleierforbundet i 2006.

– Ti av våre sykepleiere er blitt kliniske spesialister, og de er blitt lønnet som spesialsykepleiere.

Hun ble kontaktet av Haraldsplass diakonale høgskole, som ville starte en nasjonal videreutdanning for sykepleiere i legevakt. Mjeldheim ble ansatt som lektor i 20 prosent stilling og er fagkoordinator for legevaktutdanningen.

Første gruppe startet høsten 2011. Det var 74 søkere til 28 plasser.

Mjeldheim er godt fornøyd med å få utdanningen inn i høyskolen, forteller hun i en stille krok utenfor kontoret sitt.

– Hva er legevaktsykepleie?

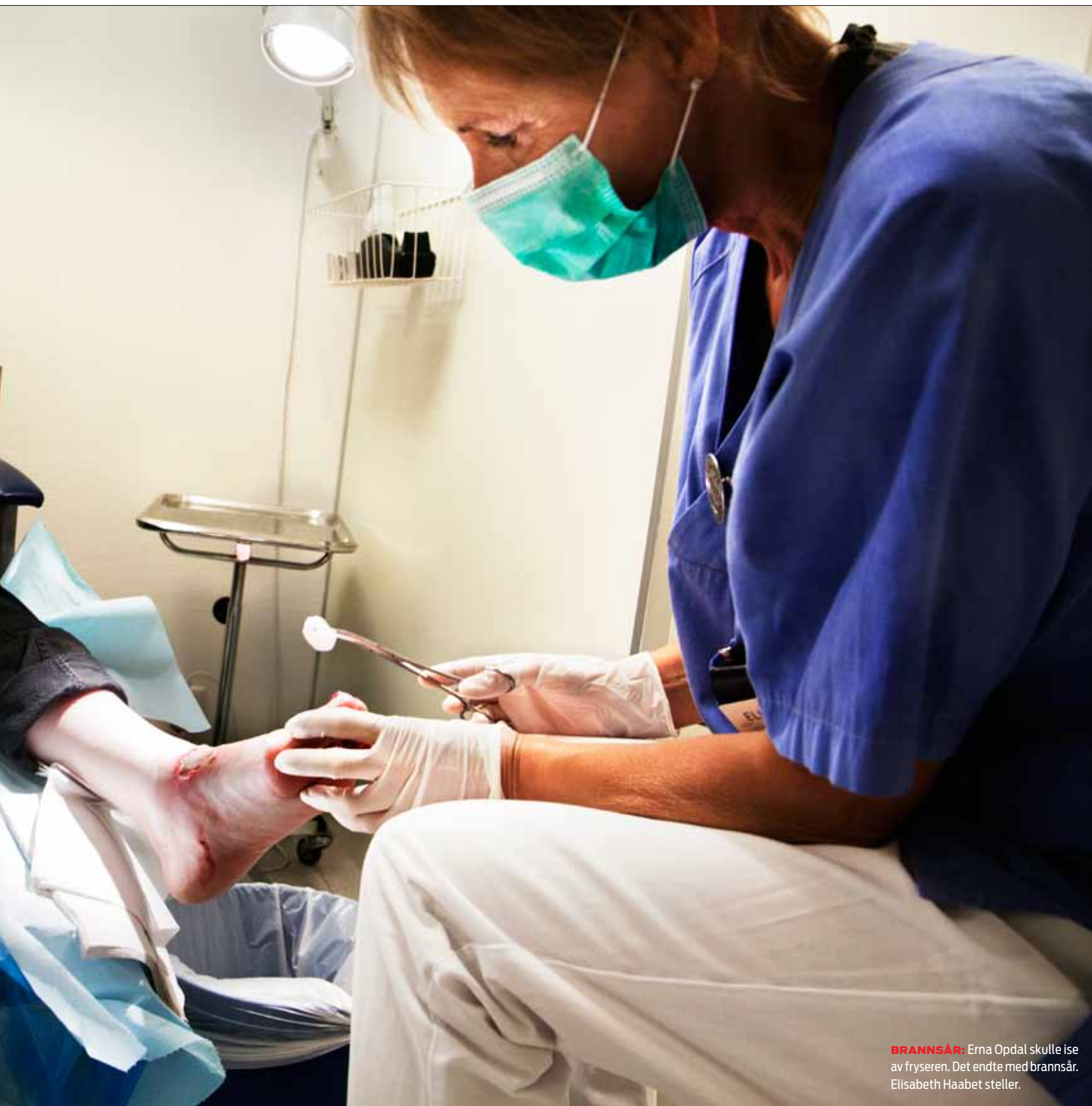
– Sykepleierne her må ha bred kunnskap så de kan møte mennesker med akutt sykdom slik at de får riktig hjelp til riktig tid. De valgene sykepleierne tar i korte øyeblikk, er avgjørende for pasientene, som personalet ofte vet lite om på forhånd.

Årvåken på telefon

Sykepleierne, den største gruppen på legevakten, er de som møter pasientene først. Sykepleierne må takle stress. De vurderer, triagerer, observerer og gir råd på telefon.

– De samhandler med legen og assisterer under undersøkelser. Sykepleierne ser helheten, de tenker på hjemreise og pårørende, som også trenger omsorg.

Hele fagfeltet skal de ha oversikt over.



BRANNSÅR: Erna Opdal skulle ise av fryseren. Det endte med brannså. Elisabeth Haabet steller.

Alt fra sår og skader, til psykiatri, rus og overgrep.

– Og kommunisere godt. Pasientene klarer ikke alltid å sette ord på problemet. Noen kan ringe og spørre om det er lang ventetid, mens de egentlig trenger akutt hjelp. Man må være årvåken på telefonen.

Økt press på legevakten

Statistikken viser at særlig søndager og

«25 prosent av henvendelsene avsluttes etter råd fra sykepleierne.» Marta Mjeldheim

mandager er travle. I helger, høytider og ferier er det ekstra trøkk fordi andre steder er stengt. Bergen er full av turister og studenter. Mange oppholder seg midlertidig i byen – uten fastlege.

– Av alle henvendelser avsluttes 25

prosent etter råd fra sykepleierne alene. Så de må ha solide kunnskaper.

Legevakten bidrar til utdanningen med forelesere og praksisplasser. Selv underviser Mjeldheim i pedagogikk, hygiene og triage.





SJEKK: Overlege Finn Hybert og sykepleier Birgitte Janssen skal finne ut hvorfor Gunnar Sundin ble svimmel.



PRAKTISK LEKTOR: Marta Mjeldheim må kjenne det praktiske arbeidet i hendene for å trives.

Samhandlingsreformen betyr økt press på legevaktene.

– Mange har derfor opprettet observasjonsposter, som avlaster sykehusene. Her har vi 15 plasser, likt fordelt på rus og somatikk. Pasientene kan være her i to døgn.

Det kan være pasienter med beinbrudd, noen trenger væskebehandling eller skal begynne med antibiotikabehandling.

– Bra å rullere

Mjeldheim synes det er en stor fordel at sykepleierne rullerer.

– Det er viktig at de har bredden, og det gir større variasjon i arbeidet for den enkelte. De fleste som får fast stilling, blir værende her i 20-30 år..

Det er Mjeldheims oppgave å oppdatere prosedyrene, som skal dekke alt.

– Prosedyrene skal være et godt arbeidsredskap som gir sykepleierne trygghet. Hvis en pasient klager, må vi se om prosedyrene er gode nok.

Spesielt innskrivning og prioritering kan skape diskusjoner med pasientene.

«Sykepleierne må stå stødig i sine valg.» Marta Mjeldheim

– Da må sykepleierne kunne stå stødig i sine valg.

Til triagering har de brukt Norsk indeks for medisinsk nødhjelp, men er nå i ferd med å gå over til Manchester-modellen, som er symptombasert.

– Den er godt tilpasset legevakt og har fem triagegrupper, i stedet for tre.

Ruspasientene blir stadig flere.

– Mange blander rusmidler, men vet ofte ikke selv hva de har blandet. De har kjøpt en neve tabletter og drukket ved siden av.

Når pasientene kommer her, er de sjelden forberedt.

– Mange er veldig utrygge. Særlig

eldre prøver å underdrive, de vil ikke være syk.

Mjeldheim tar selv vakter, spesielt i høytider og om sommeren.

– Jeg er jevnlig i alle funksjoner. Jeg må kjenne det praktiske arbeidet i hendene.

– Hva liker du best?

– Triagering i mottak og å være på legevakt-sentralen. Men det er også givende i avdelingen. Jeg trives så godt i praksisfeltet at jeg ikke kan gå bort fra det.

Hun er opptatt av at sykepleiere har et eget fag, de skal ikke være minileger.

– Det er ikke en oppgave for sykepleiere å diagnostisere. Å tolke blodprøver er en legeoppgave, mener jeg.

Brent fot

Inne på såravdelingen sitter Elisabeth Haabet, som er klinisk spesialist, og stiller brannskår. Da Erna Opdal aviste frysen, fikk hun kokende vann på venstre fot. Dette skjedde mandag, i dag er det fredag.

– Jeg tenkte først at det ville gå bra, forteller Opdal.

– Annengradsforbrenning, konstaterer Haabet.

– Hun burde vært her samme dag, da ville det leget fint. Nå vil det ta lengre tid. Jeg kjenner at det er varmt.

Legen må velge ut hvilken type bandasje hun skal ha. Opdal får neppe på seg finskoene igjen når hun er ferdig bandasjert.

Haabet går til neste pasient. Jens Jonatan Teigland (14) har ventet halvannen time. Han landet i grus i stedet for på trampolinen. Mens han ennå var i luften, tenkte han at nå går skulderen ut av ledd. Heldigvis ble det bare kutt i kneet.

– Litt ekkelt, men ikke så veldig vondt, sier han.

Når Haabet åpner kuttet for å se etter grusrester, grøsser 14-åringen av synet.

Ambulanse – for sikkerhets skyld

Inne på legevaktsentralen sitter to kliniske spesialister til.

– Konstanse har vært på trygghetsalarmen, sier Audhild Listou Grimen til hjemmesykepleien på telefonen.

Britt Berg-Hansen har nettopp beordret ambulanse for en 11-åring. Også hun landet utenfor trampolinen og fikk vondt i nakken.

– Hun hadde smerte 7, på en skala fra 1 til 10. Best å unngå at foreldrene tar henne med i bil, de kan løfte feil, sier Berg-Hansen.

Hun hadde en annen på tråden som sa «hjelp, jeg holder på å besvime».

– Sendte du ambulanse?

– Nei, hun ville ikke, hun ville bare ha hjelp. Jeg snakket med hjemmesykepleieren, som tok det rolig.

– Det viser hvor viktig det er å ha gode samarbeidspartnere, kommenterer Mjeldheim.

Mange ringer direkte her til sentralen, også når de er i utlandet.

Liker det akutte

På observasjonsposten er sykepleier Vegard Ims i sving. Han liker å jobbe akutt og å kunne følge opp ruspasientene.

– Som kommer igjen og igjen?

– Ja, så vi må passe på at det ikke blir et hospits av det.

På medisinsk avdeling er overlege Finn Hybert i ferd med å undersøke en blid pasient.

– Du er litt av en skøyer, sier Hybert til Gunnar Sundin (78).

– Det er du og, det, sier pasienten til legen.

Sundin kom hit fordi han ble svimmel og beina sviktet. Men humøret er bra. Nå skal han sjekkes videre.

På venterommet har køen vokst. En ung, ventende dame i flagrende kjole underholder med en trefløyte.

– Til oss kommer alle slags folk, sier Mjeldheim. ■■■

Tekst og foto **Marit Fonn**

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



EN SLUTT KAN BLI EN BEGYNNELSE



Når ditt liv en gang er over; hvilken arv er vel bedre enn å kunne gi barn en god start på sitt?

En testamentarisk gave til Redd Barna, er å gi barn over hele verden en reell mulighet til et bedre liv. Pengene du gir brukes til utdanning, helsearbeid og hjelp til krigs- og katastroferammede barn. Størrelsen velger du naturligvis selv, men stort eller lite: Din gave kan bli en begynnelse på et bedre liv for svært mange barn.

For mer informasjon og gratis juridisk hjelp, kontakt oss på 22 99 09 00, eller les mer på www.reddbarna.no/testamentarisk



Redd Barna
Testamentariske gaver

Sykepleierne i Levanger jobber hardt for nye rutiner mot underernæring.

Kampen for kiloene

80 prosent brudd i kommunene

I kommunehelsetjenesten står det dårlig til med forebyggingen og behandlingen av underernæring, viser 41 tilsyn som Statens helsetilsyn utførte i 2010 og 2011. Det ble påvist brudd på aktuelle lovkrav i 80 prosent av tilsynene, og de nasjonale faglige retningslinjene var dårlig kjent.

Undersøkelser har også vist høy forekomst av underernæring eller fare for underernæring blant eldre i sykehjem og andre institusjoner. I noen sykehjem gjelder det mer enn halvparten.

Kilde: Marianne Noodt, fagsjef, Statens helsetilsyn

Svanhild Johanna Ringfoss står rak i ryggen på vekta på rommet hun deler med en annen pasient på Medisinsk klinikk ved Sykehuset Levanger. Her er målet at alle innlagte pasienter over 70 år og/eller med kronisk sykdom veies og vurderes for ernæringsmessig risiko.

– De er fornøyd med 68 kilo, sier hun og smiler.

Dermed trenger 91-åringen bare å veie seg én gang under oppholdet. Samtidig noterer spesialsykepleier Inger-Lise Bangstad i papirene sine. Hun fyller ut diverse punkter i screeningsverktøyet Nutritional Risk Score 2002, som er anbefalt for spesialisthelsetjenesten fordi det tar hensyn til at ulike sykdommer gir ulik metabolisme. Etter å ha skrevet notatene inn elektronisk i pasientjour-

nalen, får ekstra appetittvekkende måltider. Underernæring krever kostregistrering, mellommåltid og beriking av mat, for eksempel i form av næringsdrikker. Noen trenger kanskje sondeernæring eller intravenøs næring.

30 prosent er underernært

Underernæring er ingen spøk. Det øker risikoen for fall og komplikasjoner, reduserer motstand mot infeksjoner, forverrer fysisk og mental funksjon, gir redusert livskvalitet, forsinket rekonvalesensen og gir økt dødelighet. Tallene tyder på at rundt 30 prosent av innlagte pasienter i spesialisthelsetjenesten er underernært, men ytterst få av dem oppdages.

I juni 2009 kom det derfor nye nasjonale retningslinjer som sa at alle pa-

BMI på 14: «i normalt hold»

Resultatene fra enkelttilsynene er imidlertid tilgjengelige. Ved Universitetssykehuset i Nord-Norge, for eksempel, fant Helsetilsynet nesten 100 prosent forsømmelse på dokumentasjon som skal ivareta forebygging og behandling av underernærte pasienter. Og i Helse Midt-Norge var pasientenes ernærings situasjon i liten grad vurdert. Slik beskrives det i oppsummeringen fra tilsynene i Helse Midt-Norge:

«Høyde og vekt var dokumentert i noen av de gjennomgåtte journalene, i hovedsak da i anestesijournalene. Pasienter ble i noen journaler beskrevet som avmagret uten at det var dokumentert tiltak for å bedre situasjonen eller gitt melding om behov for oppfølging ved utskrivelse. Vi så også pasienter som ble beskrevet som «i normalt hold» eller «utseende svarende til alder» hvor vi på bakgrunn av høyde og vekt kunne regne ut BMI til mellom 14 og 18. Ernærings situasjon var ikke beskrevet i epikrisen fra lege og i svært liten grad i sykepleiesammenfatninger».

«Hvis en som er over 70 år eller kronisk syk, går ned i vekt, er det vanskelig å få igjen kiloene.»

Lise Tuset Gustad

halen, viser verktøyet at Ringfoss ikke har noen risiko for underernæring.

Hadde hun veid for lite og opplysningene i screeningen hadde pekt på risiko, måtte hun blitt evaluert tre ganger i uka under oppholdet, samtidig som sykepleierne hadde igangsatt tiltak. Kols-pasienter trenger for eksempel hyppigere måltider fordi de blir fortere mette og bruker mye energi på å puste. Nyresvikt tilsier fosfatreduert kost, og kreftpasienter med nedsatt matlyst må

sienter i spesialisthelsetjenesten skal vurderes for ernæringsmessig risiko ved innleggelse og deretter ukentlig. Det vil si at de skal veies og screenes. Det er det få sykehus som gjør, viser de foreløpige tallene fra Statens helsetilsyn, som har sett på temaet i forbindelse med tilsyn med behandling av skrøpelige eldre pasienter med hoftebrudd i 2011. Men resultatene er ikke oppsummert, og Helsetilsynet vil derfor ikke slå fast i hvor stor grad retningslinjene følges.

Alle veies, flertallet screenes

Men det finnes unntak fra denne forstemmende statistikken, blant annet ved Medisinsk klinikk ved Sykehuset Levanger. Her har sykepleierne tatt skjeen i egen hånd. Et prosjekt om ernæringsutfordringer hos pasienter med kols (publisert i Sykepleien Forskning 2, 2011) vekket interessen for temaet. Da de nye retningslinjene kom, vedtok klinikken nye prosedyrer i november samme år. Nå veies





RISIKOFRI: Her blir Svanhild Johanna Ringfoss veid og screenet av Inger-Lise Bangstad. Hun veier nok og har ingen risiko for å utvikle underernæring.



VIL LAGE KVALITETSINDIKATOR: Ingen av helseforetakenes kvalitetskrav går direkte på sykepleiefaglige indikatorer. Ernæringscreening kan derfor bli den første, håper fra venstre Lise Tuset Gustad, Inger-Lise Bangstad og Hilde Fossland.

så godt som alle pasienter over 70 år og/eller med kronisk sykdom ved innkomst eller morgenen etter, og nesten 60 prosent screenes.

– Suksesskriteriet er dedikerte sykepleiere, et planmessig arbeid for undervisning, at fagutviklingssykepleierne på alle sengepostene har hatt oversikten og at det er ledelsesforankret hos ledere som har beholdt trykket, sier Hilde Fossland, leder for sykepleietjenesten ved Medisinsk klinikk.

Kreftsykepleier Inger-Lise Bangstad opplever at når de nye prosedyrene er

– Jammen dere har jo det?

– Det viser bare hvor vanskelig det er å implementere ny praksis. Det holder ikke å lage prosedyrene og ha de riktige verktøyene og si at folk skal gjøre det, sier hun.

– Fagutviklingssykepleierne må minne om det hele tiden. Mer snakking og mer undervisning må til når målingene viser at prosedyrene ikke følges, sier Fossland.

Sengepostene på klinikken har utviklet ulike rutiner for hvordan de skal huske å screene. På et av vaktrommene ses en tavle med pasientenes navn. En rød magnetbrikke ved siden av navnet indikerer at pasienten er screenet. Her er det tett med brikker og vi skjønner at det kanskje vanker en fruktkurv der i nærmeste fremtid.

– Hvilke resultater for pasientene har dere fått?

– Det finnes så mye internasjonal litteratur som viser at pasientene har nytte av ikke å gå ned i vekt, at vi tenkte vi ikke trenger å repetere det. Vi trenger bare å gjøre noe med problemet, sier Gustad.

Vil samarbeide med kommunen

Innvendingen fra noen ansatte har vært at pasientene er der så kort, gjennomsnittlig liggetid er bare 3,7 dager, så hvordan skal de klare å forbedre pasientens ernæringsstilstand på den korte tiden?

– Litteraturen viser at hvis en som er over 70 år eller kronisk syk, går ned i vekt, er det vanskelig å få igjen kiloene. Med vår innsats kan kanskje pasientene

slippe å gå ned i vekt, samtidig som vi kan oppdage et problem som kommunene kan ta tak i når pasienten blir skrevet ut, sier Gustad.

– Dessverre er det ingen elektronisk kommunikasjon mellom oss og kommunene på sykepleiedokumentasjon foreløpig, men det er satt i gang et prosjekt som skal få samkjørt de elektroniske systemene, forteller Fossland.

Vil lage ny kvalitetsindikator

Et annet prosjekt som så vidt er satt i gang er Levanger-sykepleiernes forslag om at ernæringscreening kan inngå som en kvalitetsindikator i Helse Nord-Trøndelags styringskort.

– De indikatorene som er på helseforetaksnivå i dag, går stort sett på økonomiske parametre, som for eksempel DRG-inntjening og utskrivinger før klokken 13. Å se på hvor stor andel som screenes for ernæringsrisiko vil bli den første kvalitetsindikatoren som sier noe om kvaliteten på sykepleien, sier Fossland.

Sykepleierne har vært i dialog med Helse Nord-Trøndelag om dette og har fått positive tilbakemeldinger. Arbeidet mot en indikator fortsetter derfor til høsten.

– Vi ønsker å støtte arbeidet som pågår for både å sikre pasientene riktig ernæring under oppholdet, men også bidra til å sikre god ernæringsstatus og plan for oppfølging av ernæring ved utskriving. Ernæringscreening og arbeid med dette, hjelper oss til å knytte medisinsk behandling og utredning til pasientens hverdag og funksjon på en veldig fin måte. Det gir rom for dialog, informasjonsutveksling og med det bedre dokumentasjon og samarbeid, sier fagsjef i Helse Nord-Trøndelag, Paul Georg Skogen.

Også Norsk Sykepleierforbund (NSF) støtter levangersykepleierne i dette arbeidet.

– Kanskje kan NSF samle det som er gjort i Norge på ernæring og sørge for at vi kan opprette et nettverk for erfaringsutveksling. Ønsket er at vårt arbeid kan bidra til å utvikle nasjonale kvalitetsindikatorer på ernæring, sier Fossland.

Foreløpig kan sykepleierne ved Medisinsk klinikk notere seg en aldri så liten smitteeffekt av prosjektet. Kirurgisk avdeling har begynt å snuse på ernæringscreening og vil være med å utvikle dette som en kvalitetsindikator. ■■■

«Mer snakking og mer undervisning må til.»

Lise Tuset Gustad

innarbeidet i rutinen, tar det ikke mye ekstra tid. De må jo skrive pasientjournal likevel, og ernæringsiltak ble gjort tidligere også, selv om de gjør det hyppigere og på et mer dokumentert grunnlag nå.

Fruktkurv i premie

For å få det til i praksis har de også lagt til et element av konkurranse mellom sengepostene.

– De som gjør det best på screeningprevalensen får en fruktkurv i premie, forteller Fossland.

– Men fremdeles er det bare noen og femti prosent som screenes. Hvorfor er det så vanskelig å ta alle?

– Mangel på fokus, tror stipendiat Lise Tuset Gustad, som har vært involvert siden starten.

Tekst og foto **Eivor Hofstad**

Snubling i teltsnor, dehydrering, skrubbsår og solstikk.
Sykepleierne på Notodden hjelper til – helt frivillig.

Festivalpleierne →



DELTAR MED GLEDE

I beredskapsteltet til Notodden Røde Kors Hjelpekorps sitter sykepleier og ambulansearbeider Anita Hagen. Hun og 20 kolleger har ansvaret for akutt førstehjelp til 40 000 deltakere på Notodden Blues Festival.



UTE AV OPERASJONSSTUA: Området foran hovedscenen tettes til før hovedattraksjonen ZZ Top entrer scenen. Med 10 000 publikummere har Bjørn-Inge Anundskås, som til daglig jobber som anestesisykepleier, og hans kolleger en viktig funksjon.

Typiske festivalskader:

- › Småskader, gnagsår og kutt.
- › Dehydrering og solbrenthet.
- › Skader i forhold til alkoholinntak.

Kilde: rodekors.no

En mann ligger inne i campingvogna på festivalcampen og klager over vondt i magen. Ved siden av sitter Tora Ødegaarden og sjekker puls og blodtrykk med rutinerne bevegelser. Hun er frivillig sykepleier på Notodden Blues Festival.

Tora Ødegaarden er en av åtte sykepleiere i Røde Kors Hjelpekors' team på rundt 20. Omkring dem vandrer 40 000 festivalgjengere til og fra konserter. Denne fredagskvelden skal 10

000 av dem se heltene i ZZ Top spille. Mange har gledet seg – og drukket – i mange timer. Det lukter mildt av vått gress, innrøkte skinnjakker og øl. Et blikk utover mengden forteller at det kan bli nok å henge fingrene i.

– Heldige

I løpet av sommermånedene er det mange festivaler i Norge. De store festivalene kan ikke arrangeres uten at det finnes et tilbud om førstehjelp. På Notodden er festivalgjengerne heldige: En stor andel av de frivillige jobber til daglig som helsepersonell i byen, enten på Legevakta, i ambulansetjenesten eller ved andre avdelinger på sykehuset. Ikke alle store festivaler kan skilte med det samme.

For det lokale hjelpekorps er det en selvfølge å stille opp om byens absolutt største fest.

– Vi vet vi er heldige, og det er kommunen og deltakerne på festivalen også. Hit kommer frivillige sykepleiere direkte fra jobb på Legevakta, forteller hjelpekorpsleder Anita Hagen. Selv er hun både ambulansearbeider og sykepleier.

– Ikke fri fra loven

Tora Ødegaarden er en av de som gjerne bruker fritiden på å passe på

festivalgjengere. Hun har over 30 års erfaring som sykepleier. Til daglig jobber hun på Legevakta på sykehuset i Notodden. Tidligere har hun vært ute på internasjonale oppdrag i regi av Sivilforsvaret.

Tsunami og andre store katastrofer gjør at hun er vant til høyt tempo og improvisasjon. Når hun er på førstehjelpsvakt som hjelpekorpsarbeider, er utgangspunktet å tilby førstehjelp og eventuelt livreddende førstehjelp om nødvendig. Det vil si plastring av småskader og kanskje stabilisering inntil ambulanse kommer. Ødegaarden har imidlertid med seg en velutstyrt koffert som gjør henne forberedt på det meste.

– Sykepleieren i meg er alltid med. Man har aldri fri fra helsepersonelloven, som sier at man skal gjøre det man kan for å redde liv og helse, sier hun.

Må si nei i Sverige

Journalføring for helsepersonell som jobber som frivillig i for eksempel Røde Kors Hjelpekorps, har nylig vært et tema i Sverige. Svenske Sosialstyrelsen slår ifølge svenske Dagens Medicin fast at offentlig godkjent helsepersonell har journalplikt.



BLIR OPPSØKT: En bekymret festivalgjenger vil ha hjelp til en kamerat med magesmerter. Sykepleier Tora Ødegaarden lytter.



MANGE OPPGAVER: Hjelpekorpsset blir utkalt for å dekke til et skilt som har skapt stor forvirring blant de 40 000 festivaldeltakerne. Nå skal de ledes riktig vei.

Dette har ført til at Svenske Röda Korset må si nei til at offentlig godkjent helsepersonell skal få gi førstehjelp på sanitetsvakter. Journalføring vil bli et for stort arbeid for organisasjonen. I Norge har ikke dette vært opp til diskusjon, og ifølge norske Dagens Medisin sier avdelingsleder Lars Atle Skorpen i Røde Kors' avdeling for beredskap og hjelpekorps at dette aldri har blitt oppfattet som

dig. Men for våre statistikker er det nødvendig informasjon, sier hun.

– Sosialt

Folk begynner å stimle sammen på veien fra festivalcampen til stor-konserten på brygga. Helt oppe ved scenen står anestesisykepleier Bjørn-Inge Anundskås i refleksvest med et stort rødt kors. Til daglig står han på operasjonsstua på Notodden sykehus.

«Sykepleieren i meg er alltid med.»

Tora Ødegaarden

en problemstilling i Norge.

Hjelpekorpsleder Anita Hagen forteller at de på Notodden ikke fører journal, men at de har et skadestatistikkskjema. Der blir det kort beskrevet når og hvilken type hjelp som er blitt gitt. Navn og fødselsdato noteres ikke.

– Men vi vet jo at det er til hjelp for de som står på andre siden dersom en person må sendes til for eksempel Legevakta. Derfor spør vi om og rapporterer navn og fødselsnummer videre der det er nødven-

Dette er en kjærkommen avveksling, og han gjør det frivillig og med glede.

– Hjelpekorpsset gir en annen type erfaring enn det jeg får som anestesisykepleier. Dessuten er det sosialt, og det er også en bonus å få være med på konserter og andre arrangementer, sier han.

I løpet av den halvannen timen de skjeggete rockerne fra Texas står på scenen, blir to personer sendt til Legevakta og to personer blir hentet av ambulanse. En beruset mann faller og slår hodet, men nekter å ta turen

til Legevakta for ytterligere sjekk, slik han blir anbefalt.

Mangfoldig

Tilbake i beredskapsteltet går Ødegaarden gjennom skadelisten så langt. – Det er mye snubleskader. I går fikk vi inn en mann som hadde snublet i en teltsnor og vrikket ankelen.

Henvendelsene kommer kontinuerlig helt frem til klokken ett. Etter hvert kommer resultater av en lang dag med mye alkohol: Overstadig beruselse og skader etter slåsskamp.

En mann i festivalantrekk kommer inn i teltet og går rett mot Ødegaarden. Han er bekymret for en kamerat med magedvondt. Tora Ødegaarden følger etter bort til en campingvogn. Etter en samtale og en undersøkelse, får han råd om å prøve om litt Nyco kan lette på plagene.

Siden hun kom på festival denne morgenen har hun blant annet dratt fram en mann fra et sammensunket telt slik at han fikk oksygen, fjernet tre sting, målt blodsukker og dekket til et skilt – med god hjelp av sykepleiersaksa. Festivalpleieren har mangfoldige arbeidsoppgaver. ■■■

Tekst og foto **Ann-Kristin Bloch Helmers**

Fakta:

- › Notodden Blues Festival:
- › Årlig musikkfestival som feirer 25-årsjubileum i år.
- › Samler om lag 40 000 festivalgjengere.
- › Notodden har 12 000 innbyggere.



ZZ TOP: Bjørn-Inge Anundskås får også litt tid til musikk.





SOMMERPASIENTENE: Sykepleier Kristine Kirknes gjør seg klar til å stelle en over 90 år gammel bruker og feriegjest på en øy ytterst på Hvaler. Se hele historien på Sykepleien TV - på www.sykepleien.no/tema.

Tekst og foto
Ann-Kristin Bloch Helmers



Scan denne
QR-koden,
og se filmen!

Haukeland mangler snart 11 årsverk i operasjonssykepleie.

Vil ikke lokke med penger

Flere operasjoner, for få nyutdannede og en økning i operasjonssykepleiere som slutter, har gjort at Haukeland universitetssjukehus i løpet av våren har opparbeidet seg et problem. Det blir ikke operert så mange pasienter som det er behov for, fortalte avisene før sommeren. Både kreftpasienter og andre pasienter må belage seg på lengre ventetid. På hverdager skulle Kirurgisk seksjon hatt seks operasjonsstuer i drift, men har bare fire. I august mangler ni og i september vil det mangle elleve årsverk i operasjonssykepleie.

– Bedre lønn og stipend

Leder i NSF's landsgruppe av operasjonssykepleiere i Hordaland, Lise Rastum, mener høyere lønn og bedre stipendordninger kan bidra til å løse problemene. Og ved Oslo universitets-

sykehus har man for eksempel tilbudt en engangssum på 40 000 kroner for å få rekruttert de fem årsverkene de trenger. NSF's nestleder Solveig Kopperstad Bratseth har enda et forslag til løsning:

– Det bør opprettes utdanningsstillinger for sykepleiere som vil spesialisere seg på samme måte som for leger.

Likevel har det ikke kommet noen nye konkrete rekrutteringstiltak på bordet fra sykehusledelsen ved Haukeland, bortsett fra planer om å leie inn operasjonsteam og oppfordre vanlige sykepleiere om å spesialisere seg. Søknadsfristen er 1. september i år.

Fra lønn til stipend

Før fikk haukelandsykepleiere i videreutdanning til anestesi, intensiv eller

operasjon full lønn dekket av sykehuset. Så ble det erstattet av stipend. NSF i Helse Bergen syntes vilkårene etter hvert ble svært dårlige; lavt stipend kombinert med arbeidspålegg i helger og sommerferie.

– Da sykehuset fikk problemer med å dekke behovet for spesielt operasjonssykepleiere, ble stipendet økt for denne gruppen, og man fikk umiddelbart flere søkere igjen. Så vi vet at bedre økonomiske vilkår hjelper. Og hva er galt med å lokke spesialsykepleiere med lønn? Det gjør man jo i andre bransjer som mangler personell, sier NSF's foretakstillitsvalgt i Helse Bergen, Brita Tarberg.

Stipendene for operasjonssykepleiere økte fra 12 500 kroner til 23 000 kroner i måneden i fjor, men i år er det ikke planlagt noen ytterligere økning,

bortsett fra dem som tar et stipendalternativ som innebærer mindre helgevakter. De fikk i fjor 18 500 per måned og får i år 20 000 kroner. Anestesi og intensiv får i år hevet sine stipend fra 13 000 til 18 000 kroner per måned i Helse Bergen

Profesjonskamp

I juni var også nestlederen i Fagforbundet, Mette Nord, ute i sitt eget fagblad og mente mangelen på operasjonssykepleiere var sykepleiernes skyld, etter hard profesjonskamp mot hjelpepleierne på slutten av 80-tallet, slik at de nå er ute av operasjonsstuen.

– Mangel på ei gruppe sykepleiere har ingenting med profesjonskamp å gjøre, sier Tarberg. ■■■

Tekst Eivor Hofstad



Sykepleierkongressen 2012 - bare 40 dager igjen!

Meld deg på årets viktigste arena for kunnskapsformidling:

- Fremtredende nasjonale og internasjonale forelesere
- 200 posterpresentasjoner

Meld deg på innen 1. September og vinn premier
– se www.sykepleierforbundet.no

Sykepleie for fremtiden - erfaring gjennom 100 år

www.sykepleierkongressen.no

Stein Hind Fagerlund

Alder: 53 år

Yrke: Produktsjef og intensivsykepleier

Jobber: OneMed AS

Mitt andre hjem

Selve drivkraften min er at produktene skal lette hverdagen for leger, sykepleiere og pasienter.

Jeg reiser mye rundt på norske sykehus og presenterer produkter. Jeg svarer på spørsmål om produktene og gir opplæring slik at de brukes riktig. Bedriften jeg jobber i har mange typer utstyr, men vi har fordelt ansvarsområder. Jeg har primæransvar for dialyseutstyr, drenasjeprodukter og såkalte «tiva-sett» (total intravenøst anestesiotstyr). Min brede erfaring fra Rikshospitalet gjør imidlertid at jeg brukes mye til både kursing, opplæring og informasjonsarbeid om så å si alt vi har av utstyr.

Helt siden jeg begynte som intensivsykepleier har jeg tenkt at det kunne være interessant å jobbe i industrien. Det er sikkert smart å kjenne til flest mulig spesialiteter, tenkte jeg. Derfor jobbet jeg ved nyretransplantasjonsavdelingen, thorax-intensiv, postoperativ og i tillegg tok jeg lederutdanning og jobbet som avdelingssykepleier. Jeg er kjent for å engasjere meg i det meste jeg kommer over, selv om jeg nok har roet meg litt med årene.

Under arbeidet med «nye Rikshospitalet» skjedde det mye. Jeg bestemte til slutt at nå var tiden moden for å skifte beite etter 14 år ved Rikshospitalet. Høsten 1997 sonderte jeg terrenget, og fikk flere jobbtilbud. Jeg valgte et lite etablert firma med produkter jeg visste var bra. 1. januar 1998 begynte mitt liv i industrien. Jeg likte jobben fra første stund og følte jeg fikk brukt hele spekteret av kunnskap. Samtidig lærte jeg også mye.

Å reise rundt fra sykehus til sykehus fikk meg til å undres over de forskjellige kulturene ved hvert sykehus selv om «sykehus-koden» er lik.

Antall reisedøgn var flere før. Nå har jeg rundt 30 overnattinger i året pluss dagsreiser. Anbudssystemene er en av grunnene til at det blir mindre reising. I tillegg har de fire regionale helseforetakene også gjort sitt til at det blir færre, men større enheter å forholde seg til.

Jeg savner ikke å jobbe på ett bestemt sykehus ved én avdeling. Det tenker jeg på som å være låst i en situasjon. Men jeg savner sykehusmiljøet fra Rikshospitalet, det innrømmer jeg. Men heldigvis får jeg oppleve lignende miljøer på mine reiser. Sykehus er mitt andre hjem.

Det beste med jobben min er at jeg føler jeg tilfører noe. Jeg leverer fagkompetanse sammen med utstyr jeg kan gå god for. Jeg kan komme med gode råd og riktig utstyr for å lette hverdagen for både brukere og pasientene. I hvert fall håper jeg det er det jeg gjør. Tilbakemeldingene jeg får er gode, og jobben og kontaktnettet mitt strekker seg over hele landet. At arbeidsgiveren min også gir meg anerkjennelse føles godt. ■■■

Fortalt til Kari Anne Dolonen Foto Stig M. Weston

Det går en trommevirvelvind over NSF. I år har forbundet fire trommekorps.

Slagferdige medlemmer



TROMSØTROMMISER: Her er halve trommekorpsset fra Tromsø under likelønnsmarkeringen i 2010. Linda Bakkevoll til høyre.

Fakta:

- NSF har trommekorps i Oslo/Akershus, Tromsø, Trondheim og Drammen
- Uniformene er Røde Kors-sykepleieres gamle arbeidsantrekk fra 50- og 60-tallet. Noen bruker også sanitetskvinnenes uniform.
- Første trommekorps ble til i 2004

Du har sikkert sett og hørt dem – de stramme sykepleierne i uniformer fra 50- og 60-tallet, med små hetter på hodet og skjorter som går godt nedenfor kneet. Men lar du blikket gli enda lenger ned, kommer et stilbrudd som risikerer å vekke til live den botoxbedøvede sinnarynken til motepoliti Jan Thomas: I stedet for de hvite pumpsene er det svarte vernestøvler. Og i stedet for å bære et matbrett eller et bekket, er de behengt med trommer som de slår hardt og taktfast på mens de marsjerer. NSF's trommekorps.

– Første gangen jeg så dem, var på landsmøtet i 2004. Jeg var så imponert over at NSF hadde leid inn folk som kunne spille trommer og holdt på å ramle av stolen da jeg hørte at det faktisk var ordentlige sykepleiere som spilte. Da ble jeg søkk imponert, sier Linda Bakkevoll, ivrig trommekorpsdeltaker og rådgiver ved NSF's fylkeskontor i Troms.

– Klare til kamp

NSF's første trommekorps startet i Oslo/Akershus i 2004. I 2009 trommet de seg sammen i Tromsø, og i

år kom de i gang både i Trondheim og Drammen. Korpsene mobiliseres hver gang noe skal markeres – som 8. mars, den internasjonale sykepleierdagen, streiker eller festligheter.

– Vi får så masse positive tilbakemeldinger fra publikum, og opplever at vi blir veldig synlige i tillegg til at vi også høres veldig godt. De aller fleste

uniformene til NSF. Vi mangler fortsatt noen caper.

Tynnere sykepleiere før

Bakkevoll forteller at de har én utfordring:

– Samtlige sykepleiere må ha vært syltynne før i tiden. Ingen uniformer vi har fått er større enn størrelse 36. Dermed

«De gamle uniformene er med på å tydeliggjøre oss som sykepleiere.»

Linda Bakkevoll

synes det er stor stas med de gamle Røde Kors-uniformene. De vekker til live mange minner fra ei svunnen tid, sier Bakkevoll.

– Hvorfor gamle uniformer og vernesko?

– De gamle uniformene er med på å tydeliggjøre oss som sykepleiere og kombinasjonen med vernesko kan kanskje understreke at vi er klare til kamp, men dette er noe vi ikke har gjort oss så mye tanker om. Det var Oslo som begynte med det.

– Hvordan fikk dere tak i uniformene?

– Vi annonserte i informasjonsskrivet til NSF Troms og fikk respons. Flere uttrykte at uniformene bare blir liggende uten å brukes, men at de ikke har lyst til å kaste dem heller. Da er det fint å gi

har vi vært nødt til å sy om noen av dem.

I Tromsø er de 15 medlemmer i trommekorps, to av dem menn. De bruker sorte bukser og skjorter som matcher de blå-grå kjolene, samt armbind som kvinnene. De øver året rundt, hver tirsdag i to timer, under instruktøren Sigbjørn Sigurdsson.

– Han er dyktig og inspirerende. Nå øver vi inn en ny marsj som skal spilles sammen med de andre trommekorpsene på NSF's 100-årsjubileum i Operaen den 24. september.

Det blir over 60 trommiser. Best å passe godt på trommehinnene. ■■■

Tekst Eivor Hofstad Foto Mai-Britt Martinsen og Ann-Sissel Karlsen



FAGARTIKKEL:
Samarbeid i praksis.
Side 50

FAGNYHET:
Partnervold på film.
Side 53

FAGARTIKKEL:
Etikk i forskning.
Side 56



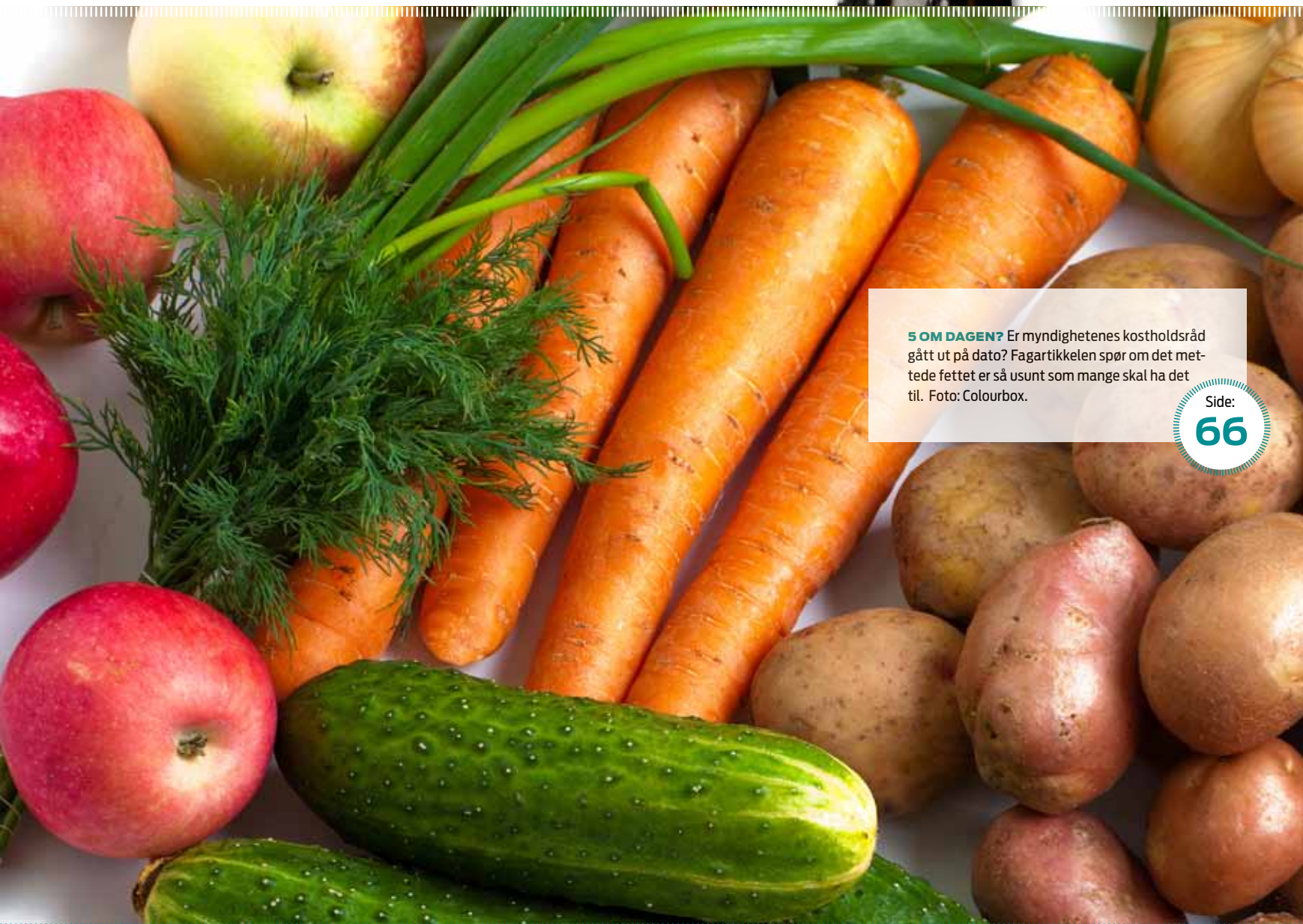
Sykepleien

Fag

bøker
& kultur



FORFATTERINTERVJU:
Sykepleierens
pedagogiske
funksjon er vik-
tigere en noen
gang. Side 60



SOM DAGEN? Er myndighetenes kostholdsråd gått ut på dato? Fagartikkelen spør om det mettede fett er så usunt som mange skal ha det til. Foto: Colourbox.

Side:
66

Side:
54

«Hjemme var et sted vi på sykehuset ikke tenkte på.» **HELENA HANSSON**

Kari Dahl, førstelektor,
Høgskolen i Oslo og
Akershus

Ann-Kristin Bjørnnes,
høgskolelektor, Høgsko-
len i Oslo og Akershus

Mari Skanche Bjerknes,
førstelektor, Høgskolen
i Oslo og Akershus

Ellen Reine,
institusjonssjef
Tåsenhjemmet

Mette B. Brustad,
fagutviklingssykepleier,
Tåsenhjemmet

Samarbeid i praksis

Innføring av faste samarbeidsmøter og avklaring av roller styrket samarbeidet mellom høyskole og praksisfelt.

Denne artikkelen bygger på et samarbeidsprosjekt mellom Oslo kommune, Tåsenhjemmet og sykepleierutdanningen ved Høgskolen i Oslo og Akershus. Prosjektet ble tildeelt samarbeidsmidler for perioden 2010–2011, og vi har brukt modifisert aksjonsforskningsdesign som metode (1). Målet var å fremme kunnskapsbasert sykepleie på sykehjemmet, samt å utvikle en allerede god praksisplass.

Tåsen sykehjem

Sykehjemmet har 140 pasienter og 130 stillinger hvorav 46 er sykepleiere. Hjemmet er inndelt i seks avdelinger med tre langtids somatiske avdelinger, en skjermet enhet, en korttidsavdeling og en trygghetsavdeling. Sykehjemmet tar hvert år imot 24 førsteårsstudenter i tre praksisperioder over åtte uker. 60 førsteårsstudenter fordelt over fire praksisperioder deltok i prosjektet. Studentene ble fordelt gjennom høyskolens ordinære fordeling av praksis. Fire lærere var involvert. Prosjektleder var med i alle periodene. I artikkelen omtaler vi ulike intervensjoner for å styrke praksisopplæringen og hva vi erfarte må til for å

fremme et vellykket samarbeid mellom høyskole og sykehjem.

Historikk

Historisk sett har praksisopplæring av studenter endret seg i takt med revidering av utdanningens rammebetingelser. Randi Nord skrev allerede i 1981 (2 s. 186) «Det er styrke i enhet, og sykepleiens største problem er kanskje mangel på enhet. Det eksisterer en barriere mellom sykepleierutdanning og sykepleieservice». Flere forfattere har siden fokusert på utviklingen av praksisopplæringen i Norge, spesielt endringer som har vært knyttet til at utdanningen er blitt løsrevet fra yrkesfeltet, administrativ og pedagogisk selvstendiggjøring, samt studentens statusendring fra elever til høyskolestudenter (3-6).

Ulike studier har fokusert på sykepleierstudenters læring i praksis og forholdet mellom teori og praksis i utdanningen (3,7-9). Under praksisperioden utvikler studentene sin profesjonelle handlingskompetanse innenfor andre handlingskontekster enn de høyskolen representerer til daglig (10). Dette problematiseres som et gap mellom teori og praksis i utdanningen, til tross for at man har prøvd ut nye modeller for praksisundervisning (11-13).

Rammeplanen

Rammeplanen for sykepleierutdanningen (2008) gir retningslinjer for ansvarsfordelingen mellom høyskolen og praksisfeltet. I tillegg er det vanlig at den enkelte høyskolen inngår avtaler med praksisfeltet, både om antall studenter, praksisperiodens varighet, veiledningstilbud, økonomisk kompensasjon og gjensidige forpliktelser. Ifølge rammeplanen skal man utarbeide en gjensidig forpliktende ansvarsfordeling. Videre skal avtalen sikre at veiledningsarbeidet er tydelig lederforankret (s. 11) og at veileder er kompetent til å veilede studenter. Slik kompetanse innebærer å vurdere faglighet, herunder

etiske aspekter ved yrkesutøvelsen, samt skikethet. I tillegg skal veileder fortrinnsvis være sykepleier. Utdanningsinstitusjonene har ansvar for systematisk å bygge veiledningskompetanse.

Praksismodeller

Tradisjonelt har mester/svenn-modellen hvor en sykepleier har ansvar for en student (3,7,14), vært mest anvendt som modell for praksisundervisningen. Denne modellen er basert på erfaringslæring og situert læring, hvor studentene lærer og reflekterer sammen med en erfaren sykepleier. En annen modell er tospannmodellen, hvor to og to studenter går sammen til samme brukere. De to studentene lærer av hverandre og veiledningen gis av en eller flere sykepleiere (15). Tospannmodellen er knyttet opp mot et sosiokulturelt læringssyn (9), mens mester/svenn-modellens læringssyn er basert på at studenten lærer av eksperten (7).

I praksisperiodene har studenten rollen som legitim, perifer deltaker i ulike praksisfellesskap (10). Det betyr at studenten tilegner seg den typen kunnskap som handler om hvordan den aktuelle yrkesutøvelsens problemer og fenomener manifesterer seg i praksis. Gjennom å handle aktivt innenfor ulike kontekster i samspill med andre deltakere erfarer studenten mening, fellesskap og tilegner seg praktiske ferdigheter. Slik utvikler studenten sin yrkesidentitet gjennom gradvis å kvalifiseres til sykepleier (16).

Pilotstudie

Den første praksisperioden i prosjektet ble utformet som en pilotstudie og fant sted på en korttids- og rehabiliteringsavdeling, hvor åtte førsteårsstudenter hadde sin praksisperiode. Hele pleiepersonalet hadde ansvar for veiledning av studentene, samtidig som en studentkoordinator i 20 prosent stilling fungerte som bindeledd mellom de ansatte i avdelingen og høyskolen. Studenter, lærer og ansatte skulle

Hovedbudskap

Hensikten med denne artikkelen er å vise at nærhet, tillit, trygghet og tid er viktig for samarbeidet mellom sykehjem og høyskole og for å bidra til et aktivt læringsmiljø. Ansatte ved sykehjem og høyskole vil gjerne samarbeide men mye må til. Prosjektet viser at det er viktig å avklare ulike roller og forventninger om samarbeid til hverandre. Prosjektet viser viktigheten av å innføre faste og forutsigbare møter med klar hensikt.

Søkeord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

▶ Praksisstudie ▶ Sykepleierstudent ▶ Sykehjem



PRAKSIS: For sykepleiestudenter i praksis er det viktig at samarbeidet mellom høyskolen og praksisstedet fungerer. Arkivfoto: Erik M. Sundt.

sammen utvikle, implementere og evaluere kunnskapsbasert sykepleie. Vi etablerte to fokusgrupper med ansatte og studenter som skulle ledes av lærere fra høyskolen. Det ble avtalt faste møter en gang i uken strukturert etter trinnene i kunnskapsbasert praksis (17).

Ikke vellykket

Seks måneder etter prosjektstart viste imidlertid resultatene at organiseringen ikke var vellykket på grunn av uklare forventninger. På bakgrunn av dette ble det fra høsten 2010 fokusert mer på samarbeid. Tospannmodellen ble gjeninnført og praksiskoordinatorfunksjonen avviklet. Man innførte forberedende møter før

studenten kom ut i praksis og velkomstmøter da studentene startet praksisperioden. Intensjonen var å bli kjent både med hverandre og praksisstedet, gi informasjon, stille spørsmål og diskutere, samt å avklare gjensidige forventninger. I alle praksisperiodene ble det i tillegg avviklet tre felles fagmøter. Hensikten var at ansatte, studenter og lærere skulle etablere et felles faglig fokus. Tema var sykepleiedokumentasjon, etikk, kunnskapsbasert sykepleie og refleksjon over praksis. I tillegg ble det tilbudt undervisning i kunnskapsbasert sykepleie i alle prosjektets faser. Vi gjennomførte også et to dagers kurs i kunnskapsbasert sykepleie overfor åtte sykepleiere inne på høyskolen (17,

18). I løpet av to praksisperioder hadde studentene en studieoppgave knyttet til fagutvikling og kunnskapsbasert sykepleie.

Evaluerings

Prosjektet ble kontinuerlig evaluert og resultatene er basert på skriftlige og muntlige evalueringer fra studenter og kontaktsykepleiere etter hver praksisperiode og prosjektleders dagboknotater. Halvparten av de 60 studentene og 46 sykepleiere som var involvert i prosjektets siste del, besvarte spørreskjemaene.

Ifølge Bjørk og Bjerknes (5) bidrar klare avtaler mellom høyskole og praksisfelt til å kvalitets sikre praksisstudiene, og et godt samarbeid mellom ansatte i høyskole og praksis er svært viktig for studentenes læring (19, 20). Hovedfunnene

«Studentene verdsetter tilgjengelighet og det å bli sett.»

i prosjektet viser at samarbeid er særlig viktig innen to hovedområder: 1) faste samarbeidsmøter og 2) synliggjøring av rollene i høyskolen og praksisfeltet.

Møter

Det forberedende møtet viste at forutsigbarhet skaper trygghet både for ansatte ved sykehjemmet og høyskolen. Alle avdelinger var representert og møtet ble evaluert positivt av alle. Sykepleierne oppfattet velkomstmøtene som viktig, nødvendig og noe som må fortsette. Enkelte ønsket at det skulle være mer informativt og ha en klarere hensikt.

Studenter og lærere opplevde møtene som informative og positive, men noe travelt når mange studenter skulle formidle sine forventninger. Dette førte til at sykepleier og lærer ikke alltid fikk mulighet til å konkretisere sine forventninger.

Felles fagmøte

Studentene evaluerte spesielt etikkdiskusjonen i fagmøtene positivt. Her hadde de med seg etiske dilemmaer som ble diskutert i grupper. De ansatte som møtte opp var aktive og opplevde møtene som positive. Refleksjon over praksis med rollespill som en av metodene ble også evaluert positivt av de ansatte og de fleste av studentene. De andre temaene på fellesmøtene ble både positivt og negativt evaluert av studentene.

På fagmøtene møtte fra tre-fire til ingen sy-



kepleiere opp. Vi stilte derfor følgende spørsmål på siste evalueringsskjema: Hva skal til for at du er med på møtene? Sykepleierne svarte: Bedre planlegging og prioritering. På spørsmål om hvilke temaer de ønsker å diskutere, var svaret: Samarbeid, svake studenter og regler for studentene. Høyskolen på sin side ønsket å ta opp sykepleiefaglige temaer som dokumentasjon, kunnskapsbasert sykepleie og etikk. Det kan tenkes at misforståelsen handler om at vi har uklare forventninger til hverandre, at formidlingen fra skolens side har vært uklar eller at interessen for det man skulle ta opp ikke ble opplevd som relevant.

Mer informasjon

Bedre tilrettelegging, mer informasjon om prosjektets hensikt og mål, samt undervisning om kunnskapsbasert praksis for kontaktsykepleierne, ville sannsynligvis ha gjort kontaktsykepleierne bedre forberedt og motivert dem til å delta mer aktivt på fagmøtene. Sykepleiere som skal delta i slike prosesser må ha en egeninteresse for å delta, det avhenger ikke bare av at avdelingssykepleier legger til rette.

Kanskje er det slik at skolens ansatte er mer opptatt av teori enn å se den virkeligheten sykepleierne opplever i det daglige. Vår erfaring tilsier at lærer bør være til stede i avdelingen sammen med studentene og pleiepersonell og at lærer og studentansvarlig sykepleier samarbeider om de svake studentene. Dette forutsetter at både lærer og sykepleier er bevisst sin egen rolle knyttet til studentveiledning.

Veiledning

Sykepleier i praksis har i dag fått større ansvar for veiledning og oppfølging av sykepleierstudentene (21). Mange opplever dette ansvaret som krevende, men også spennende. De fleste kontaktsykepleierne i prosjektet hadde ansvar for to studenter hvor studentene gikk i tospann. At studentene er på forskjellig nivå blir nevnt av flere som utfordrende.

Studentene har i hovedsak en positiv oppfatning av kontaktsykepleier når det gjelder oppfølging og kunnskap. Kunnskapsrike kontaktsykepleiere blir framhevet. Studentene verdsetter også tilgjengelighet og det å bli sett. Gode rollemodeller framheves som viktig og Tåsenhjemmet framstår som et godt sted å være i praksis. Studentene som er misfornøyde med kontaktsykepleierne begrunner dette med manglende tilstedeværelse på grunn av sykdom eller ferie. Noen studenter forteller om språkproble-

mer som gjør at misforståelser lett kan oppstå.

I hvitt

Lærerveilederne «gikk i hvitt» en til to ganger i uka og hadde veiledningsdager med studentene hvor de var med i stell. Nesten alle studentene var fornøyde med rollen lærer har hatt i praksisperioden. De opplevde nærhet, at de ble sett, fikk god oppfølging, og at lærerne var tilgjengelige og stilte krav til dem. De som ikke var fornøyde kritiserte pedagogiske metoder og manglende evne hos lærer til å gi konstruktiv kritikk og ros. Det var heller ikke alle som satte pris på at læreren var med på morgenstellet.

Tilgjengelighet

Sykepleier forventer at lærer skal gi retningslinjer for veiledning, være rådgiver for kontaktsykepleier, kontaktperson mellom student og sykepleier samt forberede og planlegge praksisperioden. De ønsker at læreren er synlig og tilgjengelig og at han eller hun tar tak i problemer som oppstår. Mange er fornøyde slik det er i dag, mens andre ønsker at lærerne er mer til stede i praksis. Samtlige synes de det er positivt at læreren går i hvitt og er med studentene i stell. En sykepleier skriver: (Det er) en nødvendighet for aktivt å observere i situasjonen, til tross for at det kan være noe stressende for studenten. Viktig å ha faglig diskusjon etterpå ... bør observere gjennom hele dagen – hvordan studentene møter de fysiske, psykiske og sosiale behovene hos beboer. Ved å kle seg i hvitt ble lærerveileder en legitim del av praksisfellesskapet (10). Lærerne opplevde selv at det å gå i hvitt når de veiledet studentene var viktig. Nærhet, både til pleiepersonalet og praksissituasjonen, bidro til å synliggjøre både svakheter og styrker hos studenten. Flere studier konkluderer med at et godt samarbeid mellom ansatte i høyskole og praksis er svært viktig for studentenes praksisopplæring (19, 20). Derfor er rolleavklaring svært viktig i det videre samarbeidet mellom høyskoler og praksis.

Trygghet og tid

Samarbeidsprosjektet mellom Tåsenhjemmet og Høgskolen i Oslo og Akershus viser at nærhet, tillit, trygghet og tid er viktig for samarbeidet og et aktivt læringsmiljø. At lærer og kontaktsykepleier var til stede i praksis over tid betydde også mye. Tospannmodellen med kontaktsykepleierordning og at lærer «går i hvitt» sammen med studentene og sykepleiere fremmer samarbeid. Til sammen bidro dette til å utvikle kunnskap

i praksis gjennom eksempelvis kunnskapsbasert sykepleie. Tåsenhjemmet erfarte det som positivt å ta imot et større antall studenter og vil videreføre samarbeidsprosjektet.

Faste samarbeidsmøter er viktig. Det forberedende møtet hvor kontaktsykepleiere, fagutviklingssykepleiere og lærere møtes for studentene kommer, skaper forutsigbarhet og rom for å diskutere faglige og pedagogiske spørsmål og avklare roller. Velkomstmøte og de faglige fellesmøtene fortsetter, men hensikten må være klar og møtene kontinuerlig evalueres. Fagutviklingssykepleier vil fortsatt fungere som bindeledd mellom høyskole og sykehjem. Det er et felles ansvar å motivere til sykepleiefaglig engasjement. Vi tror våre erfaringer vil være nyttige for andre lærere og sykepleiere med ansvar for studenter slik at sykehjem kan leve opp til Tåsenhjemmets visjon: et godt og trygt sted å være for både pasienter og pårørende, pleiepersonalet, studenter og lærere. ■■■

LITTERATUR

1. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring. Oslo: Universitetsforlaget, 2003.
2. Fagermoen MS. Sykepleie: fag og utdanning. Oslo: Universitetsforlaget, 1981.
3. Bjerknes MS, Kollstad M, Granum V. Praksisundervisning i sykepleierutdanningen: kunnskap, undervisning, læring i praksisfeltet. Oslo: Gyldendal, 1988.
4. Bjerknes MS, Bjørk IT. Praktiske studier: perspektiver på refleksjon og læring. Oslo: TANO, 1994.
5. Bjørk IT, Bjerknes MS. Å lære i praksis: en veiviser for studenten. Oslo: Universitetsforlaget, 2003.
6. Heggen K. Sykehuset som «klasserom»: praksisopplæring i profesjonsutdanningen. Oslo: Universitetsforlaget, 1995.
7. Benner P, Heggen K. Å utdanne sykepleiere: behov for radikale endringer. Oslo: Akribes, 2010.
8. Jarvis P, Gibson S. The teacher practitioner and mentor in nursing, midwifery, health visiting and the social services. UK: Stanley Thornes, 1997.
9. Jensen KT. Å være student i en feltbasert utdanning: en analyse av studenters fellesskap, som kontekst for læring og identitetsdannelse. Oslo: Unipub forlag, 2006.
10. Nygren P. Handlingskompetanse: om profesjonelle personer. Oslo: Gyldendal akademisk, 2004.
11. Kristoffersen NJ, Lillemoen L. Group supervision for nurses responsible for student follow-up in clinical practice: developing competence in supervision. Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning 2010;12(2): 3–14.
12. Dau S, Nielsen G. Educational barriers in the development of the clinical nursing profession. Klinisk Sykepleie 2011;25(2): 66–76.
13. Flateland S, Kristiansen A, Söderhamn U. Nursing students' learning – learning in practice through participation in a reflection group. Nordisk Sykepleieforskning 2011;1(1): 5–18.
14. Benner P. Fra novise til ekspert: dyktighet og styrke i klinisk sykepleiepraksis. Oslo: Samarbeid med Munksgaard, 1995.
15. Bryn V, Hovdsveen RK, Slettebø Å, Syvertsen AL, Veitsle KC. Home care services: clinical practice in pair. Sykepleien Forskning 2009;4(1): 44–50.
16. Wenger E. Praksisfellesskaper: læring, mening og identitet. København: Reitzel, 2004.
17. Nortvedt MW, Jamtvedt G, Gravholt B, Reinart LM. Å arbeide og undervise kunnskapsbasert: en arbeidsbok for sykepleiere. Oslo: Norsk Sykepleierforbund, 2007.
18. Bjørk IT, Solhaug M. Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie: en ressursbok. Oslo: Akribes, 2008.
19. Koontz AM, Mallory JL, Burns JA, Chapman S. Staff nurses and students: the good, the bad, and the ugly. Medsurg Nursing: Official Journal Of The Academy Of Medical-Surgical Nurses 2010;19(4): 240.
20. Dunn SV, Hansford B. Undergraduate nursing students' perceptions of their clinical learning environment. Journal of Advanced Nursing 1997;25(6): 1299–306.
21. Grønvald L, Solvoll B-A. Clinical supervisors' opinions on nursing students' written reflections. Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning 2010;12(3): 48–58.

Film om vold mot kvinner

Med filmen 90 minutter forteller Eva Sørhaug en annerledes historie om partnervold.

Tekst **Susanne Dietrichson** Foto **Harald Paalgard/41/2**

90 minutter er en film om menn som slår eller dreper kvinner. Filmen forteller tre historier om tre forskjellige menn, alle med fatal slutt. Regissør og manusforfatter Eva Sørhaug håper med filmen å anspore til en viktig og tiltrengt debatt.

– Jeg fikk ideen til filmen da jeg leste et intervju med psykolog Solveig Vatnar som har forsket på partnervold, forteller hun.

– Norge ligger på verdenstoppen når det gjelder partnerdrap. De fleste av disse drapene skjer i hjemmet. Jeg synes det er et stort paradoks. Vi lever i et av verdens mest likestilte land, likevel er det slik. Dette er et av spørsmålene jeg ønsker å belyse med filmen.

Beskyttet av loven

Sørhaug forteller at hun ble provosert da hun leste at Vatnar ønsket å forske på hvorfor menn slår, men ikke fikk tilgang til materialet.

– Menn som utøver vold er beskyttet av den norske loven om personvern. Dette er en av grunnene til at vi vet lite om hvorfor norske menn slår. Jeg



PROFILERTE SKUESPILLERE: I filmen 90 minutter spiller Aksel Hennie en av hovedrollene sammen med Bjørn Floberg, Mads Ousdal og Kaja Varjord. Foto: Harald Paalgard/41/2

– Med å fortelle om partnervold på den måten jeg gjør i filmen, ønsker jeg å treffe både kvinner og menn. Jeg tror mange vil bli forbauset over at denne filmen har en kvinnelig regissør, mener Sørhaug.

Hun peker på at mange menn stiller seg på sidelinjen og mister interessen når de hører ordet likestilling.

– Mye av likestillingsdebatten er kjedelig. Jeg tror menn ofte tenker: «let them just fight out», når kvinner snakker om likestilling. De opplever ikke at det handler om dem.

Vil engasjere

Med 90 minutter stiller Sørhaug en rekke spørsmål som først og fremst handler om menn.

– Hva er det med menn som gjør at de slår eller dreper kone og barn ved samlivsbrudd eller hvis de mister jobben? Kvinner dreper ikke mennene sine og seg selv hvis de går konkurs, sier Sørhaug.

– Vi leser stadig om kvinner som blir drept av mennene sine. Hva er historiene bak disse tragediene? Hvorfor skjer det? Så lenge vi ikke vet hvorfor menn slår og dreper kan vi heller ikke hindre at det skjer, mener hun.

– I filmen undersøker jeg hva som skjer de siste 90 minuttene før det fatale skjer. Jeg forteller tre historier om tre forskjellige menn. Alle handler om vold. Jeg ønsker å se på dette gjennom mennene som utøver volden, uten å forklare hvorfor de slår, uten å ta parti.

90 minutter forteller lite om karakterenes tanker og følelser. Sørhaug skildrer først og fremst handlingene gjennom tidvis svært sterke scener. Hun forteller ikke hvorfor, men hva. Med en slik åpen fortellerteknikk ønsker hun å engasjere publikum og gjøre dem til medskapere.

– Jeg ønsker at publikum skal engasjere seg og tenke selv, og spørre: Hvorfor skjer dette? ■■■

«Vi vet mye om kvinner som er ofre for vold, men lite om mennene som utøver den.»

spør meg selv om vi ikke har kommet til et punkt der personvernet bør vike.

– Vi vet mye om kvinner som er ofre for vold, men lite om mennene som utøver den. Dette var også en av tingene jeg ønsket å undersøke med 90 minutter.

Hun mener filmen er et viktig innspill i likestillingsdebatten.

Får tatt vare på søsken også

Helena Hansson har undersøkt hva familier med kreftsyke barn synes om å få behandling hjemme.

Tekst **Nina Hernæs**

København kan kreftsyke barn få besøk av sykepleiere hjemme. Ordningen kom i stand som et forskningsprosjekt. Sykepleier Helena Hansson tok i fjor ph.d. med avhandlingen Hospital-Based Home Care for Children with Cancer.

I arbeidet med avhandlingen utviklet hun et tilbud til kreftsyke barn hjemme og evaluerte det. Nå er tilbudet blitt permanent.

Hverdagen

– Prosjektet var et samarbeid mellom meg, overlege Kjeld Schmiegelow og oversykepleier Marianne Madsen, forteller Hansson på telefon fra Rigshospitalet i København.

Det begynte med at hun jobbet som forskningsassistent på barneavdelingen.

– En av oppgavene mine var å intervju foreldre om bivirkninger barna fikk av behandlingen. I disse samtalerne skjønte jeg at det var veldig forskjellig hvordan familiene fikk ting til å fungere hjemme. Hjemme var et sted vi på sykehuset ikke tenkte på. Vi behandlet og stelte barna mens de var hos oss, sendte dem hjem og så dem ikke før de kom tilbake. Men hverdagen var tydeligvis en utfordring for foreldrene. Etter at de er kommet over det første sjokket, kommer spørsmålet: Hvordan skal vi få hverdagen til å henge sammen? Mitt utgangspunkt var at dette er noe vi bør gjøre noe med.

Doktorgraden

- » Hospital-Based Home Care for Children with Cancer
- » Ph.d. avlagt ved Københavns universitet i 2011.
- » Det overordnede målet med oppgaven var å utvikle et tilbud om hjemmebasert sykehusbehandling av kreftsyke barn og finne ut om det var mulig å gjennomføre.
- » Avhandlingen omfatter tre originalartikler og en litteraturgjennomgang.
- » Oppgaven ligger fritt tilgjengelig på nett.

Dokumentasjon

Samtidig var det for få sengeplasser til alle barna som trengte behandling. Avdelingen trengte større fleksibilitet.

– Da fikk vi ideen om å tilby behandling hjemme, forteller Hansson.

– Kanskje kunne det lette familiens hverdag og samtidig øke fleksibiliteten i avdelingen.

Det hadde vært flere prosjekter i Danmark hvor barn med andre sykdommer enn kreft hadde fått tilbud om behandling hjemme, men de var lagt ned. Nytt av dem var ikke dokumentert. Men familiene som hadde mottatt og sykepleierne som hadde ytt slike tilbud mente det var nyttig. Hansson bestemte seg for å gå vitenskapelig til verks.

– Det kan være vanskelig å implementere et nytt, permanent tilbud om man ikke kan dokumentere effekten av det, sier hun.

Å tilby sykehusbehandling hjemme gjøres flere steder i verden, men også her er praksisen dårlig dokumentert.

– Det er forsket i Canada og USA, forteller Hansson.

– Men der er det i stor grad hjemmesykepleien som gir tilbudet. Det var ikke aktuelt for oss. Å gi for eksempel cellegift er ikke noe alle hjemmesykepleiere kan, og siden det er få barn som får kreft, ville det blitt veldig dyrt å utdanne hjemmesykepleiere som kanskje møtte ett kreftsykt barn i karrieren. Vi fryktet også at foreldrene ville føle seg utrygge hvis sykepleierne som kom ikke hadde erfaring med barn med kreft.

Livskvalitet

Forskningen til Hansson viser at hjemmebehandling av kreftsyke barn er mulig å gjennomføre.

– Det er en trygg måte å ivareta barna på, sier hun.

– Vi hadde ingen alvorlige hendelser i for-

søksperioden, og det har heller ikke vært det etterpå.

Familiene følte seg trygge og behandling hjemme kostet ikke mer enn på sykehus.

Kvalitative funn viser at familien synes det er lettere å opprettholde dagliglivet, de syke barna føler seg mer normale når de får være hjemme og kanskje være mer på skole, og foreldrene fikk mer tid til friske søsken.

Foreldre syntes også det var lettere å stille spørsmål til sykepleierne når de var hjemme.

Om tilbudet påvirket livskvaliteten, er vanskelig å slå fast ut fra spørreundersøkelsen Hansson gjorde.

– Det er stor forskjell på de ulike behandlingene, påpeker hun.

– Noen behandles over flere år, andre over noen måneder. Derfor er det vanskelig å sammenligne. Det er også vanskelig å si om det er hjemmebehandling som eventuelt har bedret livskvaliteten, eller om det er noe annet. Begrensningene er mange. Men det synes som om hjemmebehandling gir kreftsyke barn bedre livskvalitet.

Må tilpasses

Et viktig funn er at behandling hjemme må tilpasses den enkelte familie.

– Noen prosedyrer, som å legge ned sonde, vil noen ikke gjøre hjemme. Mens for andre er det greit. De må få bestemme sannelige ting selv, sier Hansson.

Hun ser også at behandling hjemme stiller store krav til sykepleierne. Dette er noe hun forsker videre på.

– Sykepleiere blir gjest i familiens hjem. Hvor går grensen mellom det profesjonelle og det private? Det kan være sykepleieren blir bedt på kaffe eller middag, eller sykepleieren kommer til et hjem med dårlig stemning. Det kan være utfordrende å forholde seg til, sier hun.



FORSKER VIDERE: Helena Hansson vil finne ut hvordan det er for sykepleiere å tilby behandling hjemme. Foto: Jesper Sloth Møller, Rigshospitalet.

Et av barna Hansson intervjuet sa det slik: «På sykehuset bestemmer jeg ingenting, men når de kommer hjem til meg, bestemmer jeg».

– Hva når barnet ikke vil ta blodprøve? På sykehuset gjør vi det som må gjøres, men hjemme kan det føles vanskeligere. Sykepleierne har også et større ansvar om noe skulle skje. Om barnet for eksempel skulle bli dårlig.

En av sykepleierne opplevde å komme hjem til en unge som var blitt dårlig med høy feber. Foreldrene hadde ikke ringt sykehuset, fordi en sykepleier skulle komme likevel.

– Det syntes sykepleieren var vanskelig, sier Hansson.

Hun tror det kan være en idé å lage en form for utdanning for sykepleiere som skal reise hjem til folk.

Kontakt

En ting som var viktig for familiene, var å ha lett tilgang til barnekreftlege.

– Hvert enkelt barn ble vurdert av lege før hver hjemmebehandling, sier Hansson.

– Det skal ikke være sånn at barna får hjemmebehandling i flere omganger uten kontakt med lege imellom.

– Var det noe som overrasket deg i arbeidet?

– At det ikke var flere som takket nei. Jeg hadde

trodd flere ville valgt å bli på sykehuset fordi de ville savne kontakten. Men det viste seg at de var så mye på sykehuset likevel.

Av de tre som takket nei, ønsket en å bli på sykehuset og de to andre hadde så kort behandlingsforløp at de ikke hadde behov.

I forsøksprosjektet var det et krav om at familiene skulle forstå og snakke dansk. De kunne heller ikke bo lenger enn 50 kilometer fra sykehuset.

Retningslinjer

Hansson ble også overrasket over hvor belastende noen syntes det var å komme til sykehuset.

– Noen familier brukte flere dager på å komme seg etterpå, sier hun.

«Det er en trygg måte å ivareta barna på.»

– En tenåring beskrev at hun hatet det hvite. Hun sa at leger og sykepleiere var bare søte og snille, men det var likevel så fælt å være der. Men alle har det ikke sånn, presiserer Hansson.

– Var det noe som skulle vært gjort annerledes?

– Vi skulle kanskje overveid bedre hvor mange ganger sykepleierne skulle forsøke på en prosedyre, for eksempel en venepunksjon, dersom det ikke gikk første gang. Vi hadde nøye overveid hvilke prosedyrer som kunne gjøres hjemme, og hadde

instruksjoner for hva som skulle gjøres ved for eksempel allergiske reaksjoner. Men vi hadde ikke skriftlige retningslinjer for hvordan sykepleierne skulle håndtere situasjoner der prosedyren ikke gikk som planlagt. I prosjektperioden møttes jeg og sykepleierne en gang i uken for å drøfte erfaringer. På disse møtene kom det fram at vi skulle hatt det, sier hun.

Forventninger

Å få behandling hjemme var helt frivillig. Men Hansson ser at det bør tas hensyn til at noen familier kanskje ikke har godt av å være hjemme.

– Etterpå har jeg tenkt at det kan være en god idé å ha en mer formalisert samtale mellom hel-

sepersonell og familie for å avklare forventninger.

Hansson har fått mange spørsmål om behandling hjemme gir foreldrene mer å gjøre.

– På det er svaret nei, sier hun.

Sykepleieren forbereder alt på sykehuset og tar med seg alt utstyr tilbake. Familien skal ikke føle at sykehuset invaderer hjemmet. Derfor brukte sykepleierne også nøytralt tøy og kjørte nøytrale biler.

– Dette uttrykte også flere familier at de var glade for, sier Helena Hansson. ■■■



FAG

Kvalitetsutvikling

Liv Wergeland
Sørbye, professor,
Institutt for sykepleie
og helse, Diakon-
hjemmet Høgskole

Etikk i forskning og fagutvikling

Artikkelen omhandler juridiske og etiske aspekter ved ulike typer fagutviklings- og forskningsprosjekter.

For mange sykepleiere er bacheloroppgaven den første øvelsen i eget vitenskapelig arbeid. Sykepleiere møter stadig krav om forskningsbasert praksis. Som sykepleiere kan vi ha prosjektansvar selv, være informanter eller ha ansvar for pasienter som er forskningsobjekter.

Godkjenning

Når man planlegger et prosjekt må man vurdere hvilke data man trenger for å besvare de problemstillingene man definerer. Ansatte i praksisfeltet har ofte tilgang på sensitive data, men det har ikke automatisk eksterne samarbeidspartnere. Skal et prosjekt ha framdrift, er det ofte behov for tett oppfølging fra en person som ikke har klinisk ansvar. For å starte et prosjekt, må den faglige- og administrative ledelsen ved institusjonen gi sitt samtykke. Mange prosjekter trenger godkjenning fra Norges samfunnsvi-

tenskapelige datatjeneste (NSD) eller Regional etisk komité for medisinsk og helsefaglig forskning (REK).

NSD

I flere prosjekter har man behov for å lage en liste over personer som deltar. I så fall må man søke om godkjenning fra NSD. Formålet med personopplysningsloven er å verne den enkelte mot krenking av personvernet gjennom bruk av personopplysninger (1). NSD er personvernombud for forsker- og studentprosjekter som gjennomføres ved alle universiteter og høyskoler, en rekke helseforetak og andre forskningsinstitusjoner (2).

REK

Godkjenning fra REK er nødvendig dersom man skal starte et forskningsprosjekt som omfatter medisinske og helsefaglige spørsmål. Helseforskningslover (3) setter klare rammer for forskning hvor mennesker er involvert. Veiledningen til Helseforskningsloven gir gode råd (4). REK er hjemlet i forskningsetikkloven (5) og helseforskningsloven (3). I alle de syv regionale komiteene er det en representant som er anbefalt av Norsk Sykepleierforbund. Komiteene oppnevnes av Kunnskapsdepartementet for fire år om gangen.

Informert samtykke

Et sentralt anliggende når det gjelder søknadsskjema både til NSD og REK er informert samtykke. Forespørselen skal inneholde viktig informasjon om hva studien innebærer, mulige fordeler, ulemper og alvorlige bivirkninger. Man skal også forklare hva som blir gjort med medisinske prøver eller annen informasjon som

er innhentet. Det skal presiseres at det er frivillig å delta i studien. Vedkommende kan når som helst trekke seg fra studien uten at det får noen konsekvenser. Man tar bare kontakt med informanten etter aktivt samtykke, enten fra personen selv eller fra den aktuelle pårørende.

Kvalitetssikring

Hensikten med fagutvikling er å øke kompetanse for å heve kvalitet på et angitt satsingsområde. Eksempler på dette kan være sårbehandling, omsorg for aldersdemente pasienter eller ernæringsvikt hos eldre. Kvalitetssikringsprosjekt består av data som samles inn som en del av de etablerte rutiner på aktuelle omsorgsnivå for alle pasientene. Ethvert foretak har ansvar for å sørge for kvalitetssikring, innenfor de rammer som krav til personvern setter. Når ansatte undersøker og registrerer data som et ledd i sine daglige rutiner, kreves det ikke godkjenning fra REK. Grensen mellom kvalitetssikring og forskning relatert til beboere kan ofte være uklart (6). Det viktigste er at man ønsker å innhente ny kunnskap, uansett om det er definert som forskning eller kvalitetssikring. Et viktig anliggende i denne sammenhengen er formålet med virksomheten (7).

Forskning

I helseforskningsloven § 4 (3) er medisinsk og helsefaglig forskning definert som «virksomhet som utføres med vitenskapelig metodikk for å skaffe til veie ny kunnskap om helse og sykdom». Et forskningsprosjekt skal ha klare hypoteser eller forskningsspørsmål. Prosjektbeskrivelsen skal gi teoretisk rammeverk og vise til relevant forskning innen samme tema. Ifølge helseforskningsloven § 2 (3) faller forskning på

Hovedbudskap

Livslang læring gjelder ikke bare klinisk kompetanse, men også teoretisk kunnskap. Ny behandling og nye omsorgstiltak skal begrunnes. I alle ledd i helsetjenesten skjer det kvalitetssikring, fagutvikling og forskning. Dersom det skal startes et prosjekt på ditt arbeidssted og med «dine» pasienter er det nyttig å kjenne til rammene rundt en slik aktivitet. Denne artikkelen skal hjelpe deg til å drøfte etiske og juridiske utfordringer i møte med kvalitetsutviklingsprosjekt.

Søkeord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

► Kvalitet ► Forskning ► Etikk ► Jus



PERSONVERN: Hvis man har behov for å lage en liste over personer som deltar i et forskningsprosjekt må det godkjennes av Norges samfunnsvitenskapelige datatjeneste. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

anonyme data utenfor loven der det ikke har vært direkte kontakt mellom forsker og deltaker. Det er viktig å skille mellom aidentifiserbare og anonyme data. Ofte benytter man begrepet «Anonyme på forskers hånd». Det vil si at det eksisterer en kodenøkkel som blir oppbevart hos en ansvarlig instans utenfor forskerens rekkevidde. Data som blir innhentet av ansvarlig personale, uten at forsker møter pasienten kan derfor leveres anonymisert til forsker – og faller uten for REK's ansvar (8).

Fra idé til prosjekt

Ofte er det én person som får ideen til et prosjekt. Det er viktig å få bekreftet om temaet kan danne grunnlag for gode problemstillinger. Man må velge en metode som ut fra kompetanse og ressurser gir best svar på de spørsmålene man stiller.

Som sykepleiere har vi tilgang på sensitive opplysninger. Det er klare retningslinjer for hvordan disse dataenes skal håndteres helsepersonelloven § 21 (1). Taushetsplikten skal ikke være til hinder for medisinsk- eller helsefaglig forskning (ibid.: § 29). Et sentralt juridisk og etisk anliggende i forhold til medisinsk og

helsefaglig forskning blir hvordan forskerne skal få tilgang på data. Dersom man trenger personopplysninger er det nødvendig å skille mellom tre ulike hovedtyper: identifiserbare, aidentifiserbare og anonyme.

Direkte identifiserbare opplysninger er opplysninger som har navn eller fødselsnummer knyttet til seg. Aidentifiserte opplysninger er opplysninger der identifikasjon skjer indirekte ved et løpenummer eller en annen opplysning som peker tilbake på en identifikasjon. Aidentifiserte opplysninger skal tilsvare anonyme opplysninger, bortsett fra at datasettet kan inneholde en nøkkel som peker tilbake til en personidentifikator. For den som ikke har tilgang til nøkkel-registeret, er opplysningene anonyme. Fordi man teknisk sett kan reidentifisere dem, regnes de som aidentifiserte (9).

Ulike prosjekttilnærmingsmåter :

a) Kompetanseutvikling

En gruppe sykepleiere får opplæring i å legge medisiner i multidoser i en større hjemmesykepleieenhet. De deles i to grupper. Gruppe B skal dele ut medisinerne som gruppe A har dosert, og gruppe A skal dele ut medisinerne som gruppe B

har dosert. Alle sykepleierne har tilgang til opplysninger om aktuelle pasienter. Prosjektet varer i fire uker. Det blir skrevet avviksmeldinger og hver uke får gruppe A og B veiledning i forhold til vanlige feil og kunnskap om konsekvensene av aktuelle feilmedisineringer.

Kommentar: Ledelsen vurderte dette som et kompetanseutviklingsprosjekt og ingen eksterne instanser ble kontaktet. Medikament-

«Å organisere et slikt undervisningstilbud kan redusere avvik.»

håndtering er en viktig del av sykepleierens funksjonsområde. Å organisere et slikt undervisningstilbud kan redusere avvik.

b) Kvalitetssikring

Det skal testes ut et nytt skjema som omhandler livskvalitet hos sykehjemsbeboere (10). Skjemaet er oversatt fra engelsk. Hensikten er å se om spørsmålene fungerer både språklig, innholdsmessig og relasjonsmessig. To eksterne sykepleiere (mastergradsstudenter) skal gjennomføre intervjuene. Ledelsen ved et sykehjem



blir kontaktet og de får en skriftlig forespørsel som inneholder en prosjektbeskrivelse og intervjueskjemaet. Skjemaet inneholder alder og kjønn, men ellers ingen andre personidentifiserbare opplysninger. Det skal ikke stilles spørsmål om diagnoser eller andre konkrete spørsmål om helseforhold. Beboerne skal være samtykkekompetente. Sykehjemmet ønsket og delta og 20 beboere var villige til å la seg intervju. Det ble presisert at beboerne sto fritt til å vurdere i hvilken grad de ville besvare alle spørsmålene.

«Det var ikke sykepleiernes livskvalitet det skulle forskes på.»

Samtalene skulle gjennomføres i løpet av to dager, cirka trekvart time per beboer.

Kommentar: Hensikten var å teste ut spørreskjemaet. Dersom skjemaet fungerte bra, ville det bli benyttet i andre sammenhenger senere. Ved å velge beboere i sykehjem trengte ikke studentene opprette noe personregister, og undersøkelsen krevde derfor ingen godkjenning fra NSD. Skjemaet inneholdt ingen helseopplysninger og falt derfor utenfor REK sitt mandat.

c) Personregister

Mastergradsstudentene hadde vurdert dataene fra intervjuene med eldre og deres selvrapporterte livskvalitet. Den norske oversettelsen var blitt justert, og studentene ønsket nå å få sykepleierne til å vurdere hvordan de opplevde beboernes trivsel og livskvalitet. Det var derfor viktig at beboerens primærpleier skulle intervjues. Planen var å inkludere alle beboerne på to poster, til sammen 50 beboere. Disse pasientene behøvde ikke være samtykkekompetente. Denne gangen var det sykepleierne som skulle intervjues, og det var deres vurdering som skulle dokumenteres. Ledelsen svarte ja til denne oppfølgingsstudien. De som ble invitert til å delta måtte enten være offentlig godkjente sykepleiere eller hjelpepleiere. Pleietjenesten var organisert som primærteam, og målet var å få med 20–25 pleiere. På hver av postene var det et par av pleierne som ikke ville underskrive et informert samtykke, og andre i teamet ble forespurt.

Kommentar: Det var ikke opplagt for studentene at det var nødvendig å få informert samtykke fra sykepleierne når pasientene ikke trengte å gi et slikt samtykke. Det var ikke sykepleierens livskvalitet det skulle forskes på. Veileder forklarte at det å innhente skriftlig samtykke var en forsikring ikke bare for sykepleieren som

ga informasjon, men også for studentene selv. Skriftlig informert samtykke gjorde det mulig å kontrollere at opplysningene som ble gitt var blitt notert korrekt og benyttet etter hensikten med intervjuet. Studentene skulle spørre informantene om de ønsket å se utskrift av kvalitative utsagn som kunne benyttes i mastergradsoppgaven. Veileder var også nå klar på at dette neste trinnet av prosjektet heller ikke trengte legges frem for REK. Studentene la frem sine planer på et seminar for mastergradsstudenter. En medstudent lurte på om de hadde søkt datatilsynet om tillatelse til å opprette personregister. Studenten argumenterte med at cirka 20–25 pleiere skulle intervjues. Informantene skulle også få tilsendt utskrifter av intervjuet. Mastergradsstudentene måtte sette seg raskt inn i søknadsprosedyrene til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD), og fikk en ufrivillig pause i datainnsamlingen.

d) Forskningsprosjekt

Mastergradsstudentene avsluttet sitt arbeid og leverte hver sin oppgave om ulike aspekter ved måling av livskvalitet hos sykehjemsbeboere. Veilederen deres vurderte livskvalitetsskjemaet til å fungere så bra at hun anbefalte to nye studenter å gå videre med et nytt prosjekt. Studentene ble forespurt i oppstarten av studien, slik at de kunne få god tid til å planlegge. Denne gangen ble to sykehjem i en middels stor landkommune valgt. Studentene skulle selv intervju de pasientene som ble vurdert av avdelingsleder til å være samtykkekompetente, mens sykepleiere og hjelpepleiere skulle bli intervjuet i forhold til pasientene med kognitiv svikt. De planla å inkludere cirka 50 beboere fra hvert sykehjem. I tillegg til intervjueskjemaet skulle det innhentes opplysninger angående diagnose, medikamenter og fysisk funksjon fra den elektroniske pasientjournalen. Hensikten var å vurdere sammenheng mellom livskvalitet og somatisk lidelse. Avdelingslederne skulle oppbevare en nummerert navnliste. De selvrapporterte livskvalitetsskjemaene samt et eget skjema for helseopplysninger skulle påføres et korresponderende nummer.

Kommentar: Denne studien krevde bruk av helseopplysninger. Studentene hadde i sine prosjektskisser formulert klare forskningsspørsmål. Det måtte innhentes skriftlig samtykke fra pasientene og der pasientene ikke var samtykkekompetente, fra deres nærmeste pårørende. Veileder var tydelig på at denne studien var fremleggelsespliktig for Datatilsynet og REK. Planen var at sykepleierne på de ulike avdelingene skulle hente

ut helseopplysninger fra den elektroniske journalen og overføre dem til helseskjema. Dataene ble derved aidentifisert og «på forskers hånd».

Praktiske råd

Søknadsskjemaene til REK med tilhørende veiledningsdokument har sentrale punkter som man kan bruke i prosjektbeskrivelsen. Man må beskrive om prosjektet har samfunnsmessig nytte, om informert samtykke fra forsøkspersonene ble innhentet på en forsvarlig måte og om informasjonsskrivet inneholder tilstrekkelige opplysninger for dem det gjelder. Man må vurdere om prosjektet vil kunne medføre ulempe for noen av de involverte partene. Man må også nøye beskrive hvordan persondata blir anonymisert slik at et adekvat personvern er sikret.

Et positivt vedtak fra en slik søknad til REK kan være som følgende: Komiteen har vurdert søknaden og godkjenner prosjektet med hjemmel i helseforskningsloven § 10 (2). Det knytter seg imidlertid vilkår til godkjenningen som man må oppfylle før man setter prosjektet i gang.

Godkjenningen omfatter: Tillatelse til å opprette forskningsprosjekt, helseforskningsloven § 10. I tillegg til vilkår som fremgår av dette vedtaket er tillatelsen gitt under forutsetning av at prosjektet gjennomføres slik det er beskrevet i søknaden, protokollen og de bestemmelser som følger av helseforskningsloven med forskrifter.

Ut fra det jeg har nevnt ovenfor setter komiteen følgende vilkår for prosjektet: Komiteen understreker nødvendigheten av at intervjuerne gjøres ekstra oppmerksomme på at beboere uten samtykkekompetanse kun skal inkluderes i prosjektet, dersom samtykke foreligger fra den nærmeste pårørende.

Vilkår vedrørende informasjonssikkerhet: Komiteen forutsetter at man oppbevarer data i aidentifisert form. Det vil si at opplysningene oppbevares uten direkte personidentifiserbare parametre, men hvor man kan finne tilbake til den personen opplysningen stammer fra ved hjelp av en nøkkel eller kode (4).

Gjennomføring av studie

Intervjuene med pleiepersonalet angående vurdering av beboernes livskvalitet gikk greit. Studentene hadde laget en god fremdriftsplan som var innordnet etter pleierens vaktturnus og tidspunkt på dagen som var noe roligere. Når det gjaldt uthenting av helseopplysningene fra den elektroniske journalen, var det svært vanskelig for sykepleierne å prioritere dette. For studentene skapte dette problemer på grunn av

tidsrammene for mastergradsstudien. Etter samtaler med veileder og ledelsen for sykehjemmet ble man enige om å sende en endringssøknad til REK angående fritak fra taushetsplikten, slik at de selv kunne hente ut materiale fra den elektroniske journalen.

Departementet har delegert myndighet til REK om at helseopplysninger kan gis til bruk i forskning, og at det kan skje uten hinder av taushetsplikt etter helsepersonelloven § 29 (11). Til slikt vedtak kan det imidlertid være knyttet visse vilkår. Studentens endringssøknad ble behandlet i REK, men det ble ikke funnet grunnlag for å gi studentene tillatelse til selv å innhente sensitive opplysninger. De ble anbefalt å «frikjøpe» en ansatt som hadde adgang til data, slik at de kunne få opplysningene i aidentifisert form.

Publisering

Studentene fikk hjelp av en statistiker til å analysere data. De fant flere interessante resultater. Veilederen deres anbefalte dem å skrive en forskningsartikkel. De mest interessante funnene var knyttet til student A's mastergradsoppgave. Det var derfor naturlig at hun var førsteforfatter, på den andre siden var A høygravid og regnet med å få liten tid til skrivearbeid. Student B, som fikk den største arbeidsbyrden, ble førsteforfatter og student A andreforfatter. Statistikerens, som i tillegg til den tekniske siden ved dataanalysen bidro med faglige innspill, ble 3. forfatter, veilederen ble 4. forfatter og sto til sist. Da mente sykepleierne at «Hanne Olsen», som hadde brukt betalt fritid på å hente ut helseopplysninger fra den elektroniske journalen, også burde være

medforfatter. Hun hadde dessuten vært med på å organisere en plan for intervjuer med pleierne. Rent pedagogisk og psykologisk ville det vært riktig å også inkludere en fra praksisfeltet, men vedkommende hadde ikke bidratt tilstrekkelig til undersøkelsen. Vancouver-gruppens forfatter-skapskriterier legger vekt på at den enkelte må ha oppfylt alle tre følgende kriterier for å være forfatter: 1) ha betydelige bidrag til unnfangelse og design, datainnsamling, eller analyse og tolkning av data, 2) utarbeide artikkelen eller revidere den kritisk for viktig intellektuelt innhold, og 3) gi endelig godkjenning av versjon til publisering. Alle forfattere bør oppfylle betingelsene 1, 2 og 3 (12).

Sitering og kilder

Et viktig anliggende i forhold til etikk og redelighet innenfor fagutvikling og forskning er korrekt bruk av sitater og referanser. Ved sitatfeil er det nærliggende å anta at forfatterne ikke har lest originalartikkelen eller at vedkommende ikke har forstått innholdet. Sitering reflekterer det akademiske arbeidet til forfattere og tidsskriftet, og dårlig sitering reduserer verdien av publiserte artikler (13-14). En vanlig feil er å sitere redaktøren av en antologi og ikke forfatteren av det aktuelle kapitlet. Det blir også ofte referert til eller sitert fra en artikkelforfatter og ikke de teoretikerne eller forskerne som har utført den aktuelle undersøkelsen som omtales. Dersom man må benytte sekundære kilder skal dette angis tydelig.

Oppsummering

Det stilles strenge etiske og juridiske krav til alle prosjekter som omfatter helseopplysninger. Ved

planlegging av et prosjekt må man tenke nøye over hvilke data det er nødvendig å innhente. Dersom man er usikker på om prosjektet skal kategoriseres som kompetanseutvikling, kvalitetssikring eller forskning, bør man søke hjelp hos den faglige ledelsen på praksis- og eventuelt studiestedet. Ethvert prosjekt som inneholder personopplysninger og skal bearbeides digitalt trenger godkjenning fra Datatilsynet. Forskningsprosjekt som omfatter medisinske og helsefaglige spørsmål krever REK-godkjenning. Enhver publisasjon må overholde internasjonale regler for forfatterskap, bruk av sitat og referanser. ■■■

LITTERATUR

1. Lov av 14. april 2000 nr. 31 om behandling av personopplysninger (personopplysningsloven) (www.lovdato.no).
2. Norge Samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD). Meldeskjema for Personvernombudet for forskning.) Bergen: Universitetet i Bergen; 2009.
3. Lov av 20. juni 2008 nr. 44 om medisinsk- og helsefaglig forskning (helseforskningsloven) (www.lovdato.no).
4. Helse- og omsorgsdepartementet. Veileder til lov av 20. juni 2008 nr. 44 om medisinsk og helsefaglig forskning (helseforskningsloven). <http://www.regjeringen.no/upload/HOD/HRA/Veileder%20til%20helseforskningsloven.pdf>. 5. Lov av 30. juni 2006 nr. 56 om etikk og redelighet i forskning (forskningsetikkloven) (www.lovdato.no).
6. Utne PH, Thelle DS. Kvalitetssikring eller forskning? Tidsskr Nor Legeforen. 2009; Nov 19; 129(22): 2385.
7. Ruyter KW. Etikk i forskning Sykepleien Forskning - Om forhåndsgodkjenning av forskningsprosjekter i regionale etiske komiteer. 2010; 5(1):72-8.
8. Simonsen S, Hølen J. Er forskningsprosjekter med innsamling av anonyme data å anse som forskning på mennesker? Forskningsetikk. 2010; 10(1): 22-3.
9. Langtvedt NJ. Personopplysninger. 2009. <http://www.etikk.no/FBIB/Temaer/Personvern-og-ansvar-for-den-enkelte/Personopplysninger/LOV-2006-06-30> nr. 56.
10. Sørbye LW, Grue EV, Vibe O. Trives på sykehjem. Sykepleien 2011;99, 8:68-71.
11. Lov av 2. juli 1999 nr.64 om helsepersonell m.v. Helsepersonelloven med endringer, sist ved lov av 27. juni 2008 nr. 65 (i kraft 1. januar 2009) og av 14. november 2008 nr. 80.) 2009.
12. The International Committee of Medical Journal Editors. Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals: ethical considerations in the conduct and reporting of research. Date: Available from: www.icmje.org/ethical_1author.html (13.11.2010)
13. Schulmeister L. Quotation and reference accuracy of three nursing journals. Image J Nurs Sch. 1998; 30(2): 143-6.
14. Gosling CM, Cameron M, Gibbons PF. Referencing and quotation accuracy in four manual therapy journals. Man Ther 2002; Feb; 9(1): 36-40.



Xwear.no

Kompresjonsstrømper gir opptil 30% bedre sirkulasjon og restitusjon i dine føtter...

Til arbeid,
sport og
fritid!



Den vesle heksa

Det er triste tider for mine bøker. De er pakket i plast og plassert i kjellerboden. Vi pusser opp, og snart skal de få komme hjem igjen. I mellomtiden går jeg rundt i en nesten bokløs leilighet. Og kjenner på savnet. Eller, det er forstemmende mange bøker jeg ikke skjenker en eneste tanke. Bøker jeg har lest og er ferdig med. Faktisk er det bare én bok jeg kjenner savnet av i magen. Den handler om en liten heks. Så vidt jeg husker, har hun en veldig stor nese på tegningene. Og hennes store frustrasjon er at hun er for liten. Så liten at hun ikke får være med de andre heksene og danse på Bloksberg. Boken ble først lest for meg, så leste jeg den selv. Antakelig kjøpt gjennom Bokklubbens barn for mange år siden.

Boken heter «Den vesle heksa», og er skrevet og illustrert av Otfrid Preussler, som jeg nå finner ut er tysk barneskolelærer og forfatter. På nettet er flere småbarnsmødre på nostalgisk jakt etter boken.

Brått føler jeg ikke bare savn, men skam. Ikke bare blir heksa nektet på Bloksberg, nå er hun forvist til en fuktig kjeller. På tide å hente henne inn i varmen igjen.



Nina Hemæs

Omsorg til hele

Sidsel Tveiten har skrevet sin tredje bok om barnesykepleie. Denne gangen med vekt på familien.

Tekst **Susanne Dietrichson** Foto **Stig Weston**

Hele familien er målgruppe når et barn blir sykt. Derfor har førsteamanuensis Sidsel Tveiten valgt å vektlegge familiesentrert sykepleie og sykepleierens pedagogiske funksjon i sin siste bok *Sykepleie til barn*.

– Når et barn legges inn på sykehus må man som sykepleier forholde seg til en eller begge foreldrene og kanskje søsken og andre familied medlemmer i tillegg til pasienten, sier Tveiten.

– Dette kan være krevende. Foreldrene er ofte engstelige og bekymret og trenger mye støtte. I tillegg skal sykepleieren ta hånd om det syke barnet. Da er det viktig å være klar over at foreldrenes tilstedeværelse er til beste for barnet.

Tveiten er opptatt av at sykepleieren kan bidra til å fremme tilknytning og samspill mellom foreldre og barnet.

– I kapittelet om barns utvikling beskrives sårbarhetsfaktorer og beskyttelsesfaktorer for barn når de er syke. Det at foreldrene er til stede hos barnet på sykehus er et eksempel på en slik beskyttelsesfaktor. Det samme gjelder god kommunikasjon, sier hun.

– Ta et barn som blir lagt inn på sykehus med pustebesvær. Dette er ofte svært angstframkallende, både for barnet og foreldrene. I en slik sårbar situasjon er det viktig å kommunisere med foreldre og barn på en måte som skaper trygghet og demper frykt.

Boken er delt inn i tre hovedte-

maer. Som medforfattere har Sidsel Tveiten fått med seg den svenske barnesykepleieren Anne Wennick og sin egen datter Hanna Friis Steen, som er psykolog.

– Hensikten er å formidle et sykepleiefaglig, psykologisk og pedagogisk kunnskapsgrunnlag for familiesentrert sykepleie, forteller Tveiten.

– Anne har skrevet om sykepleie til barn med ulike symptomer og Hanna har skrevet om utviklingspsykologiske aspekter som er av betydning når barn er syke, forteller hun.

«Det er viktig å være klar over at foreldrenes tilstedeværelse er til beste for barnet.»

Om datteren har latt seg inspirere av henne i valg av yrke vil hun ikke mene noe om.

– Men det er morsomt å tenke på at jeg dedikerte min første bok om barnesykepleie til henne, og at en av hennes barnetegninger prydet omslaget på bok nummer to. Og nå er hun altså medforfatter, sier Tveiten og smiler.

– Det er viktig at barnas utvikling ikke stagnerer mens barna er syke, derfor er utviklingspsykologi viet et eget kapittel i boken.

Anne Wennick har skrevet et kapittel om syke barns behov og de vanligste symptomene på sykdom hos barn

som feber, hoste, kvalme, ernæringsproblemer og søvnproblemer.

– Barn har andre symptomer enn voksne på de samme lidelsene, derfor er dette grunnleggende kunnskap for alle som jobber med syke barn, sier Tveiten.

Et annet sentralt tema i boken er empowerment.

– Samhandlingsreformen og det sterke fokuset på brukermedvirkning har gjort at sykepleierens pedagogiske funksjon er viktigere enn noen gang, understreker Tveiten.

– Pasientene tilbringer stadig kortere tid på sykehus, det samme gjelder barn. Dette stiller større krav både til pasienten og de nærmeste pårørende.

Tveiten ønsker å vise hvordan mestringskompetansen hos barn og voksne kan styrkes på en god måte når barnet blir sykt.

– Det at barnet og familien selv blir i stand til å ivareta barnets helse etter at det kommer hjem fra sykehuset, krever at kunnskap om sykdommen blir formidlet på en god måte, sier hun.

I boken gir Tveiten innføring i forskjellige metoder for å styrke mest-

familien

ringskompetansen hos barn og foreldre og gir eksempler på hvordan man kan bruke disse metodene i praksis. Hun forklarer at coaching er en samtaleform som har til hensikt å hjelpe den som coaches til å nå egne mål.

- I coaching er spørsmål og aktiv lytting vektlagt, sier hun.

- Enkelt sagt har coaching mer konkrete mål enn veiledning. Hvis et barn skal lære å sette sprøyte på seg selv kan sykepleieren benytte elementer av coaching for å hjelpe barnet til å nå dette konkrete målet.

Hun presiserer at coaching og veiledning ikke er det samme.

- I veiledning er det dialogen som er hovedformen, sier Tveiten.

- Man kan si at veiledning handler om gjensidig å belyse hverandres banehalvdel for å øke den felles forståelsen av barnets og familiens situasjon og opplevelse. Den økte forståelsen kan styrke mestringskompetansen.

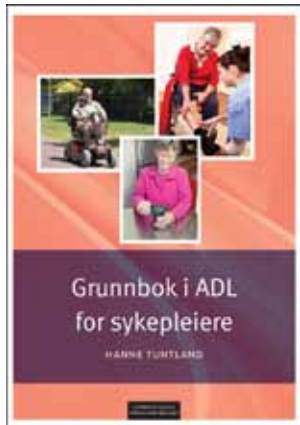
Bokas primære målgruppe er sykepleiestudenter på bachelornivå. Tveiten påpeker at barnesykepleie har fått mindre plass på pensum og frykter for rekrutteringen til faget.

- Grunnen til at barnesykepleie ikke lenger har så stor plass i grunnutdanningen er trolig at vi sliter med å få nok praksisplasser. Men hvis vi skal greie å rekruttere studenter til å ta videreutdanning i barnesykepleie er det viktig at barnesykepleier vektlegges på bachelornivå, presiserer hun. ■■■



Sidsel Tveiten

Aktuell med: Sykepleie til barn.
Familiesentrert sykepleie



**Grunnbok i ADL
for sykepleiere**

Av Hanne Tuntland
115 sider
Cappelen Damm Høyskoleforlaget
ISBN 978-82-7634-969-6
Anmelder: Liv Wergeland Sørbye, sykepleier
og professor

Kort om ADL

ANMELDELSE: For de fleste av oss er det å komme seg opp om morgenen en selvfølge. Vi vasker oss, spiser og drar på jobb. Etter endt arbeidsdag handler vi mat, lager middag og tar kanskje en joggetur før vi gjør oss klar for natten. Dagliglivets aktiviteter behersker vi uten noe utdanning. Det er kanskje derfor helsepolitikere og kommuneansatte ikke har noe problem med å bruke ufaglærte til omsorgsoppgaver. Mange vet ikke hvor komplisert og utfordrende det er å støtte pasienter som er utsatt for midlertidig eller kronisk egenomsorgssvikt. På grunn av tidspress er det raskere å kle på pasienten, enn å vente på at vedkommende utfører dette selv.

Denne boken handler om Activities of Daily Living (ADL). Den om-

handler grunnleggende forståelse av ADL, eldres spesielle behov, hvordan foreta en korrekt vurdering og praktisk ADL-trening og tilrettelegging. Forfatter Hanne Tuntland gir råd om hvordan pasienter med ulike typer funksjonssvikt kan fungere best mulig ved egen hjelp. Illustrerende eksempler viser hvordan en pasient med halvsidig lammelse kan ivareta påkledningen selv. Hun gir også gode tips om personer med dårlig hukommelse.

Tuntland anbefaler at hjemmeboende i risikozonen bør få besøk av en trygghetssykepleier som gir råd om helsebevarende og forebyggende tiltak. I dag er det utviklet en rekke tekniske og elektroniske hjelpemidler for å øke den enkeltes egenomsorg. Det er viktig å holde seg à jour om

nye hjelpemidler. Det trengs også spesialkompetanse fra andre yrkesgrupper enn sykepleiere. Forfatteren er selv ergoterapeut og advarer mot «monofaglighet». Hun viser til at skrøpelige eldre i sykehjem har et av de dårligste tverrprofesjonelle tilbudene innen helsevesenet.

I Norge blir alle pasienter som får kommunehelsetjenester registrert i IPLOS. Forfatteren savner en kartlegging av behovet for å bedre funksjon og øke deltakelse.

Denne boka er en kortversjon av forfatterens bok om ADL, som ble utgitt i 2011. Jeg anbefaler sykepleiere å lese «hovedboken». Å kjenne innholdet i kortversjonen bør være et minimumskrav til alle studenter og andre som arbeider med personer med redusert egenomsorg.



helse.digital

Digitale arenaer i praksis og utdanning
Av Siw Blix, Norman Anderssen og Tove Størdal (red.)
304 sider
Cappelen Damm Akademisk, 2012
ISBN 9788202350208
Anmelder: Sturle J. Monstad sykepleier/M.
Phil.Health Promotion

Halvdigitalt

ANMELDELSE: Denne boken kommer fra miljøet rundt Høgskolen i Finnmark og akademikere tilknyttet denne. Tema omkring digitalisering av hverdag og yrkesliv, men spesielt utdanning, er sentralt gjennom bokens 300 sider, samt i de nyttige lenkene til online-ressurser.

Forskjeller mellom den typiske 50+ lærer i helseutdanning og den unge studenten blir glimrende illustrert. Web 2.0-tilnærminger med utstrakt bruk av sosiale medier og digital interaksjon blir eksemplifisert. Hovedleseren er nok læreren, og da kan en med fordel forklare uttrykk som brukes for å illustrere ulike erfaringsbakgrunn (ROFL = Rolling On Floor Laughing, 10Q = thank you).

Diskusjonen om og kritikken av dagens «læringsplattformer» (som Itslearning og Fronter) er kanskje

spesielt nyttig for mange lesere. Dette er systemer som ikke helt har fulgt utviklingen med økt digital «web 2.0»-interaksjoner. Studenter velger kanskje heller å bruke Facebook, Skype eller Google-verktøy for å kommunisere, og lærer må forholde seg til at læringsplattformen kanskje ikke appellerer. I noen tilfeller følger kanskje læreren etter til steder studentene foretrekker.

Arbeidet med boken startet i 2008, og noen kapitler burde i redigering blitt strammet opp og oppdatert. (Et eksempel er et avsnitt der simulering i helse omtales; «I Finland er dette på planleggingsstadiet (Bakken, 2006)»). Kanskje burde «apper» i utdanning blitt omtalt mer?

Forfatterne innser den raske utviklingen og beskriver derfor deler av innholdet som «snapshots» fra en

annen virkelighet enn vi har i dag. Det kan imidlertid være nyttig å lære av historien, og norsk helseutdanning kan jo spille en rolle mot land der våre historiske utfordringer er mer vanlig.

Jeg savner at ikke flere forfatteren deler lenker til sine egne blogger, og vil vise til mer av sitt arbeid på nett. Jeg synes også det er litt rart at det ikke finnes en nettside for å øke bokens nytteverdi, i en digital virkelighet preget av stadig ny kunnskap, verktøy og politikk.

Bokens temaer er og blir aktuelle, og det er lærerne som vil ha størst nytte av boken. Den kan utvide horisonten for hvordan legge til rette for et godt digitalt læringsutbytte for studentene. Men en bør ha internettressurser og gjerne noen kritiske studenter med seg i diskusjoner om hvordan en kan øke læringsutbyttet.

Viktige tanker fra Kari Martinsen

ANMELDELSE: Med eksempler fra sykepleiernes praksis viser Kari Martinsen i denne boken hvordan Løgstrups tenkning kan inspirere til og omsettes i en «anvendt etikk». Samtidig viser hun med eksemplene hun bruker at nettopp sykepleiepraksis kan opplyse den etisk-filosofiske tenkning.

Martinsen tar opp temaer som sansning. For eksempel beskriver hun at mennesket ofte tar pusten for gitt. Når sykepleieren er med den akutt syke pasienten, og er oppmerksomt til stede og passer på at pasienten ikke stresser mer enn nødvendig, og dermed finner tilbake til en god rytme å puste i, da spiller sansningen en sentral rolle. Da må man med sitt faglige skjønn finne ut hvordan man kan støtte akkurat denne pasienten.

Martinsen fortsetter i noe av det samme spor som i boka *Omsorg, medisin og sykepleie* fra 2003. Men i denne boka tar hun en annen vending, og tar leseren med i sine tankerekker om et tema som skammen. Dog er skam som begrep i seg selv noe misvisende, fordi det Martinsen problematiserer her er følelsen av en slags skam som oppstår i den enkelte sykepleierens møte med den komplekse pasientsituasjon. I dette møtet dreier det i dagens helsevesen seg om knapphet på tid. Men i stedet for at den enkelte sykepleier utnytter den iboende mulighet til å rette opp-

merksomhet på nettopp mangel på tid, blir resultatet ofte at den enkelte ikke føler seg god nok, at man ikke strekker til – med Martinsens ord: «kjenner på en viss form for skam». Følelsen av utilstrekkelighet.

Tom A. Kjær, den danske teologen, har etter invitasjon fra Kari Martinsen skrevet avslutningskapitlet i boka. Kjær skriver varmt om omsorgen og har lang erfaring, blant annet 16 år som sykehusprest i nært samarbeid med sykepleiere. Kjær skriver også om sansningen, som gir seg til kjenne ved at sykepleieren også i akutte og livreddende handlinger med sin varhet «gør den (lidelsen), mer utholdelig».

Michel Foucault er en annen filosof som Martinsen tidligere har samarbeidet med om sine bøker. I den tidligere nevnte *Omsorg, medisin og sykepleie* kommer hun blant annet inn på hvordan fenomenologer kan bli mer skarpe i sine spørsmål og mer samfunnskritiske. Både Foucault, Løgstrup og Heidegger kan hver på sin måte kaste lys over forholdet mellom subjektet, de samfunnsmessige betingelsene (hvilke ressurser er tilgjengelige?) og det ontologiske nivået (livsbærende og grunnleggende).

Martinsen fører sin penn i kjent filosofisk stil. Som sykepleieteoretiker har hun avgjort spilt en sentral rolle, i Norden og Danmark framfor alt,

men blir også lagt merke til i andre land. Som filosof fungerer Martinsen godt. Hun er kritisk til de bestående «sannheter», for eksempel i den kliniske hverdag. Som i et av kapitlene i denne boka, der dette med tempo og tid debatteres og tas opp som et reelt problem for den enkelte yrkesutøver. Hun er spesielt dreiet mot den fenomenologiske og hermeneutiske tradisjon innen filosofien, og er opptatt av den unike pasientens ve og vel. Hun har en evne til å filosofere over det som er særegent akkurat for den enkelte pasient hun beskriver.

For å være litt kritisk mot Martinsen, vil jeg anføre at hun for mange klinikere kan være noe vanskelig å få tak på. Språket er til tider noe tungt og drømmende i formen. Samtidig savner jeg noe som kunne fungere som en enda klarere oppfordring til sykepleiere i klinikken som strever med både utilstrekkelige budsjetter, selvtillit eller hva det skulle være. Kari Martinsen har mange tanker, men de er filosofiske og er ikke alltid lette å omsette til et slags praktisk råd om hva man kan gjøre dersom situasjonen i den kliniske hverdagen er som den er.

Likevel er hennes tanker og innspill om forholdene i helsevesenet viktige, for man kan bli flinkere til å reflektere mer over den faktiske virkeligheten i helsevesenet.



Løgstrup og sykepleien

Av Kari Martinsen
Med bidrag fra Tom A. Kjær
Akribe, 2012
199 sider
ISBN 978-82-7950-161-9
Anmelder: Bjørn Rogne Christensen, operasjonssykepleier, Lovisenberg Diagonale Sykehus

Hva leser du nå?



Liker det burleske

Akkurat nå er jeg fryktelig opptatt av Sykepleierforbundets historie, sier forbundets ferske fagsjef, **Kari Bugge**.

Før hun kastet seg over historien, leste hun ut *Hundreåringen som klatret ut gjennom et vindu og forsvant* av Jonas Jonasson.

– Den sier noe om at det kanskje ikke er så farlig hva man gjør på slutten av livet, sier Bugge.

– Feiring med ordfører og sykehjems-

bestyrer er ikke noe for hovedpersonen. I stedet hopper han ut av vinduet, og går over en del grenser, også grenser som ikke er helt greie. Det blir noen lik på veien, men på finurlig vis kommer han unna med det meste.

Boken forteller også hundreåringens livshistorie, som har vært uvanlig, og også verdenshistorie.

– Kanskje kan boken være en inspi-

rasjon for den eldre befolkningen, sier Bugge, som fikk den av sin mor på 82.

– Hun likte den veldig godt.

– *Har du en favorittbok?*

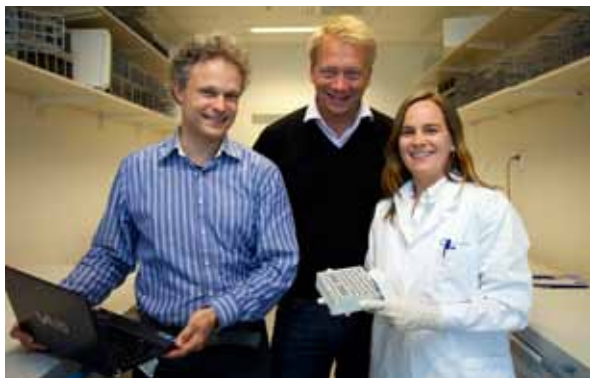
– Jeg liker godt burleske ting, som bøkene til John Irving. *Enke for et år* er fantastisk fin. Det er en god historie om sorg. Morsom, burlesk og trist, sier Kari Bugge.

Tekst og foto **Nina Hernæs**

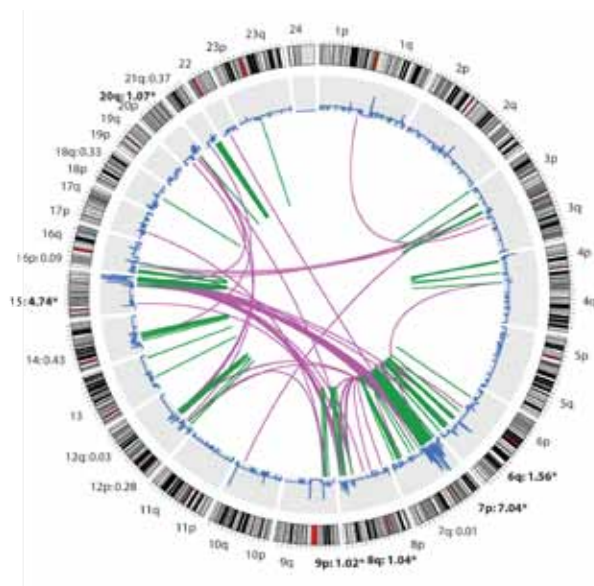
Oppdager hissig bryst

Nå er det mulig å identifisere hissig brystkreft ved å tolke det matematiske mønsteret i kreftgenomet.

Tekst og foto **Yngve Vogt/Apollon**



TALL-KNUSING: Onkolog Hans Kristian Volla og patolog Hege Russnes har inngått et tett samarbeid med bioinformatiker Ole Christian Lingjærde for å finne den statistiske sammenhengen mellom endringene i kreftgenomet og hvor alvorlig sykdommen er. Foto: Yngve Vogt



GENKAOS: Det store hjulet viser hele genomet med 24 kromosomer. De buede linjene i midten viser hvordan genmateriale har byttet plassering. Figur: Ole Christian Lingjærde

Forskere ved Universitetet i Oslo (UiO) har utviklet en helt ny metode for å skille mellom de brystkreftpasientene som har høy og de som har lav risiko for å dø av sykdommen.

– Dagens metoder er for dårlige til å forutsi hvem det går bra og hvem det går dårlig med. Vi har ønsket å identifisere de alvorlig syke pasientene, slik at de kan få aggressiv behandling, forteller Hege Russnes ved Avdeling for patologi og Avdeling for genetikk ved Oslo universitetssykehus (OUS) og UiO.

For å være på den sikre siden, blir unødige mange brystkreftpasienter behandlet med cellegift.

– I dag får mange pasienter cellegift selv om de ikke trenger denne behandlingen. Uten behandlingen kunne de ha sluppet alvorlige bivirkninger. Bivirkningene kan noen ganger bli kroniske eller livstruende. Med den nye metoden vår kan vi skille mellom pasienter med god og dårlig prognose. Det gjør det lettere å velge

for informatikk ved UiO. Han er professor i medisinsk bioinformatikk, et nytt fagområde som bruker statistikk, matematikk og informatikk til å løse komplekse problemer i kreftbiologien.

De fire forskerne har funnet den statistiske sammenhengen mellom endringene i kreftgenomene og sykdomsforløpene til 600 norske brystkreftpasienter gjennom ti år.

For hver av pasientene har de målt opptil 240 000 egenskaper i genomet i kreftcellene.

– Vi druknet i informasjon og måtte bruke matematiske og statistiske metoder for å identifisere de komplekse endringene i genomet. Vi så på lokale områder i genomet der DNA-bitene var stokket om hverandre. I noen områder mangler det gener. I andre områder er det for mange gener. De statistiske analysene viser at høy kompleksitet var klart assosiert med økt risiko for å dø av sykdommen, forteller Volla.

I samarbeid med Universitetet i Cambridge skal de nå undersøke om de får de samme sva-

«Dette blir en veldig viktig del av den nye patologien» Hege Russnes

hvilken behandling pasientene skal ha, forteller onkolog Hans Kristian Volla på Avdeling for onkologi og Avdeling for genetikk ved OUS og UiO.

Finner mønsterendringene i genomet

Mange snakker om å finne det spesielle kreftgenet. Så enkel er ikke virkeligheten. Den nye metoden ser på endringene i hele arvestoffet i kreftcellene.

For å klare dette har de to medisinerne, sammen med forskningsleder, UiO-professor Anne-Lise Børresen Dale, inngått et tett samarbeid med Ole Christian Lingjærde på Institutt

rene i 2000 britiske og kanadiske brystkreftprøver.

– Hvis den store studien i Cambridge bekrefter våre funn, kan både vi og andre fagmiljøer ta opp tråden og gjøre mer målrettede, kliniske studier for å teste om metoden vår kan komme pasientene til gode, sier Ole Christian Lingjærde.

Da vil det være mulig å gi hurtige, diagnostiske svar på hvilken type brystkreft pasienten har.

I dag bruker patologer mikroskop for å diagnostisere brystkreft og si hvor alvorlig pasienten er rammet. Men det er ikke mulig å se de komplekse genomendringene i mikroskopet.

kreft

– Detaljerte genanalyser og statistiske metoder kan hjelpe oss videre. Dette blir en veldig viktig del av den nye patologien, forteller Russnes.

Genkaos i kreftceller

Det menneskelige genomet består av 24 kromosomer. Under normale forhold har hvert av de 20 000 genene en fast plass på et av de 24 kromosomene. Hvert gen består av en mengde basepar. Et genom har til sammen 3,3 milliarder basepar.

Med unntak av kjønnskromosomene har friske celler alltid to kopier av hele genmaterialet. Kopitallet er med andre ord alltid lik to i friske celler.

– I kreftcellene skjer det endringer i genomet, inkludert endringer i kopitallet. Endringene kan være veldig lokale eller involvere store områder i et kromosom. Vi har fokusert på de situasjonene der det er mange lokale endringer innenfor et begrenset område av genomet, forteller Lingjærde.

Algoritmen hans gjenkjenner de områdene i genomet som har et høyt antall kopier.

Moderne behandling

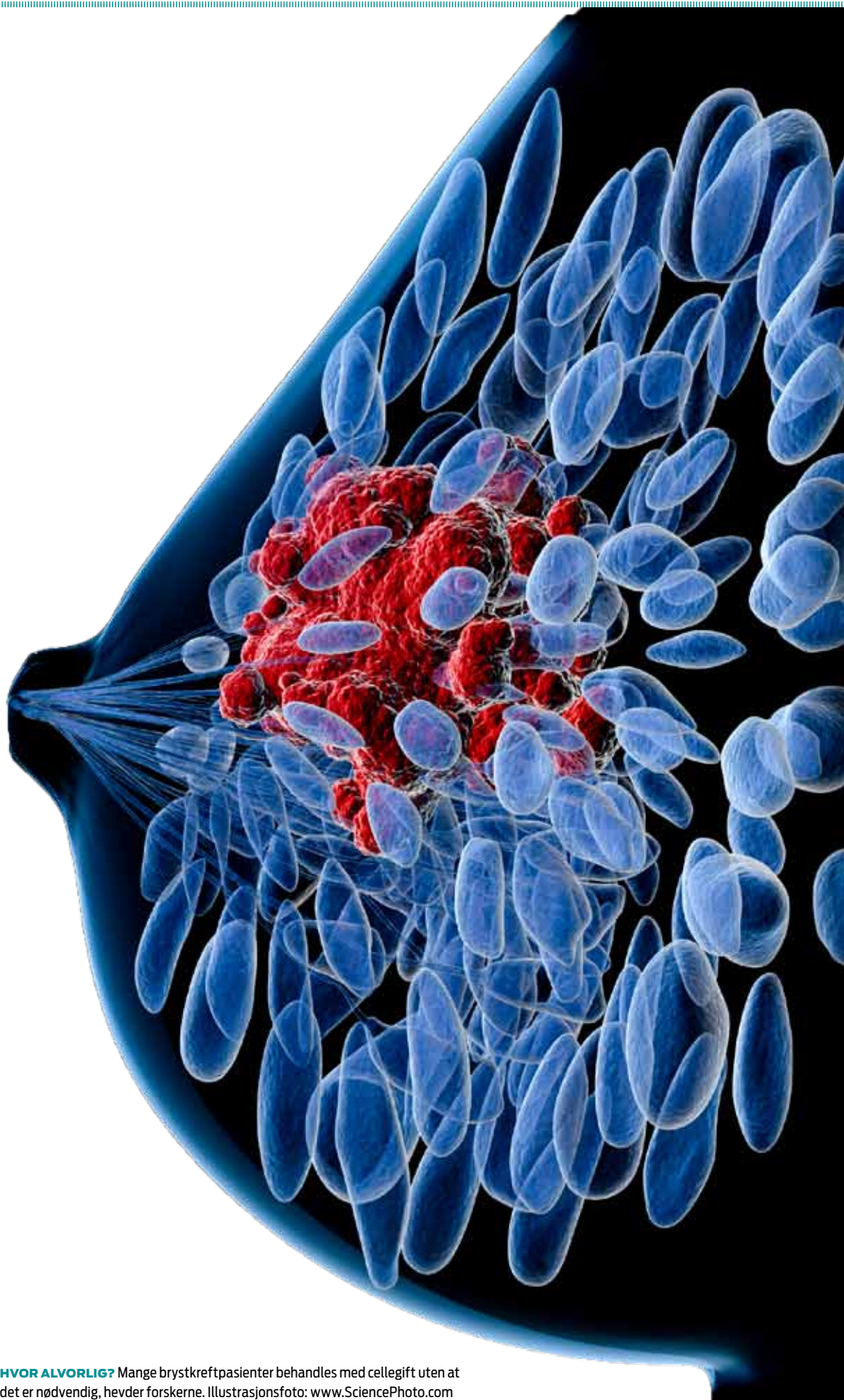
De fire norske forskerne står i spissen for prosjektet, sammen med amerikanske, engelske og svenske forskere.

De er nå i gang med å videreutvikle metoden for å identifisere nøyaktig hvilke områder i genomet og hvilke gener som hyppigst rammes av de komplekse endringene i genomet.

Den nye kunnskapen kan også bli viktig for å finne en målrettet, molekylær behandling mot brystkreft. ■■■

Artikkelen er også trykket i forskningsmagasinet *Apollon*.

HVOR ALVORLIG? Mange brystkreftpasienter behandles med cellegift uten at det er nødvendig, hevder forskerne. Illustrasjonsfoto: www.SciencePhoto.com





FAG

Hjerte- og karsykdom

Jan Helge Halleraker,
lege, førstelektor,
Høgskolen Stord/
Haugesund

Bør vi spise mer mettet fett?

Ny forskning viser at mettet fett antakelig ikke er så usunt som man har trodd.

I flere tiår har det vært allment akseptert at mettet fett fører til økt forekomst av hjerte- og karsykdom. Ny forskning setter imidlertid spørsmålsteget ved om dette er korrekt. En del nye studier peker nemlig i retning av at hovedårsaken til folkesykdommer som hjerte- og karsykdommer, overvekt og diabetes mellitus type 2 heller er å finne i et for stort inntak av raffinerte karbohydrater.

Ny forskning

Jeg hadde undervist sykepleiestudenter ved Høgskolen Stord/Haugesund om hjerte- og karsykdommer i tjue år, da jeg oppdaget en notis i Tidsskrift for Den norske legeforening som vakte min interesse. I nr. 10, 2010 skriver nemlig assisterende redaktør Erlend Hem følgende: «Mettet fett i kosten er ikke forbundet med økt forekomst av hjerte- og karsykdom. Det viser en metaanalyse i American Journal of Clinical Nutrition» (1, s. 130). Denne metaanalysen refererer til 21 ulike studier som til sammen inkluderte over 340 000 mennesker i perioder på mellom 5 og 23 år, og konkluderer med at inntak av mettet fett ikke øker forekomsten verken av koronar hjertesykdom eller hjerneslag (2).

Helseopplysning

Høsten 2011 hadde jeg denne artikkelen i mente da jeg fikk en forespørsel fra ledelsen ved Høgsko-

len Stord/Haugesund om jeg kunne tenke meg å holde et foredrag over temaet: «Kost, helse og julefett». Det ble fortalt at dette var en nysatsning for å nå ut med viktig kunnskap til et større publikum, og at foredraget derfor skulle legges ut på YouTube (3). Jeg svarte ja på forespørselen, for jeg har alltid vært av den oppfatning at helseopplysning er en meget viktig oppgave for helsepersonell.

Sunt fett

Julefett (les mettet fett) var altså ett av stikkordene. Et av spørsmålene jeg måtte ta stilling til var om jeg skulle støtte de kostholdsanbefalinger som i flere tiår har gått ut på at man må unngå mettet fett i kosten fordi det gir økt forekomst av hjerte- og karsykdom, eller om man skulle tillegge disse nye vitenskapelige funnene som ble trukket frem i artikkelen i Tidsskrift for Den norske legeforening større vekt. Etter å ha gjennomgått en stor mengde faglitteratur, kom jeg til at mettet fett i hovedsak synes å være sunt, og at inntaket kanskje til og med bør økes. Men jeg vil understreke at all kostholdsforskning er beheftet med en betydelig grad av usikkerhet. Det er så mange ulike variabler å ta hensyn til, og jeg forbeholder meg derfor retten til å endre standpunkt dersom pålitelig forskning senere skulle komme til en annen konklusjon.

Karbohydrater

Etter hvert som jeg leste meg ytterligere opp på temaet, ble jeg mer og mer overbevist om at den viktigste årsak til folkesykdommer som hjerte- og karsykdommer, overvekt og diabetes mellitus type 2, er et for stort inntak av raffinerte karbohydrater, og spesielt karbohydrater med høy glykemisk indeks, og kanskje særlig monosakkaridet fruktose som blant annet finnes i sukker (4,5,6,7,8,9). Raskt absorberbare karbohydrater gir høyt insulinnivå i blodet som synes å ha flere uheldige fysiologiske effekter. Det er for eksempel antydning at det gir en lavgradig kronisk betennelsestilstand i kroppen. Insulin er også et meget effektivt fettlagringshormon, og hyperinsulinemi synes å låse fett til kroppen slik at vektnedgang blir vanskelig. Fruktose har riktig nok lav glykemisk indeks, men det

kan kun metaboliseres i leveren og overbelaster derfor denne nokså fort, og er trolig derfor årsak til ikke-alkoholisk fettlever hos betydelige deler av befolkningen, og spiller også trolig en vesentlig rolle i utviklingen av metabolsk syndrom. Et høyt inntak av fruktose kan også føre til uheldige fysiologiske effekter som ugunstig fettsammensetning i blodet, høyt blodtrykk og annet. (4,5,6,7).

Overvekt

Det er verdt å notere seg at mens fettandelen i kosten har gått betydelig ned fra 1980 og fram til i dag (fra 40 prosent til 30 prosent av energiinntaket), så har antallet overvektige, for eksempel i USA, økt kraftig i samme tidsrom, og nærmere 80 prosent av alle amerikanere regnes nå som overvektige (BMI over 25). Nylig kom det også tall som viser at 75 prosent av alle norske menn regnes som overvektige. Rundt år 1900 var 0,7 prosent av befolkningen i USA klassifisert som fete («obese»), det vil si en BMI på over 30. I dag gjelder dette 32 prosent av innbyggerne i USA (9). Mange forskere mener at dette i stor grad kan tilskrives en økning i inntaket av raffinerte karbohydrater, og kanskje særlig sukker og derved fruktose (4,5,6,7,8,9).

Hjerte- og karsykdom

For 100 år siden var hjerte- og karsykdommer nesten et ukjent begrep i USA. I dag er det folkehelseproblem nummer én både i USA og Norge. I 1950 var det, for eksempel, 500 spesialister i kardiologi i USA, mens det i dag er 30 000 (9). Mye tyder på at også økningen i forekomsten av hjerte- og karsykdom i stor grad kan skyldes et økende inntak av fruktose og karbohydrater med høy glykemisk indeks. (4,5,6,7,8,9). Det gir nemlig en ugunstig lipidprofil. Det senker det gode kolesterolet, HDL. Det øker den farlige typen LDL (small dense LDL), og det øker triglyseridnivået (7).

Fettinntak

En del studier viser at inntak av mettet fett gjør det motsatte; det hever HDL-nivået, det senker triglyseridnivået, og det senker nivået av small dense LDL (7). Det er rapportert at



Hovedbudskap

I flere tiår har man advart mot inntak av mettet fett, fordi man har trodd det kunne føre til økt forekomst av hjerte- og karsykdom. Ny forskning setter spørsmålsteget ved om dette er korrekt, og hevder at det sannsynligvis er et for stort inntak av raffinerte karbohydrater som er hovedårsaken til dominerende livsstilssykdommer som hjerte- og karsykdom, overvekt og diabetes mellitus type 2.

Søkeord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

► Hjerteinfarkt ► Hjerneslag ► Kosthold



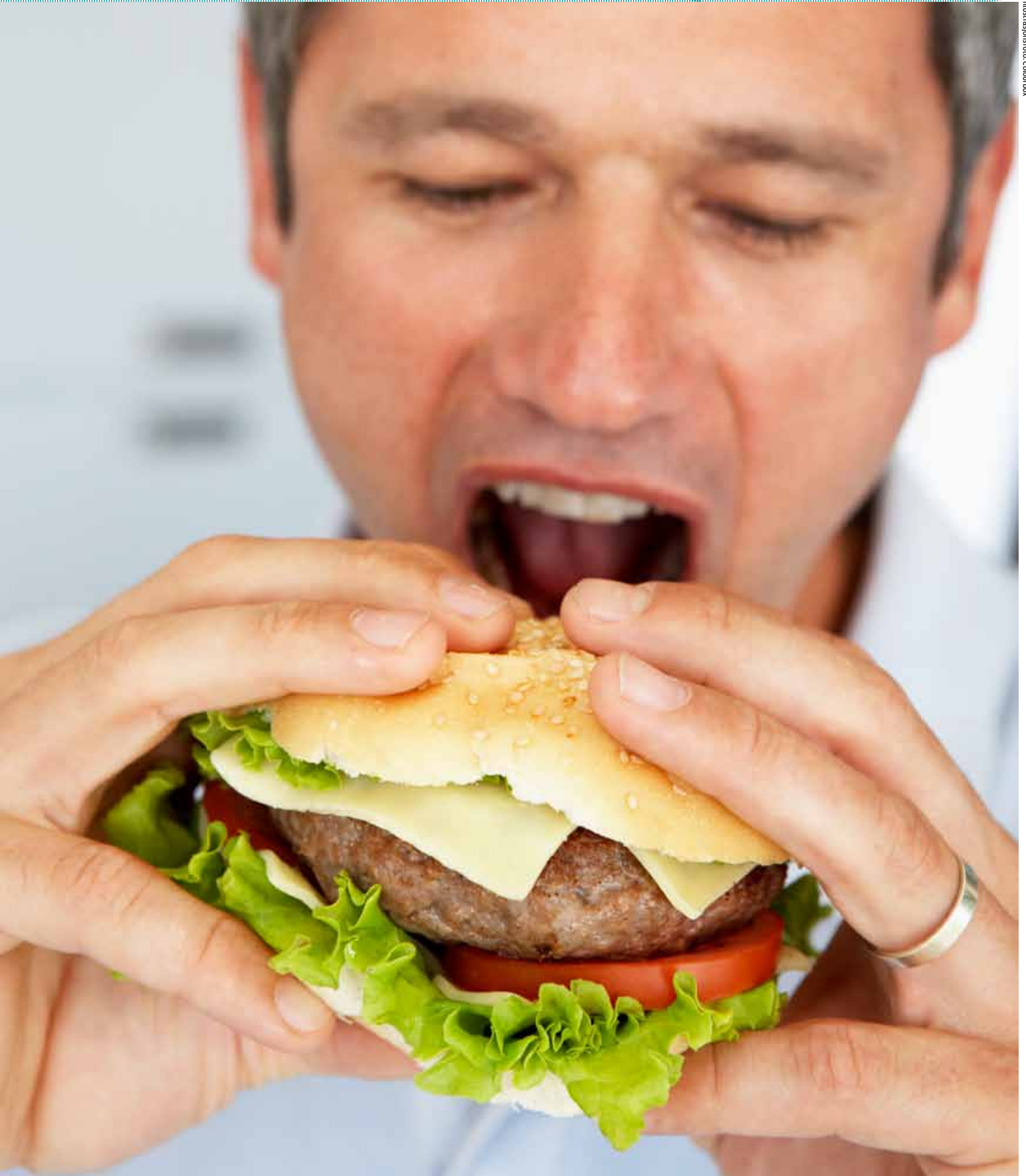
Litteratursøk

Artikkelen bygger på:

Teori: 100 %

DOI-nummer:
DOI: 10.4220/syke-
pleiens.2012.0087

Illustrasjonsfoto: Colourbox



HELSEFREMMENDE:

Visse mettede fettsyrer, for eksempel i smør, dreper bakterier i fordøyelseskana-len. Illustrasjonsfoto: Colourbox.



total kolesterolverdien kan øke noe hos enkelte dersom man spiser mye mettet fett, men dette vil altså i all hovedsak skje ved en økning av HDL og det relativt ufarlige large buoyant LDL, og dette vil samlet sett i alle fall ikke øke risikoen for hjerte- og karsykdom (7). Et annet

og hud som blir eksponert for sollys konverterer kolesterol til vitamin D. Kolesterol er også en viktig del av cellemembranen. Det er til stede i særlig høy konsentrasjon i hjernen, spiller en vesentlig rolle i dannelsen av synapser, og kan således trolig spille en vesentlig rolle i viktige kognitive prosesser som

og fett. Prosentandelen protein er relativt konstant på mellom 20 og 30. Spiser man vesentlig mer protein enn dette risikerer man ubehagelige fysiske symptomer. Fastsetter man en fornuftig proteinmengde til 20 prosent, betyr det at 80 prosent av energiinntaket må dekkes fra enten fett eller karbohydrater.

«Det finnes også en del indisier på at ikke bare kolesterol, men også mettet fett er viktig for menneskekroppen.»

vesentlig poeng, er at det er en del som tyder på at et høyt total kolesterol i blodet i en del situasjoner ikke fører til økt total dødelighet, men kanskje snarere tvert om senker dødeligheten. Det finnes en del studier som viser at høyt total kolesterol gir lavere total dødelighet hos for eksempel eldre mennesker og kvinner. Det er derfor grunn til å stille spørsmål ved om den omfattende bruk av statiner alltid er velbegrunnet (10,12).

Kolesterol

En av grunnene til dette kan være at kolesterol er en meget viktig komponent i hver eneste celle i kroppen. Kolesterol er utgangspunktet for dannelsen av en rekke viktige hormoner som kortisol, testosteron og østrogen. Leveren konverterer kolesterol til gallsalter som er viktige for optimal absorpsjon av fett og fettløselige vitaminer som vitamin A, D, E og K,

hukommelse og evnen til å lære (9). Kolesterol er også en del av kroppens vedlikeholdsapparat som reparerer celledskade, særlig de skadene som oppstår i arteriene ved åreforkalkning. En del forskere mener derfor at kolesterol i seg selv ikke er årsak til åreforkalkning, men heller er et ledsagende fenomen (12).

Feil

Overlege og professor i indremedisin ved Hälsouniversitetet/Linköping universitet, Fredrik Nyström, sier det slik: «Man har drevet og mast om fettfattig kost i 30 år, og så viser det seg å være helt feil. Det finnes ikke noen påvist sammenheng mellom mettet fett og hjerte- og karsykdommer» (11). Et av hovedpoengene er at et fettfattig kosthold automatisk betyr et karbohydratrikt kosthold, og omvendt. Grunnen til dette er at det kun er tre energigivende næringsstoffer av betydning: karbohydrat, protein

Harvard-studie

I 2004 gjorde forskere ved et av verdens mest prestisjetunge universiteter, Harvard University, et overraskende funn da de skulle undersøke sammenhengen mellom kosthold og forekomsten av hjerte- og karsykdom. De studerte kvinner som hadde åreforkalkning i sine koronarkar, og sammenholdt kostholdsdata fra disse kvinnene med graden av forsnævring i koronarkarene. Artikkelen ble publisert i American Journal of Clinical Nutrition. Forskerne fant at det som i størst grad førte til forsnævring i koronarkarene var høyt inntak av karbohydrater. Det som gav noe mindre grad av forsnævring, var inntak av umettet fett, og det som kom best ut, som altså gav minst grad av forsnævring i koronarkarene, var inntak av mettet fett (13).

Andre studier

I 2005 kom det en rapport fra European Cardiovascular Disease Statistics som viste at jo høyere inntaket av mettet fett var i et land, jo lavere var forekomsten av hjerte- og karsykdom (9). En stor japansk studie viste at



HOVEDFIENDEN: Nyere forskning viser at karbohydratene er verst med tanke på hjerte- og karsykdommer. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

mettet fett beskyttet mot hjerneslag (14). En NTNU-studie viste at genene som disponerer for hjerte- og karsykdom, diabetes, kreft og demens i størst grad ble stimulert av et karbohydratrikt kosthold, og at fett stimulerte disse genene i mye mindre grad (15,16). Og Cynthia Kenyon har vist at et karbohydratrikt kosthold fremskynder aldringsprosessen, noe som har resultert at hun selv har skåret betydelig ned på inntaket av raffinerte karbohydrater (17).

Kvinnehelse

For en tid tilbake kom også resultatene fra en av de dyreste og mest omfattende randomiserte intervensjonsstudiene noensinne, det såkalte «Womens Health Initiative». Studien ble publisert i det meget anerkjente tidsskriftet JAMA, og viste heller ingen reduksjon i forekomsten av hjerte- og karsykdom ved å redusere fettinntaket. Studien hadde følgende konklusjon: «The WHI Dietary Modification Trial is the largest long-term randomized trial of a dietary intervention ever conducted to our knowledge, and it achieved an 8,2 % reduction at year 6 in total fat intake and a mean daily increase of 1,1 servings of vegetables and fruits and 0,5 serving of grains. No significant effects on incidence of CHD or stroke were observed during 8,1 years of follow-up». Studien viste faktisk at de kvinner som hadde kjent hjerte- og karsykdom da studien begynte fikk en økning i forekomsten av hjerte- og karsykdom på 26 prosent ved å

bytte ut deler av fettinntaket med inntak av karbohydrater (18).

Mettet fett

Det finnes også en del indisier på at ikke bare kolesterol, men også mettet fett er viktig for menneskekroppen. At det naturlige kroppsfettet vårt er mettet fett, og at 54 prosent av fettene i morsmelk er mettet fett kan være slike indisier. Cellemembranen trenger 50 prosent mettet fett for å oppnå optimal permeabilitet. Hjertet foretrekker de mettede fettsyrene palmitinsyre og stearinsyre som brennstoff (fremfor karbohydrater). Beinsubstansen trenger mettet fett for å kunne inkorporere kalsium på en effektiv måte. Lungenes surfaktant (som hjelper til med å holde lungeblærene åpne) og som kan hindre pusteproblemer består også av mettede fettsyrer. Mettet fett fungerer også som signalmolekyler ved hormonproduksjon, og i immunsystemet spiller mettet fett en vesentlig rolle. Det aktiverer hvite blodlegemer slik at de kan destruere invaderende bakterier, virus, sopp og kreftceller. Visse mettede fettsyrer som finnes i smør dreper bakterier og candida i fordøyelseskanalen. Dessuten er det viktig å være klar over at mettet fett gir stor grad av metthetsfølelse. Da spiser man mindre, og kan derved lettere opprettholde en normal kroppsvikt. Noe av det viktigste er kanskje at det å spise mye fett vil kunne hindre at man spiser større mengder raffinerte karbohydrater (9). ■■■

LITTERATUR

- 1) Hern E. Mettet fett gir ikke økt hjertefisiko. Tidsskr nor legefören 2010; 10: 130.
- 2) Siri-Tarino PW, Sun Q, Hu FB, Krauss RM. Meta-analysis of prospective cohort studies evaluating the association of saturated fats with cardiovascular disease. American Journal of Clinical Nutrition, 2010; 91: 535-46.
- 3) Halleraker JH. Kost helse og julefett. Foredrag ved Høgskolen Stord/Haugesund, 8/12-2011. <<http://www.youtube.com/watch?v=T15JVJoTDMc>> (Lesedato: 03.05.2012)
- 4) Norris J. Fructose is a poison says UCSF obesity expert. University of California San Francisco. <<http://www.ucsf.edu/news/2009/06/8187/obesity-and-metabolic-syndrome-driven-fructose-sugar-diet>> (Lesedato: 03.05.2012)
- 5) Lustig R. Sugar – the bitter truth. University of California Television. MiniMedicalSchool for the Public <<http://www.youtube.com/watch?v=dBnniua6-oM>> (Lesedato: 03.05.2012)
- 6) Taubes G. The Diet Delusion. London: Vermilion, 2009.
- 7) Taubes G. Why We Get Fat and What to Do About It. New York: Anchor Books, 2010.
- 8) Kuipers RS, de Graaf DJ, Luxvolda MF, Muskiet MHA, Dijk-Brouwer DJA, Muskiet FAJ. Saturated fat, carbohydrates and cardiovascular disease. The Netherlands Journal of Medicine. September 2011. Vol. 69. No. 9; 372-378.
- 9) Miller DW. Enjoy Saturated Fats – They're Good for You. University of Washington. School of Medicine, 17. juli 2011. <<http://www.youtube.com/watch?v=vRe9z32NZHY>> [Lesedato: 03.05.2012]
- 10) Taubes G. The soft science of dietary fat. Sciencemag Vol 291. 30. Mars. No. 5513. 2001 2536-2541 + 2543-2545.
- 11) Eenfeldt A. Matrevolusjonen. Oslo: Lille måne, 2011.
- 12) Ravnkov U. Fat and Cholesterol are Good for You.. Sverige: GB Publishing, 2009.
- 13) Mozaffarian D, Rimm EB, Herrington DM. Dietary fats, carbohydrate, and progression of coronary atherosclerosis in postmenopausal women. Am J Clin Nutr 2004; 80(5): 1175-1184.
- 14) Yamagishi K, Iso H, Yatsuya H, Tanabe N, Date C, Kikuchi S, et al. Dietary intake of saturated fatty acids and mortality from cardiovascular disease in Japanese: the Japan Collaborative Cohort Study for Evaluation of Cancer Risk (JACC) Study. American Journal of Clinical Nutrition 2010; 92(4): 759-765.
- 15) Tunstad HJ. Genenes favoritt. Gemini (NTNU) 14. september 2011 <<http://www.ntnu.no/gemini/2011-03/9.htm>> (Lesedato: 03.05.2012)
- 16) Brattbakk HR, Arbo I, Aagaard S, Lindseth I, de Soysa AK, Langaas M, Kulseng B, Lindberg F, Johansen B. Balanced Caloric Macronutrient Composition Downregulates Immunological Gene Expression in Human Blood Cells-Adipose Tissue Diverges. OMICS. 16.6.2011.
- 17) Kenyon, Cynthia: <<http://www.dailymail.co.uk/health/article-1323758/Can-cutting-Carbohydrates-diet-make-live-longer.html>> (Lesedato: 03.05.2012)
- 18) Howard BV, Van Horn L, Hsia J, et al. Low-fat dietary pattern and risk of cardiovascular disease: the Women's Health Initiative Randomized Controlled Dietary Modification Trial. JAMA. 8. februar 2006; 295 (6): 655-666

– Mettet fett er ikke friskmeldt

– Før var vi opptatt av mengden fett, nå ser vi mer på type fett, sier Øivind Kristensen, sykepleier ved Nasjonalforeningen for folkehelsens Hjertelinje.

Tekst Marit Fonn Foto Stig Weston

Øivind Kristensen opplyser at Nasjonalforeningen følger de norske kostholdsradene som kom i 2010.

– Disse ble også bekreftet på Island i juni, på den tiende nordiske ernæringskonferansen. Der ble det framhevet at kosthold bør ses på som en helhet, forteller han.

Kristensen har erfaring fra hjerterehabilitering på Aker sykehus og har vært leder av faggruppen for kardiologiske sykepleiere.

Fettfakta

» Fett er næringsstoffet med høyest energiinnhold. Det gir dobbelt så mye energi som karbohydrater og proteiner.

» Fett deles i to hovedgrupper: Mettet og umettet fett. Umettet fett blir igjen delt inn i enumettet og flerumettet fett.

» Usunt fett:

Mettet fett: Fins i fete meieriprodukter og i kjøtt, i margarin og smør som er hardt i kjøleskapet. Gir økt kolesterol og risiko for hjerte- og karsykdommer. Transfett: Fins i ferdigmat som kjeks, kaker og potetgull, for å unngå harskning.

» Sunt fett:

Umettet fett er flytende i romtemperatur. Har en viss kolesteroldempende effekt. Noe umettet fett inneholder de viktige fetttsyrene omega-6 og omega-3. Enumettet fett: Fins i olivenolje, rapsolje, avokado og nøtter.

Flerumettet fett: Fins i soya-, solsikke- og maisolje, fiskeoljer, myke margariner og fet fisk.

Kilde: Nasjonalforeningen for folkehelse

Nyanserer mer

Kristensen synes Jan Helge Halleraker gir et skjevt og selektert bilde av litteraturen i sin fagartikkel. (Se forrige sider.)

– Han er ikke på linje med det internasjonale kardiologiske miljøet.

Helsedirektoratet er fortsatt skeptisk til mettet fett. Ett av de nye rådene fra 2010 lyder slik: «Meieriprodukter med mye mettet fett, som helmelk, fløte, fet ost og smør, bør begrenses.»

Målet til Nasjonalforeningen for folkehelsen er å bekjempe hjerte- og karsykdommer og demens.

Kristensen påpeker at selv om myndighetenes råd om kosthold er omtrent som før, er de også blitt mer nyansert.

– Det er ikke hvor mye fett man spiser, men hvilket fett, som er avgjørende for helsen. Det samme gjelder for karbohydratene. De enkle, som finnes i sukker, kaker og loff, er ikke bra. De mer komplekse karbohydratene, som kommer fra grove kornprodukter og grønnsaker, anbefales.

Ifølge Kristensen er det dokumentert at hvis man bytter ut mettede fettstoffer med flerumettede fettstoffer, så reduseres risikoen for hjertekarsykdommer.

– Det er også vist at hvis man erstatter mettet fett med loff og søte matvarer, har det ikke noen helsemessig effekt.

Lavkarbo-bølgen øker usunt fett

På 70-tallet var 20 prosent av nordmenns fettinntak mettet fett. Nå er andelen mettet fett sunket til 12 prosent.

– Det har ført til lavere hjerte- og kardødelighet. Å senke mengden mettet fett ytterligere har

sannsynligvis liten effekt, spesielt på kvinner, sier Kristensen.

– Så nå er det lavt nok?

– Det var kanskje lavt nok, men lavkarbo-bølgen har ført til at andelen mettet fett har økt igjen.

Kristensen viser til en fersk undersøkelse fra Vesterbotten i Sverige. Svenskene ble fulgt i 25 år, fra 1986 til 2010. På 70-tallet var menn fra denne regionen blant dem med høyest dødelighet av hjerte- og karsykdommer i verden.

– Det ble sett på hvordan mat og næringsstoffer påvirket kolesterolnivået. Når fettinntaket økte, særlig mettet fett, gikk kolesterolnivået opp. Gikk fettinntaket ned, gikk også kolesterolet ned.

Kristensen påpeker at enkeltstudier som sier noe annet om sammenhengen mellom fett og kolesterol, ikke er nok til at myndighetene bør endre sine kostråd.

– Så mettet fett er ikke friskmeldt.

Fet ost bedre enn smør

Det ser ut til at fet ost ikke er like helsefarlig som smør, ifølge Kristensen.

– Spiser man mye fet ost, gir ikke det økt kolesterol, slik smør gir. Det er fordi det er forskjell på mettet fett: Det deles inn i lange, mellomlange og korte fettstoffer.

De lange fetttsyrene øker kolesterolet mest.

– For eksempel inneholder kokosolje 90 prosent mettet fett. Av det er halvparten lange fettstoffer.

– Og det vil si i praksis?

– At det er lurt å bytte ut smør med smøremyke margariner og olje, bortsett fra kokos- og palmeolje. Økende overvekt og fedme er også en grunn til å



HJERTEHELSE: Hvor detaljert skal man folkeopplyse om fett? Det må Øivind Kristensen stadig tenke på. Målet er bedre hjerte-helse.

anbefale magrere meieriprodukter, siden de har færre kalorier enn de fete.

– Nå er vel sukker den største skurken i kostholdet?
– Enkle karbohydrater som fins i sukker, kaker og loff, anbefaler vi ikke. Det øker blodsukkeret og fører til vektøkning.

Spiser vi mer enn vi forbrenner, enten det er fett, proteiner eller karbohydrater, øker vekten.

– Også lavkarbo-dietter som anbefaler fett dreier seg om å få i seg færre kalorier enn det man forbraker.

Lite transfett i Norge

Det er ikke bare enkelt å være folkeopplyser. For hvor detaljert skal man gå til verks for å forklare hva som er sunt og usunt fett?

– Enkelt sagt skal man være forsiktig med mettet

fett som fins i dyr og meieriprodukter, og erstatte det med smøremyke margariner og oljer, eller komplekse karbohydrater.

Det usunne transfettet er forbudt i Danmark.

– Men i Norge er det ikke blitt noe forbud, fordi det er så lite av det.

«Gikk fettinntaket ned, gikk også kolesterolet ned.»

Kristensen har registrert synkende interesse for lavkarbo i mediene.

– Vi merket det også godt da vi nylig hadde en kampanje der folk kunne sjekke kolesterolnivået sitt. Det var ingen lavkarbotilhengere som gikk ut mot kampanjen.

Kristensen påpeker at vi trenger både proteiner, karbohydrater og fett.

– Hvilke kilder for disse næringsstoffene vi velger, avgjør hvor sunt det blir.

Han anbefaler middelhavskostholdet: Frukt og grønt, grove kornprodukter, olivenolje og belgfrukter. ■■■

Nye kostbok for helsearbeidere

» I juni ga Helsedirektoratet ut en revidert utgave av sin kosthåndbok for helse- og omsorgstjenesten.

» Den tar for seg både underernæring, overvekt og ulike sykdommer. Boken passer både for institusjoner og hjemmetjenester.



ETIKK

Berit Støre Brinchmann om vasking av pasienters privattøy

Berit Støre Brinchmann, Professor i sykepleie ved Universitetet i Nordland og Universitetet i Stavanger, og medlem av Rådet for sykepleieetikken.

Hygiene versus verdighet

Hygieniske prinsipper må ikke hindre verdig og forsvarlig pasientbehandling.



En klinisk etikkomité mottok en henvendelse fra en ergoterapeut ved en slagenhet. Ergoterapeutens redegjørelse for saken var som følger: «Hovedfokuset på vår avdeling er rehabilitering av slagpasienter. Vi får personer innlagt i slagenheten fra hele fylket. Noen kommer som øyeblikkelig hjelp fra ulike kommuner, andre overflyttes fra andre sykehus i fylket. For at vi skal kunne

lov av hygiesykepleier å få vaskemaskinen montert på den nye slagenheten. Vi har ikke lov til å 'vaske opp' klær i en bøtte på badet til pasienten.

Problemstilling

Mitt ønske er at klinisk etikk komité drøfter følgene problemstilling: Vårt mål er å ivareta pasienten og legge til rette for rehabilitering,

ken. I diskusjonen kom det fram eksempler fra andre avdelinger. Vi har medlemmer i KEK fra både barneavdeling og fra psykiatrisk avdeling. Både på barneavdelingen og i psykiatriske avdelinger ved samme sykehus som dilemmaet er hentet fra, er det normal praksis å vaske pasienters private tøy.

Drøftet på klinikknivå

KEK støttet ergoterapeutens synspunkter, og ba om at saken ble drøftet på klinikknivå, eventuelt sammen med hygiesykepleier, slik at man kunne komme fram til en løsning som gjør det mulig å vaske pasienters private klær i avdelingen.

Løste saken

I etterkant har denne saken blitt løst ved at man fant fram til et egnet rom med avløp og ventilasjon, og som passet til formålet, i den aktuelle avdelingen. Et slikt rom må være atskilt fra bad og toalett som brukes av pasienter.

Det er viktig at hygieniske prinsipper overholdes i sykehus. Slike prinsipper må imidlertid ikke være til hinder for praktiske løsninger, slik at pasienter kan få verdig og forsvarlig behandling. ■■■

«Vi har ikke lov til å bruke sykehusbukser til pasientene, og vi har ikke vaskemaskin for å vaske klærne.»

arbeide med rehabilitering forutsettes det at pasientene har klær å ha på seg, slik at de kan komme seg ut av senga.

Mangler egne klær

Mange har kun de klærne de hadde på seg ved sykdomsdebut, og de har ikke skift med seg. Mange har ikke kontroll over urin og avføring, og klærne kan ikke brukes på grunn av at de er tilgriset. Disse blir da lagt i poser på rommet. Vi har ikke lov til å bruke sykehusbukser til pasientene, og vi har ikke vaskemaskin for å vaske klærne. Vi hadde tidligere vaskemaskin på avdelingen, men har ikke fått

men vi stoppes av at pasientene faktisk ikke har rene klær å ha på seg, og dette gjør at vi ikke får gjort det arbeidet som forventes av oss. Ivaretar vi pasienten da? Vi har diskutert problemstillingen i personalgruppen i avdelingen, og vi føler at dette er uetisk i forhold til pasientens verdighet.

Praktisk eller etisk

Da denne saken ble forelagt KEK hadde vi først en diskusjon om dette er en sak for KEK. Noen i komiteen mente at dette dreide seg om et praktisk problem, og at saken burde kunne løses deretter. KEK valgte likevel å drøfte sa-



Illustrasjon: Kathrine Kristiansen

Quiz

Tekst **Eivor Hofstad og Nina Hernæs**

Er du en kompetent sykepleier?

Test kunnskapene med vår aktuelle og nådeløse quiz!

1 Når er menneskehjernen ferdig utviklet?

- A Ved 16-års alder
- B Ved 20-års alder
- C Ved 25-års alder

2 Hva kalles det røde utslettet, som man kan få ved bading i enkelte ferskvann?

- A Svømmekløe
- B Ferskvannsutslätt
- C Røde fisker

3 Og hva er årsaken til det røde utslettet, som man kan få ved bading i enkelte ferskvann?

- A Igler
- B Ikter
- C Alger

4 I hvilket europeisk land kan du være spesielt utsatt for å få vestnilfeber i år?

- A Hellas
- B Italia
- C Spania

5 Og hvordan smitter sykdommen vestnilfeber?

- A Dråpesmitte
- B Via mygg
- C Gjennom parasitter ved bading i ferskvann og elver

6 Hva menes med inspiratorisk reservevolum?

- A Det volumet en plastisk kirurg mener et bryst kan forstørres uten fare for at brystvevet ødelegges.
- B Den delen av hjernen som benyttes under ekstremt kreative tankeprosesser
- C Det volumet av luft som kan pustes inn fra vanlig innpust slutter og til lungene er helt utspilte

7 Hva kommer ordet penicillin av?

- A Penis
- B En soppgruppe
- C En algesort

8 Et annet navn på ixodes ricinus?

- A Flått
- B Rynkepenis
- C Nesekatarr

9 Hva slags dyr er en flått?

- A Midd
- B Insekt
- C Beltedyrt

10 Hvilke flått suger blod av mennesker og dyr?

- A Hunnflåttene
- B Hannflåttene
- C Ungflåttene



KAN GI UTSLETT: Men hva heter utslettet som kan komme etter å ha badet i et vann som dette? Illustrasjonsfoto: Colourbox

10 POENG: Imponerende. Pasientene kan ikke få nok av deg. (Sikker på at du ikke har kikket?)

6-9 POENG: Lovende. Men ikke treng deg på pasienter mer enn høyst nødvendig.

3-5 POENG: Bra. Men kanskje på tide med den videreutdanningen du har tenkt på så lenge?

0-2 POENG: Ikke bra. Hold deg mest mulig på vaktrommet og lat som du dokumenterer. (Sjekk at du virkelig er autorisert.)

SVAR: 1C Ved 25-års alder, 2A Svømmekløe, 3B Ikter, 4A Hellas, 5B Via mygg, 6C Det volumet av luft som kan pustes inn fra vanlig innpust slutter og til lungene er helt utspilte, 7B En soppgruppe, 8A Flått, 9A Midd, 10A Hunnflåttene

FAG

Leseraksjon



Slo alarm om smittevern

Ansatte ved Rovik bo- og aktivitetssenter i Rogaland varslet fylkeslegen om dårlig hygiene. Nå er det opprettet tilsynssak.

Tekst **Nina Hernæs** Foto **Colourbox**

Et anonymt brev varsles fylkeslegen om manglende rutiner og dårlig opplæring innenfor hygiene og smittevern. Det skriver aftenbladet.no. Brevet er undertegnet «hilsen bekymrede ansatte ved Rovik bo- og aktivitetssenter».

Har sagt fra

Ifølge aftenbladet.no frykter de ansatte at forholdene fører til spredning av farlige infeksjoner. De skriver at senteret har et gammelt infeksjonskontrollprogram, at det mangler rutiner og gis dårlig opplæring i hygiene og smittevern. De som har undertegnet brevet hevder de har tatt problemet opp med ledelsen, uten at noe har skjedd.

Ifølge brevskriverne bruker mange privat tøy på arbeid, og ringer og klokker. Ifølge aftenbladet.no skriver de til fylkeslegen i ren desperasjon og frustrasjon over ledelsens nesten totale likegyldighet til hygiene og smittevern.

Ifølge assisterende avdelingsdirektør Lone Merethe Solheim hos Fylkeslegen i Rogaland er det ikke ofte de får anonyme brev.

– Men når vi får det, vurderer vi om vi skal følge opp med tilsyn, på lik linje med andre henvendelser vi får, sier hun.

Avviser kritikk

Sigve Engelsen, omsorgssjef for distrikt øst i Sandnes kommune, sier til aftenbladet.no at han ble meget overrasket da han så brevet. Han avviser at ansatte har tatt hygieneproblemene opp med ledelsen uten at noe er gjort. Han er også trygg på at Fylkeslegen vil se at rutinene er gode nok.

– Vi har infeksjonskontrollprogram, rutiner fra Helse Vest, jevnlig intern undervisning, opplæring for nyansatte og egen hygienesykepleier, sier han til aftenbladet.no. ■■■



Eldre sykepleiere
får ikke jobb. Side 77

Få tiltak har heltid eller større
stillinger som mål. Side 82

Sykepleien om hiv på
1990-tallet. Side 88

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 **KJELL ERIK ULLMANN ØIE**

«Systemet er til
for mennesker,
ikke omvendt.»

84

KRONIKK **INGE LØNNING**

«Troen på helsevesenet som et
slags sosialt vegg-til-vegg-teppe
er forbløffende seiglivet.»

80



NSF HAR ORDET Forbundsleder Eli Gunhild By

Stilling: Forbundsleder i NSF

E-post: eli.gunhild.by@sykepleierforbundet.no

Kampen om sykepleierne

Vi har i år vært vitne til noe svært gledelig, nemlig at arbeidsgivere også i helsesektoren bruker lønn som virkemiddel for å rekruttere dyktige sykepleiere.

Rogaland har flere kommuner tilbudt oppimot 61 000 kroner i lønnsøkning, og/eller ekstra trinn på lønnsstigen og/eller 16 år i stedet for maksimalgrense for ansiennitet på 10 år for å trekke til seg og beholde spesielle grupper av sykepleiere. I hovedstaden lokker Oslo universitetssykehus med 40 000 i engangsbeløp for hver av de fem ledige operasjonssykepleierstillingene. Samtidig slås det opp med store overskrifter i media at Stavanger universitetssykehus mangler 100 sykepleiere.

advart mot mangel på sykepleiere og spesialsykepleiere gjennom flere år – nærmest uten å bli hørt. Fra våre arbeidsgivere har løsningen vært at sykepleiere må jobbe mer for å dekke behovet.

Men så skjer det at noen kommuner velger å løse utfordringen med sykepleiemangel ved å tilby høyere lønn – som Time kommune i Rogaland. Her har man fokusert på god ledelse, tettere oppfølging av ansatte og lederutvikling. Sykepleiere har fått tilrettelagt arbeidstiden og er med på å påvirke egen turnus, og det fokuseres på å redu-

Selvsagt er lønn et viktig element, og dette skal vi ha fokus på når det i løpet av høsten skal gjennomføres lokale forhandlinger i kommunesektoren. Lokale forhandlinger er et viktig supplement til de sentrale forhandlingene, og det er her arbeidsgiver kan vise at de vil ta i bruk de nødvendige virkemidlene for å rekruttere og beholde høyt kvalifisert arbeidskraft. Ulike sykepleiergrupper innehar disse kvalifikasjonene og har en nøkkelrolle, blant annet når det gjelder implementering og gjennomføring av samhandlingsreformen.

Arbeidsgivere i alle tariffområder bør derfor posisjonere seg best mulig for å sikre seg tilstrekkelig kompetanse i årene som kommer. De kan også bruke mulighetene gjennom årets lokale forhandlinger til å rette opp likelønnsstatistikken. Fortsatt er det innenfor høyskolegruppene at lønnsforskjellene mellom kvinne- og manddominerte yrker er størst. Selv om det sentrale oppgjøret har gitt uttelling for våre grupper, er det fortsatt langt igjen til at utdanning lønner seg. Statistisk har en sykepleier lavere livslønn i dag enn arbeidstakere med videregående skole som kompetansenivå.

Vi kan ikke sitte stille og godta at dette skjer. Derfor oppfordrer jeg medlemmene til å fremme lønnskrav. Fortell arbeidsgiver hvordan din kompetanse og kunnskap bidrar til pasientenes beste, til kollegers faglige trygghet og utvikling samt et godt arbeidsmiljø, trivsel, sikkerhet og utvikling. Gjør oppmerksom på at virksomheten vil nå sine målsettinger – blant annet på grunn av deg og din kompetanse. I tillegg er det generelt viktig å fremme lønnskrav ved økt kompetanse eller endring i arbeids- og ansvarsområde.

Jeg ønsker dere lykke til med de lokale forhandlingene og ser frem til at også andre kommuner følger etter kommunene i Rogaland og Oslo universitetssykehus og viser at kompetanse lønner seg.

Arbeidsgivere i alle tariffområder bør nå posisjonere seg best mulig.

Norsk Sykepleierforbund mener at flinke folk koster og at kompetanse må lønne seg. Vi har

sere deltidsarbeidet. Kommunen sier den ønsker å konkurrere på kvalitet, fag og omdømme. Men lønn er også viktig, ifølge organisasjonssjefen i Time kommune til Stavanger Aftenblad: «Lønn er likevel et viktig element, og det er viktig at lønna kommer opp på et godt nivå». Kommunen tilbyr derfor en begynnerlønn som ligger 40 000 kroner over minstelønn og en ny 16-årsstige som medfører nærmere 50 000 kroner høyere lønn enn minstelønnsstapene i kommunal sektor for de med lengst ansiennitet.



PENGER VIKTIG: For å få tak i nødvendig kompetanse, har noen kommuner begynt å lokke med høyere lønn og engangsbeløp. Dette bør sykepleiere ha i bakhodet når de lokale lønnsforhandlingene nå skal i gang, mener By.

Eli Gunhild By

Sykehussammenslåing; vanskelig men nødvendig

Tidligere smittevernprofessor på Ullevål sykehus, Bjørg Marit Andersen, er bekymret for Oslo universitetssykehus i sitt innlegg i Sykepleien. Andersen ser uoverstigelige utfordringer der andre ser fremtidig utvikling og hun belegger også sine påstander med tall det er vanskelig å kjenne seg helt igjen i. Ingen bør være i tvil om at Oslo universitetssykehus også kan være krevende å lede og å jobbe i. Samtidig er en samling av sykehus som tidligere konkurrerte om fagfolk, pasienter og penger riktig og nødvendig.

For ordens skyld, noen kommentarer til Andersens påstander kan være greit: Antall senger er ikke et mål på et sykehus' kvalitet i 2012. Og en reduksjon i antallet liggedager er ønsket. Færre pasientdøgn i seng er en svært positiv side av den faglige utviklingen som tillater oss å behandle pasientene raskere. Mange pasienter slipper nå å ligge lenge på sykehus, det er fint for alle de pasientene som helst vil raskt hjem. Dette gir samtidig mulighet for sykehuset til å behandle flere pasienter – hvilket er fint for dem som venter. Samhandlingsreformen har allerede gitt positive resultater ved at kommunen tar over og pleier de pasientene som fortsatt behøver pleie, men ikke behøver spesialisthelsetjeneste.

Avsnittet om ansattesammensetningen ved sykehuset er uforståelig og lar seg ikke gjenfinne i sykehusets data – og kan ikke stå ukorrigert. Snarere viser de data vi har at Oslo universitetssykehus har

landets høyeste andel lege per pasient, og at bemaningsreduksjonen de siste to år er større innen administrativt og kontorpersonell (cirka 12 prosent) og ledere (cirka 11 prosent) enn hva tilfellet er for alle ansattegrupper sett under ett (cirka 8,6 prosent). For direktørnivået er reduksjonen 47 prosent. Hvilket er rimelig og riktig for et sykehus som er fusjonert.

Den spesialiserte medisinen har gjennomgått en betydelig transformasjon og utvikler seg videre mot enda mer spesialisering. Med spesialisering kommer også kravet til stadig mer spisset kompetanse hos våre ansatte. Samtidig ser vi at stadig nye yrkesgrupper er på vei inn som en viktig del av den høyspesialiserte behandlingen. Her kan nevnes ingeniørens inntog i operasjonssalen. Dette er ikke en uheldig følge av et rammekutt, men ønsket og god fagutvikling. Dog er fagutvikling tidvis kontroversiell når den fører til rokkering av tidligere faggrenser og -ansvar.

To utfordringer blir tydelige også på kostnadssiden hva gjelder tendensen til spesialisering i sykehus. Sykehus-Norge kjemper om den samme begrensede kompetanseressursen. Dess mer spesialisert en behandling er, dess færre fagfolk besitter kompetansen til å utføre behandlingene. Økt kompetanse betyr også økte kostnader til ansatte og til utstyr. Den samme utviklingen ser vi også innen medisinsk behandling, der medisiner og vaksiner blir spisset og individualisert for hver enkelt pasient og diagnose.

Dette krever en kompetanse som er et knapt gode. Og det koster penger – også et knapt gode.

For å møte dette, og for å kunne tilby flest mulig av landets innbyggere den samme spesialiserte behandlingen er det klokt å samle små spissede kompetansemiljø på færre steder. Samling gjør pasienttilbudet mer robust og kvaliteten bedre. Det er også mindre kostnadskrevende å samle utstyr og kompetanse på færre steder, enn om man investerer i dyrt utstyr på flere steder og samtidig kjemper om en begrenset ressurs med kompetente helsearbeidere.

I 2011 ble ca. 10 prosent av virksomheten flyttet ut av Oslo universitetssykehus, og til Vestre Viken og Ahus, blant annet som et resultat av Stortingets vedtak om bygging av Ahus. Med disse pasientene flyttet penger, senger og medarbeidere – naturligvis.

Oslo universitetssykehus har mye vi skal få slite med fremover – det er riktig. Men der Andersen konkluderer med at sykehuset i Oslo ikke er i stand til å løse sin oppgave, mener jeg at veien framover er nødvendig og ønsket, for å sørge for at fagfolk bruker tiden sin riktig til pasientens beste. Den veien skal vi gå med årvåkenhet for risikoer, lydhøre for bekymringer og i tett samarbeid med pasienter, ansatte, ledere og andre beslutningstakere. Men veien skal vi gå.

Bjørn Erikstein, administrerende direktør i Oslo universitetssykehus

SIDEN SIST Siden sist inneholder korrigerte og nye synspunkter på fakta gjengitt i tidligere utgaver. Vil du hjelpe? Kontakt oss på interaktivt@sykepleien.no



INTERVJUET: Deltidssykepleier Ingrid Berg Selfjord. Foto: Bjørn Arild Østby.

Feil navn

I reportasjen «Tilbudt ett dagsverk ekstra i året» fra Trondheim i Sykepleien nr 8/2012 side 16-17 blir det referert til utsagn fra Ingrid Camilla Skaug. Personer som er intervjuet heter Ingrid Berg Selfjord. Sykepleien beklager feilen. Red.

Fra Sykepleiens Facebook-side



Utfordrende sommer



Vi spurte leserne om det å få nok og kvalifisert personell var en utfordring i sommer. Totalt svarte 104 på spørsmålet. 67 svarte ja på spørsmålet, mens 36 av leserne våre svarte nei.

Kristin Jeppestøl: Hvorfor ikke spørre om noen kommuner har gode erfaringer fra sommeren? Slik at andre kan få tips til neste sommer! :)

Ninni-Beate Kristiansen: Hva skal man gjøre for å få rekruttert flere i faget...



Usaklig kritikk i Sykepleien

På vegne av flere av våre medlemmer i Landsgruppa for helsesøstre i Vestfold, vil vi i styret i LaH, Vestfold kommentere artikkelen «- Helsesøster har for mye ansvar» i Sykepleien nr. 6. Artikkelen viser til Cecilie Basberg Neumann sitt doktorgradsarbeid i kriminologi fra 2007. Vi får vite lite om grunnlaget for arbeidet. Hvilken metode ligger til grunn for oppgaven? Hvilket tallmateriale snakker vi om? Hvor i landet arbeider disse? Hvilke spørsmål er blitt stilt? Dette kommer ikke godt nok frem i artikkelen, og gjør dermed at hele bakgrunnen blir tynn og lite troverdig.

I tillegg undrer vi oss over hvorfor et arbeid fra -07 blir offentliggjort i Sykepleien i -12! Sykepleien beskriver helsesøstre som urolige, bekymrede, prektige damer over 38, med menn med god inntekt og en over gjennomsnittet sunn livsstil. Dette mener vi gjør både artikkelen og doktorarbeidet lite saklig. Det er ikke tvil om at mange av oss helsesøstre er damer over 38. Flere av oss lever sunt, og har menn som tjener mer enn det vi selv kan skryte av. Men gjør det oss diskvalifisert til å vurdere barns omsorgssituasjon? Er vi helsesøstre i det hele tatt forskjellige fra andre

«prektige» universitet- og høyskoleutdannede? Vi mener at slike observasjoner er interessante hvis datagrunnlaget er stort, men helt uaktuelt å forholde seg til hvis Neumann kun har intervjuet fem helsesøstre i Sandefjord kommune! Artikkelen refererer at helsesøstrenes syn på normal oppvekst er forankret i middelklassens verdier. Dette gjør at hun sjelden varsler om for dårlig omsorg, påstår Neumann.

Vi må innrømme at vi ikke klarer å følge Neumanns refleksjon og konklusjon her. Med denne begrunnelsen burde også lærere, førskolelærere, psykologer, leger og sykepleiere stille i samme kategori. Dette virker ikke troverdig. Neumann mener at Barnevernets tolkning av taushetsplikten er medvirkende til at helsesøstrene sjelden melder. Vi stiller oss undrende til at denne påstanden står på trykk i 2012. Til informasjon er det i dag slik at alle meldere nå har rett til en tilbakemelding om hvordan saken forløper. Og vi undres over at noen i det hele tatt (det være seg lærere, sykepleiere, leger eller førskolelærere) lar være å melde sin bekymring, selv om en tilbakemelding fra Barnevernet uteblir. Barnevernets saksgang skal vel ikke barna lide under!

Vi velger å lese artikkelen slik at det er Sykepleien som forenkler Neumanns arbeid. Det som kommer fram av fakta er tynt og for enkelt. Ved å se på artikkelens tittel, innledning og innhold undres vi over at dette faktisk handler om samme tema! Hva er journalistens mål? Er det å gjengi funn fra doktorgraden, eller er det å tolke resultatene fra den?

Når dette er sagt; er vi svært fornøyd med Neumanns konklusjon! Hun mener at vi helsesøstre trenger et bredere og mer åpent samarbeid med andre fagfolk og andre institusjoner. Hun påpeker at vi har et enormt ansvar som vi står relativt ensomme om. Fagfeltet vårt er i tillegg i stadig endring, skriver Neumann. Dette gjør det vanskelig å stå støtt i forskjellige kulturer og andres fagfelt. Her kjenner vi oss igjen!

Neumann nevner på tampen at vi helsesøstre har reagert negativt på avhandlingen hennes. Dette er nok delvis riktig, og for oss forståelig. Vi kjenner oss som sagt igjen i konklusjonen, men synes nok at grunnlaget konklusjonen er tuftet på, er blitt for enkelt. Det lager et useriøst og nesten naivt bilde av vår yrkesgruppe.

Dette har Neumann rett og slett tatt for enkelt på, slik det blir lagt frem i artikkelen. Eller er det rett og slett Sykepleien som har tatt for lett på det? Vi heller vel mest til det siste – og legger Sykepleien ansvaret for at artikler i tidsskriftet vårt holder en viss saklig standard.

På vegne av flere helsesøstre i Vestfold
Bente Julie Prydz, leder i LaH Vestfold

«Jeg fant, jeg fant...» Slik finner du gull på sykepleien.no

Trinn 1: Velg rullegardinen enten under forskning, eller fagutvikling. Velg fag- og forskningsarkiv.

Trinn 2: Her får du flere valg. Det beste er kanskje å gå på avansert søk.

Trinn 3: Fyll inn den informasjonen du er sikker på. Trykk så på søk og du får du opp artikkelen du var på jakt etter.

◀ Skal du skrive en oppgave? Eller er du på jakt etter en fag- eller forskningsartikkel du har lest som du vil hente frem igjen?

Her er noen tips til hvordan du søker den frem på Sykepleien.no.

sykepleien.no

www.sykepleien.no

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





Diskriminering av seniorer

Eller enda verre: eldrerasisme? Jeg prøver ikke å lage et nyord, jeg prøver å beskrive et fenomen jeg selv opplever.

Av ulike grunner ble det aktuelt å skifte jobb for noen få år siden. Det tok flere år. Jeg sendte søknad på søknad, på ulike annonserte sykepleierstillinger innenfor de feltene jeg har jobbet i et helt liv. Det er varierte arbeidsområder, fra nyfødtintensiv til rus og psykiatri, via sykehus og hjemmetjeneste, og litt til.

Etter lang tid klart jeg å få en 30 prosent nattstilling på sykehjem. Jeg fortsatte selvsagt å søke, da 30 prosent stilling er altfor lite.

Nå nærmer jeg meg nok stadiet «resignert». Jeg får ikke jobb. Jeg prøver å motvirke den vonde følelsen av at jeg ikke er noe verdt, at jeg som sykepleier er stemplet som «gått ut på dato» eller enda verre: ubrukelig. Men følelsen av å være kastet på søppeldynga yrkesmessig ligger snublende nær.

Jeg har gjort det fatale å fylle 60 år. Det er ikke gitt at alle kan ta ut tidlig pensjon og slutte mange år før tiden. Det passer for folk som enten har maksimal opptjening eller en ektefelle med brukbar inntekt eller pensjon. Mange er ikke i den situasjonen. Og mange av oss har god helse og er spreke og våkne og interessert i yrket vårt fortsatt.

Jeg har hele mitt liv forstått hva det vil si å oppleve diskriminering eller rasisme, dvs. å bli stemplet på et eller annet vis fordi man er litt forskjellig fra flertallet. At jeg selv skulle rammes på grunn av alder hadde jeg ikke drømt om for bare noen få år siden. For 10–15 år siden kunne jeg søke fem jobber og få tilbud om de fleste. Det har vel ikke blitt mindre behov for oss på disse årene?

Det snakkes vakkert om oss seniorer i festtaler, og særlig når det kommer til spørsmål om inntekt og pensjon. Vi oppfordres til å «stå lenger i jobben» osv. Det er ikke grenser for hvor verdifulle vi er, med all vår faglige erfaring, praksis og ikke minst, livserfaring. Og alle undersøkelser som viser at vi er så stabile og flinke og ikke er borte fra jobb. Alt vi har å bidra med i det mangfoldige samfunnet vårt. Men vil noen ta i bruk alt dette da? Jeg begynner virkelig å forstå at samfunnet, også helsevesenet, taler med to tunger. At vi ser helsevesenets virkelige janusansikt.

Hadde vært interessant å vite om det finnes noen undersøkelser i forhold til hvor mange eldre som søker jobb og hvor mange eldre som blir ansatt.

Skal vi få lov å forsørge oss selv noen år til, eller skal vi tvinges over på trygdeordninger verken vi eller samfunnet er tjent med? Hvem er det som snyter på trygdesystemet hvis vi som ikke får jobb på grunn av alder tvinges inn i en situasjon hvor vi må «nav» mange år før tiden?

En debatt om dette hadde jeg gjerne sett i tidsskriftet.

Unni Fonneland

MINNEORD

Eva Kristina Grundskog

Vår kollega Eva Kristina Grundskog er død, 59 år gammel. Hun var anestesisykepleier og var i de siste årene avdelingssjef for skade/akutt-avdelingen på St. Olavs Hospital.

Eva Kristina Grundskog kom fra Småland der hun ble født 4. juni 1952. Hun tok sin sykepleierutdanning i hjemlandet og jobbet blant annet i Örebro og Östersund. Hun kom til Trondheim i 1976.

På St. Olavs Hospital ble hun en sykepleier som markerte seg som målbevisst, initiativrik og handlekraftig. Overalt hvor hun jobbet ble hun beundret for sin store arbeidskapasitet og faglige dyktighet. Hun utmerket seg med høy yrkesetikk og hadde alltid pasienten i sentrum. Hennes holdninger var tydelige, og hun viste dem på en slik måte at de preget miljøet hun jobbet i. Hun ble et forbilde for mange som jobbet sammen med henne.

Eva utdannet seg til anestesisykepleier tidlig på 80-tallet og tok senere lederutdanning. Hun var aktiv i NSF, og hadde en lengre periode som tillitsvalgt. Hun hadde verv og la ned mye innsats i ALNSF for anestesisykepleiernes sak, både lokalt og sentralt. Hun var i anesthesiavdelingen i mange år før hun gikk over til ledelsen i skade/akutt-avdelingen, der hun de senere år var avdelingssjef.

Eva døde 16. mai. I Havstein kirke den 1. juni tok vi farvel. Seks kvinner bar henne ut. Vi hadde nettopp hørt «Gabriellas sang» og «Tears in heaven». Etterpå var det bare tomt og stille.

I Evas rom var det takhøyde og god plass. Hun var inkluderende og skapte trivsel. Det var plass til alle. I tomrommet etter Eva dukker det opp situasjoner og opplevelser i fleng. Hun kunne lyse opp en mørk desembermorgen med Lucia-opptog i sykehuskorridorene. Og vi så henne i varm junisol med hest og kjerre over Ceciliebrua for å markere den svenske midtsommerfesten. Vi forbinder henne med blomster, farger og frodighet. I hverdagen hadde hun alltid med seg sitt allsidige krydder som hun delte med alle rundt seg.

Når Jan i sin siste avskjed med Eva så billedlig skildret deres første møte, kunne vi se det for oss – nesten som å ha vært til stede. Alle har vi hatt et første møte med Eva, og mange av oss husker dette første møtet – nettopp på grunn av at hun satte spor også i de små og tilfeldige møter med mennesker.

Det var en gripende og sterk avskjed med Eva i Havstein kirke. Bildet av et fantastisk menneske med tvers igjennom gode kvaliteter ble bare forsterket. Hennes personlighet, kreativitet, engasjement og alltid tilstedeværelse gjorde noe med alle som møtte henne. Nå er hun borte – for alltid.

Bjørn H Hval



Inge Lønning, teolog, politiker og tidligere rektor ved Universitetet i Oslo.

KRONIKK

Helsebegrepet

Finnes det friske menn

Et friskt menneske er et menneske som (ennå) ikke er undersøkt grundig nok. I likhet med andre velbrukte vitser rommer også denne en kjerne av alvor.

Alvoret har med grenseløse forventninger og potensielt grenseløse ambisjoner på vegne av det profesjonelle helsevesen å gjøre. Nærmere bestemt med tvetydigheten i forventningene og ambisjonene.

Fra en side sett er historien om legevitenskapens fremskritt og utbyggingen av det moderne helsevesen en eventyrlig suksesshistorie. Sykdomstilstander vi for en generasjon eller to siden hadde lite eller ingenting å stille opp mot, lar seg i dag kurere gjennom rutinemessige operasjoner. Skader som ingen ville ha overlevd for en mannsalder siden, kan mennesker i dag hjelpes til å leve med uten at det begrenser deres utfoldelsesmuligheter vesentlig. For tidlig fødte som ingen for et tiår eller to siden ville ha drømt om å forsøke å berge, kan gjennom koordinert intensiv innsats gis muligheten til å vokse opp og få et langt liv.

Medalje med en bakside

Fra en annen side sett: Som alle suksesshistorier er også historien om det moderne helsevesen en medalje med en bakside. Suksess – især langvarig suksess – skaper nesten alltid urealistiske forventninger. Forventninger som ikke lar seg innfri, fører sjelden noe godt med seg. Og forsøk på å leve opp til urealistiske forventninger skaper uunngåelig skuffelser og frustrasjoner.

Få ting selger som helsereportasjer i dagens mediesamfunn. Det måtte i tilfelle være krim. Den journalistiske dramaturgi har for øvrig påfallende mange fellestrekk på de to stoffområdene. I det

får fatale konsekvenser i situasjoner hvor en pasients liv kunne ha vært reddet. Men det overveldende flertall av dødsfall skyldes verken profesjonelle feil fra den enkelte helsearbeiders side eller mangler ved helsevesenet som profesjonelt etablissement. De fleste dødsfall skyldes ganske enkelt at det menneskelige liv i likhet med alt annet liv er forgjengelig, og at det ikke står i menneskelig makt å forandre på det.

Utopisk helsebegrep

WHO's definisjon av helse som en tilstand av absolutt velvære fysisk, psykisk og sosialt har møtt velfortjent kritikk fra mange hold gjennom de vel seksti årene som er gått siden den første gang så dagens lys. Ikke desto mindre lever den videre i beste velgående i velferdsstatens kollektive underbevissthet, i drømmen om det feilfrie liv i det feilfrie samfunn. Med helse som det høyeste gode og helsebegrepet som en slags samlebegrep for alle våre idealforestillinger om det gode liv, er kollisjonen mellom utopi og virkelighet uunngåelig. Velvære lar seg ganske visst oppleve, men aldri som noe altomfattende og enda mindre som en permanent tilstand. Forstått slik er helse en uoppnåelig størrelse, helsepolitikk et fåfengt foretagende og helsevesenet en storprodusent av skuffede forventninger.

Utopier har vært i om løp over alt og til alle tider. Det skyldes ganske enkelt at vi som mennesker er utrustet med en fantasi som ikke er bundet til å holde seg innenfor de grenser sanseerfaringen setter. I en verden full av mangler og begrensninger, der vi hele tiden høster erfaringer – både individuelt og kollektivt – med å komme til kort, har vi både evne til og behov for å forestille oss det fullkomne, dvs. et liv som er fritt for alle de feil og mangler og begrensninger som livet i denne verden er preget av. På norsk kan det greske ordet «outopia» best gjengis med ingensteds. Det betegner altså noe som ligger utenfor grensene for det vi er i stand til å erfare eller påvise i denne verden.

Søker det fullkomne

Problemet ved WHO's utopiske helsedefinisjon er at den ikke regner med noen annen verden enn den erfarbare og derfor er nødt til å insistere på at det fullkomne lar seg realisere gjennom planmessig innsats. Det innebærer at det grenseoverskridende perspektiv som i den klassiske jødisk-kristne tradisjon fantes i forestillingene om gudsriket, omfunksjoneres til altomfattende helsepolitiske målsettinger, og at det religiøse begrep frelse gjennomgår en forvandlingsprosess som til sist tenderer mot å la det gå opp i det absolutte helsebegrep.

Langvarig suksess skaper nesten alltid urealistiske forventninger.

tabloide verdensbildet har ethvert dødsfall en tendens til å fremstå som et nederlag. Underforstått: Hvis vi hadde hatt et helsevesen med ubegrenset ressurstilgang, og hvis alle hadde gjort jobben sin, ville pasienten ha vært i live fortsatt. Innenfor et slikt univers er det knapt nok plass til den enkleste av alle kjensgjerninger innenfor helsestatistikken: at dødeligheten er hundre prosent. Til gjengjeld er det rom for umåtelig store kvanta av skuffede forventninger og frustrasjoner – skuffede forventninger på bruker- og pårørendesiden og frustrasjoner hos dem som skulle ha levert de varene som ikke lar seg levere.

Selvsagt gjøres det feil i helseprofesjonene som i alle andre profesjoner. Selvsagt forekommer det at såkalt «menneskelig svikt»

esker?

Å forveksle utopi og politisk program fordrever begge deler. Så lenge forskjellen står fast, og utopien respekteres som utopi, kan den ha en nyttig funksjon som politisk korrektiv. Som stjernehimmelen kan være til hjelp for den som er henvist til å navigere på verdenshavene nattetid, kan utopien angi retning for menneskers bestrebelser for bedre levekår for alle. Men på samme måte som godt sjømannskap krever innsikt i at det ikke er stjernene som er målet for seilasen, forutsetter politiske bestrebelser evnen til å skjelne mellom utopi og operasjonelle målsettinger og til å innse at politikk er det muliges, ikke det umuliges kunst.

Anvendt på helsepolitikken område vil dette innebære at et helsebegrep som skal kunne gjøre nytte for seg i ordsammenstillinger som helsevesen og helsepolitikk, må være vesentlig mindre omfangsrikt og ha vesentlig sterkere jordledning enn WHO's utopiske helsebegrep. Forholdet mellom helse og sykdom er ikke å likne med forholdet mellom frelse og fortapelse, og helsevesenets oppgave er ikke å tilby mennesker det gode liv, men å bidra til å sette folk i stand til å mestre de påkjenninger livet gir. Det forutsetter at den som mottar profesjonell hjelp, og den som yter profesjonell hjelp, begge er klar over de begrensninger forholdet mellom lege og pasient er undergitt.

En av hovedarkitektene bak WHO's helsedefinisjon i de første årene etter annen verdenskrig var Karl Evang, helsedirektøren som også styrte oppbyggingen av helsevesenet i etterkrigstidens Velferds-Norge. Det var en periode hvor troen på planøkonomi og samfunnsplanlegging var sterk, og i Evangs visjon av velferdsstaten var det profesjonelle helsevesen med et heldekkende tilbud av helsetjenester til alle tiltenkt hovedrollen. Med oljealderen og forvandlingen av det norske samfunn fra et samfunn preget av knapphet til et samfunn preget av velstand og overflod, har troen på den altomfattende samfunnsplanlegging og den tilhørende sosiale ingeniørkunsts muligheter avtatt. Men troen på helsevesenet som et slags sosialt vegg-til-vegg-teppe er forbløffende seiglivet.

Viltvoksende fullkommenhet

Kanskje kan det henge sammen med at velstandsutviklingen har passert det stadiet da det gav mening å etterspørre flere hytter og biler og båter, og sklidd over i det stadiet hvor det er det raskt voksende utbud av tjenester som frister til nytt forbruk. I så fall passer det bare altfor godt inn i bildet at etterspørselen etter helsetjenester tiltar, at markedet for privatfinansierte tilbud vokser i takt med ekspansjonen i det offentlige helsevesen, og at det på utsiden av skolemedisinens enemerker vokser frem en hel jungel av tilbud om såkalte alternative helsetjenester. På forfengelighetens markeds plass lar alt seg selge, bare man vet å ta seg godt betalt.

Å la seg forarge over den viltvoksende etterspørsel etter helsetjenester har lite for seg. Viktigere er det å innse at drivkraften bak er de urealistiske forventninger som er skapt av skolemedisinens suksesshistorie og de grenseløse ambisjoner på vegne av helsevese-



GODT LIV: Profesjonell helsehjelp er ikke et gode, men et nødvendig onde som man ideelt sett ikke benytter flere ganger i livet enn to: når man blir født og når man dør, skriver kronikkforfatteren. Arkivfoto: Stig M. Weston.

net. Skuffede forventninger finner alltid nye løp og oppsøker nye adresser dersom de ikke blir konfrontert med kritiske spørsmål.

I et land hvor vi forbruker mer av profesjonelle helsetjenester enn noe annet sted på kloden, er det kanskje på tide at vi demper begeistring for stadig nye helsetjenestereformer som skal overvåke den enkeltes livsløp med nye feilsøkingstiltak fra vugge til grav. Vi trenger å bygge ned, ikke bygge opp nye screeningundersøkelser. Vi trenger definitivt ikke forskrifter som pålegger leger å drive oppsøkende virksomhet overfor folk som ikke selv ber om profesjonell hjelp.

Når det kommer til stykket, er profesjonell helsehjelp ikke et gode, men et nødvendig onde. Det virkelig gode liv er et liv der man ikke trenger profesjonell bistand ved mer enn to anledninger: av jordmora ved inngangen og presten ved utgangen. ■■■



INNSPILL

Deltid

Anne-Cathrine Hjertaas,
avdelingsdirektør KS arbeids-
giverutvikling.

Heltid og større stillinger – fullt mulig!

Deltid blir ofte framstilt som et problem for den enkelte. Sett fra arbeidsgivers ståsted er også deltid en «felle».

Flere i heltidsstillinger gir bedre kvalitet på tjenestene og mer tilfredse brukere. Heltid og store stillinger er også viktig for kompetanseutvikling på arbeidsplassen, og er avgjørende for å ha tilstrekkelig arbeidskraft i årene framover. For den enkelte ansatte gir det høyere inntekt og på sikt bedre pensjon. En skulle tro at en slik vinn-vinn situasjon burde gjøre det mulig å finne løsninger slik at flere jobbet i hele og store stillinger.

På tross av et uttalt ønske fra mange arbeidstakerinteresser og uttalelser i det politiske ordskiftet om at heltid er et «krav» og et mål, så vises ikke dette like godt i praksis. Ifølge Hovedtariffavtalen for kommunal sektor skal det som hovedregel tilsettes i full stilling (HTA§2.3.1.) I kommunesektoren er imidlertid deltid «normalen»; 52 prosent av alle ansatte arbeider deltid. I pleie- og omsorgstjenestene er deltidsandelen større, der jobbet 69 prosent av kvinnene deltid i 2010. Det er store forskjeller mellom kommuner; over halvparten av kommunene har en heltidsandel innen pleie- og omsorg på mindre enn 25 prosent. De store kommunene trekker opp snittet.

Deltid blir ofte framstilt som et problem for den enkelte. En liten stilling gir lavere inntekt, som igjen gir svakere muligheter

forankret prosess. Karmøy er en kommune som jobbet systematisk over flere år for å få flere i heltidsstillinger. Ledelsesforankring, og oppfølging fra ledelsen både politisk og administrativt og godt samarbeid med partene er som alltid viktig.

Et annen funn i Fafo-rapporten er at en bedre fordeling av helgevaktene vil bidra til å løse deltidsproblemet. Jobber man noen ekstra helger i løpet av et år, eller lengre vakter de helgene man jobber, vil dette kunne bringe oss et stykke på vei. Færre personer trengs til å dekke opp helgevaktene og man kan ha færre og større stillinger.

Rapporten fra Fafo viser at tradisjonell turnus gir dårlig effekt dersom målet er at flest mulig skal arbeide i hele eller store stillinger. Erfaringer fra en rekke kommuner, som Bergen og Måsøy, viser at nye arbeidstidsordninger er attraktivt for mange. Langturnus eller lange helgevakter er ikke nødvendigvis en arbeidsform som passer for alle, men det er heller ikke dagens tredelte turnus. Erfaringene fra Bergen viser også at alders- og kjønns sammensetningen er bredere i de tjenestene som har langturnus enn i den delen av tjenestene som har ordinær turnus.

Tilbakemeldingene fra rådmenn og ledere i kommunene er at mer, og mest mulig av arbeidstidsordningen, bør kunne avtales mellom partene lokalt. I rapporten uttrykker litt over 80 prosent av lederne at de er helt eller ganske enige i at «godkjenning av de ulike turnusene må kunne avgjøres av partene på kommunenivå».

Fafo-rapporten refererer til undersøkelser av Bente Abrahamsen som har vist at en del tar utdanning som sykepleier blant annet fordi det er et yrke hvor deltidsarbeid er mulig. Dette er sett fra KS sin side en felles utfordring for både utdanningene, arbeidstakerne og arbeidsgiver. Med våre framtidige arbeidskraftsbehov trenger vi flere i arbeid, og det er vesentlig at vi har felles mål om en «heltidskultur» i arbeidslivet, både av hensyn til brukerne og de ansatte.

Både vår erfaring og rapporten fra Fafo viser at det er mange og sammensatte årsaker til deltid, men også mange løsninger som kan bygge opp under en heltidskultur. KS har invitert hovedsammenslutningene til felles innsats for å legge til rette for at full stilling blir hovedregelen. Vi ser fram til en god dialog om hvordan vi kan finne nye og gode løsninger på hvordan vi kan organisere arbeidet. ■■■

Tradisjonell turnus gir dårlig effekt.

til å ta opp lån og etablere seg på boligmarkedet, samt en lavere pensjon på sikt. Sett fra arbeidsgivers ståsted er også deltid en «felle». Når en stor andel ansatte jobber deltid innebærer dette behov for flere ansatte. Høy andel deltidsstillinger er uheldig for utviklingen av kompetanse og kvalitet i tjenestene, og ikke minst er deltid uheldig for brukerne. Mer heltid gir større stabilitet og trygghet for dem som mottar tjenestene.

En rapport utarbeidet av Fafo for KS viser en rekke interessante funn (Moland, L. E & Bråthen, K. (2012) Hvordan kan kommunene tilby flere heltidsstillinger? Oslo: Fafo-rapport 14):

Ett av funnene viser at få tiltak som har vært iverksatt har hatt heltid eller større stillinger som mål. Målene har ofte vært økt brukertilfredshet, kvalitetsutvikling, større påvirkning i planlegging av arbeidstiden eller redusert sykefravær. Dersom målet er heltid, må det settes mål for å oppnå dette og følges opp med en god

Kunnskapstørst?

Som sykepleier tilhører du en profesjonell yrkesgruppe som tar faget sitt alvorlig.

Mange sykepleiere ønsker å holde seg faglig oppdatert, blant annet ved å lese internasjonale forskningsartikler og kunnskaps-baserte nyheter.

Gjennom Sykepleien Forskning får du tilgang til denne typen innhold – på norsk – samt oversikt over andre aktuelle temaer innen faget ditt. Sjekk også ut våre nye nettsider med ny avansert søkefunksjon og gratis tilgang til alt stoff vi publiserer.

Sykepleien Forskning er et vitenskapelig tidsskrift som formidler forskning og nyttestoff relevant for sykepleiere i praksis, sykepleierstudenter og vitenskapelige ansatte som jobber innen sykepleie- og helsefagutdanning.

forskning@sykepleien.no



Høstens Store Aktivitetskonkurranse!

Senja—Stetind på 60 dager

20. september—18. november

Morsomt og engasjerende aktivitetstiltak på jobben! Gå en virtuell rute fra Senja til Stetind på 60 dager - Registrer aktivitet og følg din fremgang på dytt.no.

Dann lag og konkurrer internt og med andre fra helsesektoren i Norge!

Pris kun 299 kr per deltaker inkl. skritteller. Prisen er eks. mva. Meld dere på her: www.dytt.no/stetind, eller tlf: 22 33 59 00. Påmelding innen 17. september.



dytt.no

Friskere og Gladere medarbeidere

TETT PÅ

Tett på Kjell Erik Ullmann Øie

Hvorfor: Han er sykepleier og ble statssekretær i Helsedepartementet 8. juni.

Stilling: Statssekretær (Ap) i Helse- og omsorgsdepartementet

Utdanning: Sykepleier

Alder: 52 år



Like ved kongens bord

For andre gang er Kjell Erik Øie
tett på en minister.

Tekst og foto **Marit Fonn**

«Personlig er det

Han var ute og stelte med kaninene da telefonen ringte. «Vil du bli statssekretær», var spørsmålet. Han fortsatte å mate de pelskleddede mens han tenkte over saken. Spørsmålet var lett. Da partner Trond kom hjem, var heller ikke han vanskelig. «Du vet hva du går til. Har du lyst, er det et svar.»

Det var 1. juni. I en uke måtte Kjell Erik Øie holde kjeft. Først måtte kongen få beskjed, i statsråd på slottet. Bare en time før han dro, fikk kollegene i Plan vite det.

DET ER IKKE FØRSTE GANGEN sykepleieren skifter jobb eller verv. Det skjer stadig vekk. Litt færre krøller og litt mer pondus har det blitt siden han drev homokamp som leder i Det norske forbundet av 1948. Men nå spretter han morgenfrisk opp trappetrinnene i nybygget som huser Helsedepartementet. Siden 22. juli i fjor har departementet fått losji hos Helsedirektoratet. Det nye kontorbygget – planlagt før terrorangrepet – ligger like ved den bombete høyblokken.

Øie og kollegene er selvsagt preget av det som skjedde. Noen var der selv, mange fikk kontorene sine smadret. Alle sørger over noen.

Nå har han permisjon fra programdirektørjobben i Plan Norge. Han kan regne med å bli en av helseministerens nærmeste i minst ett år. Etter valget spørs det.

– Jeg har vært med før, så jeg har trening, sier han mens solflekken danser på den lyseblå skjorten.

Treningen fikk han i tilsvarende verv i Barne- og likestillingsdepartementet, blant annet da minister Manuela Ramin-Osmundsen måtte gå.

– Hvem ringte deg 1. juni?

– Det spiller ingen rolle.

– Visste du ingenting?

– Nei.

Han rydder plass til en ekstra kaffekopp på et hjørne av skrivebordet, som er altfor lite for en arbeidende mann. Han ser rett inn i en

«Livet er fullt av overraskelser og valg.»

grå betongvegg, som «skal være sånn». Ikke hans smak, men han sutrer ikke.

– Jeg tenkte det var en veldig tillitserklæring, og at dette var noe jeg hadde veldig lyst på.

– Hva kjente du i magen?

– Skrekkblandet fryd.

Han trøster seg med at han har to fordeler: Han har vært statssekretær før og kan systemene. Og han er helsearbeider. Han kan terminologien og skjønner fagdiskusjonene raskt.

– Du kunne vært forbundsleder nå?

– Eh, kanskje ...

Han tar seg inn:

– Livet er fullt av overraskelser og valg. Da ville jeg også ha jobbet med samme saker og med samme engasjement. Men nå er jeg i dette systemet.

I fjor høst var han kandidat til ledervervet i Norsk Sykepleierforbund (NSF), som var rammet av lederflukt. Men etter to

uker trakk han seg – fordi han var mann. Da han sa ja til å stille til valg som leder, visste han ikke at NSF-ledelsen allerede var mannstung. Om NSF ville vært moden for en mann helt i tet, er en annen sak. Som likestillingspolitiker ville det bli vanskelig å argumentere for sitt eget kandidatur, sa han. Han ville ikke stemt på seg selv.

– Jeg er fortsatt medlem, opplyser han.

Det skal han fortsette med.

– Jeg har bedt om et møte med NSF. Jeg vil høre hva de er opptatt av.

Øie ser det kanskje som en fin anledning til å hanke inn igjen rødgrønne velgere blant sykepleiere, lærere og politi, gruppene som regjeringen avviste i lønnsoppgjøret?

– Som politiker har du vel alltid velgerfisking i tankene?

– Det har vært konflikt. Den er over. Det er ikke et mål å være enige om alt.

– Noen kaller deg karrierejeger.

– Hvis de med det mener at jeg er ute etter jobb med makt og innflytelse, da er det riktig. Men jeg er opptatt av å bruke den til noe som ligger utenfor meg selv. Alle med makt må vite hvorfor de er i posisjon.

– Får du fortsatt et kick av å stikke deg fram, slik du tidligere har sagt?

– Tja, kanskje litt mindre enn før.

– Hopper du fra sak til sak?

– Jeg har alltid jobbet mot urettferdighet. Jeg vil prøve å gjøre verden stadig bedre.

KARRIERELISTEN ER LANG. Her er noe: Fire år som sykepleier på Radiumhospitalet. Forebygging av hiv-smitte i Helsetilsynet, avdelingsleder i Kirkens Bymisjon, bystyremedlem i Oslo. Pådriver for partnerskapsloven, årets æreshomo. Likestilling, særlig av menn.

– Hva vil du selv trekke fram?

– Jeg er veldig fornøyd med det homopolitiske. Nå har jeg jobbet tre år med barn og bistand i Plan. Det har vært utrolig givende. Jeg har et mantra: Systemer er til for mennesker, ikke omvendt.

– Er det særlig viktig i bistandsarbeid?

– Ja, man må spørre seg selv hver dag: Hvorfor gjør jeg dette? Har det betydning for de ungene jeg jobber for? Det er et svært og eksistensielt spørsmål. Jo høyere i systemet, desto viktigere er det å tenke over det.

– Men nå er du her. Hva skal du jobbe med?

– Primærhelsetjeneste, eldreomsorg, samhandlingsreform. Og noe med rus.

En stortingsmelding om innovasjon i helse- og omsorgssektoren skal han ha klar til neste vår. Han har allerede vært på innovasjonsbesøk på Bergen Røde Kors sykehjem.

– Fantastisk! Der er musikk en del av behandlingen, som alternativ til både medisin og tvang. De har veldig gode resultater – lavt sykefravær og lav medisinbruk. Dette knytter de til forskning.

Personlig erfaring med eldreomsorg har han ikke. Hans egen mor, for øvrig søster til skuespilleren Liv Ullmann, er 76 år og bor i Trondheim. Der er Øie født og oppvokst. Nå har hans eldste sønn på 20 dratt til pappas fødeby for å studere. Den yngste på 18 er på videregående. De to guttene har lesbisk mor, og Øie og mann kom tidlig inn i bildet fordi hun mente de trengte mannlige rollemodeller.

alvorlig. I praksis er det å lyve.»

– Vi er en tett og god familie. I sommer skal vi på ferie alle sammen, da er moren med.

I ET TIDLIGERE INTERVJU i Sykepleien fortalte han at 12 år gammel hørte han moren forklare hans søster om homofile. Da tenkte han. «Slik er jeg og. Det må jeg ikke si til noen.»

11 år senere fikk foreldrene vite det. Først ble de sjokkert, siden har de støttet ham.

– *Hvordan er det å være ung og homofil i dag?*

– Lettere. Uten tvil. Å si noe annet er å dyrke lidelsen. Men man skal ikke underslå at det fortsatt er vanskelig i noen miljøer, ikke minst internasjonalt. Noen land har en annen lovgivning og andre holdninger.

Homofile fengsles i Uganda, var nyheten senest i morges. Øie vil likevel nyansere bildet: Malawis nye kvinnelige president har nettopp trukket tilbake landets homofiendtlige lover.

I Plan har han måttet tenke over om det er lurt å være åpen homofil. Av to grunner:

– Det kan være et sikkerhetsspørsmål. Men viktigere, åpenhet kan hindre Plans arbeid. Da er det vanskelig å være åpen. Samtidig er det et krevende standpunkt ikke å være det. Jeg er ikke sikker på om det er riktig heller.

– *Hva velger du?*

– Jeg kan være unnnvikende når noen spør om jeg er gift. Men ryktet sprer seg fort.

– *Det går seg til?*

– Personlig er det alvorlig. I praksis er det å lyve, i beste fall å dreie på sannheten. Det har med selvrespekt og integritet å gjøre.

HAN BOR PÅ RØA, der han altså har hage. I tillegg til kaniner, for tiden fire voksne og sju barn, er der også høner og vaktler. 30 stykk. Kaninene blir mat til eierne. Vaktlene legger egg.

– 20 daglig.

Telefonen ringer.

– Hei Robin!

(Kåss, statssekretær.)

– Anne-Grete ... (Strøm-Erichsen, helseministeren) ... vil gjerne få ut noe i regionsavisene om brystrekonstruksjonssaken etter oppslaget på Dagsrevyen i går. Kjempefint! Snakkes.

Tilbake til vaktlene:

– Det blir mye salat med egg. Perfekt. Vil man imponere, kan man servere fem speilegg på en skive.

I nevnte tidligere Sykepleien-intervju, som var i 1996, etterlyste han at særlig lesbiske ledende sykepleiere burde stå fram med sine liv.

– *Hva sier du nå?*

– Det er udelte positivt at personer i posisjon står fram. De er viktige rollemodeller, særlig personer mange vet om. Men de må bestemme sjøl.

– *Noe som irriterer deg?*

– Ikke så mye.

Hm, hva har skjedd? Ifølge forrige intervju irriterer han seg grenseløst over småting. Nå sier han bare:

– Det er trist det som skjer i Rio. Mer trist enn irriterende.

Han tenker på FNs klimamøte, som få vil kalle en suksess.

– Trist at vi ikke har kommet lenger enn til fine overskrifter. Men jeg er optimist. Må jo være det.

Han tenner på femøren, sa han sist. Hissig, sa mor. Nå sier han at det er lenge siden han stormet Oslo Domkirke med ropet.

– Men jeg er glad for at folk er aktivister.

– *Er du for heroin i rusbehandlingen?*

– Hahahaha.

Han ser ut som han vil holde på en hemmelighet,

– Regjeringen smaker på det spørsmålet. Vi har ikke noe svar ennå, men følger med på utviklingen internasjonalt.

– *Hva mener du personlig?*

– Jeg kan bruke all min innflytelse innad, men det sier seg selv at som politiker må jeg målbære regjeringens standpunkt.

– *Har du en mening i denne saken?*

– Ja.

Han fortsetter med politikersnakk om krevende spørsmål, mange sider, stor respekt

– *Jeg tror du er mot.*

– Tror du det?

Dagen etter er heroinen i nyhetene: Regjeringen vil ikke innføre en prøveordning med heroinassistert behandling på nåværende tidspunkt.

– *Sist avsluttet du intervjuet med en søt homovits.*

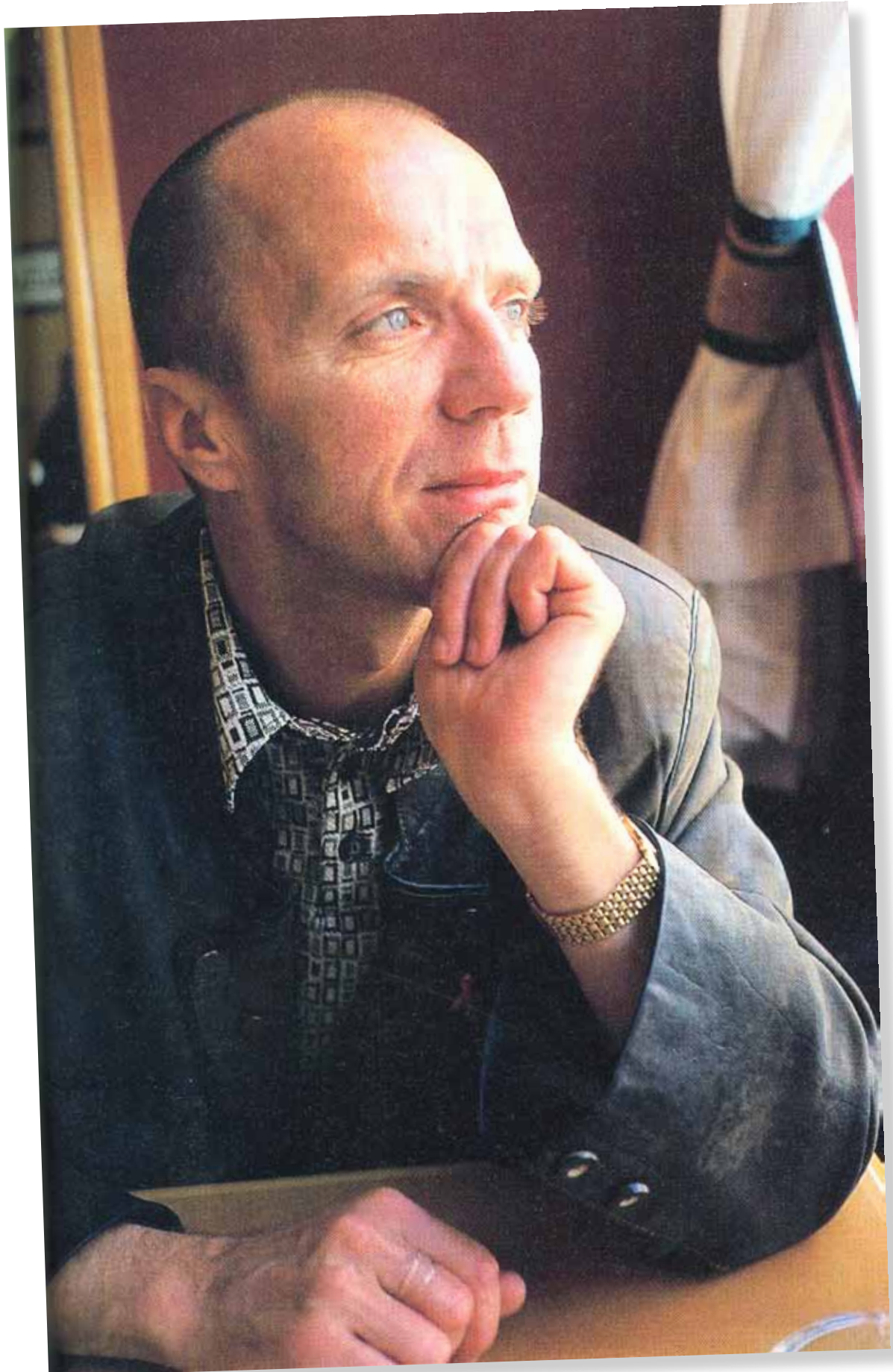
– Ja, den forteller jeg fortsatt.

Den var om et homsepar, en veldig maskulin, en innmari feminin. Den maskuline tar skumbad. Skrulla tripper stadig inn med et champagneglass og dypper det i badevannet. «Hva stresser du for?» spør han som bader. «Stresse og stresse. Det brenner på kjøkkenet», er svaret.

– *Har du en ny?*

Han har ikke det på stående fot, men han lover å tenke på saken. ■■■





FIKK MEDHOLD: HIV-positive Widar Wenæs gikk til sak mot staten da han ikke fikk jobben han søkte som avdelingssykepleier. Foto: Marit Fonn.



HVPU-REFORM:
Sykepleien nr. 12-1995.

Ga hiv-smittede et ansikt

Hiv og aids, teknologi og psykiatri var viktige temaer i Sykepleien på 1990-tallet.

Frykten for hiv og aids sitter fremdeles i på 90-tallet, og selv om kunnskapen om smitte hadde økt siden det første norske tilfellet ble registrerte i 1983, var det fremdeles mye uvitenhet om smitteoverføring blant helsepersonell, særlig på begynnelsen av tiåret.

Artikkelen «Sprøytetikket», om en sykepleier som stikker seg på en sprøyte brukt på en hiv-pasient, gir et godt bilde av denne angsten. Sykepleieren skriver at hun led av voldsomme kvaler, at hun knapt orket å fortelle mannen sin om hva som hadde skjedd og at hun ikke turte å ta i søsterens nyfødte baby. Men det var ikke bare redselen for «blodsmitte» som ble drøftet i Sykepleien, også etiske konsekvenser ved sykdommen ble beskrevet. Sykepleier Marit Hildegunn Mjeldheim skrev om hvordan sykepleieres holdninger til pasienter og pårørende ble utfordret i møte med pasienter med hiv og aids: «Når pasienten sin næraste pårørende er ein kjærast av same kjønn som han har bilete av på nattbordet, som besøker han om dagen og som kanskje har angst knytt til eigen situasjon, blir

sykepleier direkte konfrontert med egne holdningar til homofili».

Widar Wenæs ga hiv-positive et ansikt. Han var anestesisykepleieren som ikke fikk jobb som avdelingssykepleier fordi han var hiv-smittet. Han søkte erstatning fra Sosial- og helsedepartementet, deretter gikk han til sak fordi erstatningskravet ble avslått. Rettssaken ble beskrevet i Sykepleien nr. 11-1997 som en viktig prinsipp sak. Senere på året ble han portrettert; da hadde han vunnet rettssaken og fått erstatning.

Teknologien inntar for alvor sykepleieryrket på 90-tallet. I lederen til Sykepleien nr. 6-1990, hvor tema er: «EDB – nytt verktøy med nye muligheter», kan vi lese: «Datateknologien er en av de siste og mest spennende utfordringene i dagens helse-tjeneste. Stadig flere sykepleiere oppdager hvilket praktisk arbeidsverktøy EDB kan bli i deres arbeid.»

Fem år seinere har pipen fått en litt annen lyd: «Dataalderen er i ferd med å innhente helsevesenet, enten man liker det eller ikke. Snart blir pleieplaner og annen sykepleierdokumentasjon en del

av den elektroniske pasientjournalen. Er helsepersonell forberedt?». Og i 1996 skriver psykiatrisk sykepleier Roger Almvik en artikkel om internett og sykepleie, som innledes av et hjertesukk: «Norsk Sykepleierforbund og andre engasjerte sykepleiere har så langt vært opptatt av de mer prinsipielle sider ved bruken av internett og andre nyvinninger på IT-fronten ... det er bare så synd at vi som sykepleiere synes å komme på banen noen år for seint.»

I 1997 presenteres psykiatrir reformen i Sykepleien som en reform til 4 milliarder kroner i året. I Stortingsmelding nr. 25 (1996-97) «Åpenhet og helhet» blir det norske psykiatritilbudet evaluert som for dårlig. Videreutdanning i psykiatrisk sykepleie legges ned i 1997 og erstattes med Tverrfaglig videreutdanning i psykisk helsearbeid. Sykepleien skriver i samme årgang at mange i fagmiljøet var skeptiske til å legge ned en videreutdanning det er sterkt behov for, før man visste hvordan den nye vil fungere.

Tekst **Susanne Dietrichson**

Når ingen vil være tillitsvalgt

En tillitsvalgt trenger støtte fra medlemmene for å bli i vervet, svarer NSF's **Kirsten Nesgård** til et av leser spørsmålene.

? Vi (NSF-medlemmer) har ikke tillitsvalgt på vår arbeidsplass. Det er ingen som vil. Jeg lurer på hvordan vi kan løse dette? Er det andre muligheter, slik at vi ikke går glipp av diverse prosesser på huset?

§ Uten en tillitsvalgt vil dere kunne gå glipp av nødvendig informasjon, medbestemmelse og rettigheter etter lov- og avtaleverk. Tillitsvalgt er valgt for å være medlemmenes talsperson på arbeidsplassen, et bindeledd i kommunikasjon med arbeidsgiver. I tillegg skal medlemmenes kontakt med NSF primært ivaretas av tillitsvalgte.

I arbeidsmiljøloven og i tariffavtalene forutsettes det at de ansatte skal være representert gjennom egne tillitsvalgte. Derfor skal tillitsvalgte gis nødvendig tid for å utføre sitt verv. Den tillitsvalgte plikter å gjøre sitt beste for å bidra til et rolig og godt samarbeid på arbeidstedet. Systemet med representasjon på arbeidsplassen kan ikke ivaretas på andre måter. Selv om NSF gir de tillitsvalgte nødvendig opplæring i vervet, er det ikke forventet at tillitsvalgt skal være funksjonsdyktig fra første dag. Det er viktig at medlemmene verner om og støtter den tillitsvalgte slik at vedkommende blir i vervet over lengre tid.

? Jeg er en sykepleierstudent ute i hjemmebasert praksis. Et spørsmål som stadig dukker opp er: Er det lovfestet at vi skal være to pleiere ved bruk av personheis? Jeg har lett i lovverk, men finner ikke noe som går direkte på dette. Finnes dette?

§ Arbeidsmiljøloven setter generelle krav til arbeidsmiljøet om at det skal være fullt forsvarlig ut fra en enkeltvis og

samlet vurdering av faktorer i arbeidsmiljøet som kan innvirke på arbeidstakernes fysiske og psykiske helse og velferd. Det er arbeidsgivers ansvar å ivareta dette. Og standarden for sikkerhet, helse og arbeidsmiljø skal til enhver tid utvikles og forbedres i samsvar med utviklingen i samfunnet. Hva dette betyr i praksis mht. bruk av heis er mer usikkert, men loven krever at arbeidsgiver planlegger og utformer arbeidet slik at man forebygger skader og sykdommer:

«Arbeidets organisering, tilrettelegging og ledelse, arbeidstidsordninger, lønssystemer, herunder bruk av prestasjonslønn, teknologi mv. skal være slik at arbeidstakerne ikke utsettes for uheldige fysiske eller psykiske belastninger og slik at sikkerhetshensyn ivaretas.» (Aml § 4-1 (2))

I tillegg skal det vurderes om det er særlig risiko knyttet til alenearbeid i virksomheten: «Tiltak som er nødvendig for å forebygge og redusere eventuell risiko ved alenearbeid skal iverksettes, slik at lovens krav til et fullt forsvarlig arbeidsmiljø ivaretas.»

Hvorvidt det er forsvarlig å bruke heis alene må vurderes i hvert enkelt tilfelle, men som student er du i en opplæringssituasjon og det er derfor rimelig at du alltid er sammen med noen ved bruk av heis i forbindelse med løft av pasient. I denne sammenheng må både hensynet til pasientens og de ansattes helse og sikkerhet ivaretas.

? Jeg er sykepleier og jobber 75 prosent stilling i kommunen (arbeider 6 ukers turnus med varierende timeantall i uken fra 15 – 35,5 timer). Jeg ønsker hel stilling og tar ekstravakter i samme kommune, men ikke samme arbeidsplass. Opplever at det er helt umulig å oppnå 100 prosent stilling, siden jeg ikke må gå over 35,5 timer i

uka. Gjennomsnittsberegning vil ikke gjelde ekstravaktene. Hvordan er reglene?

§ Bestemmelsene i tariffavtalene om overtidskompensasjon gjelder alltid for de i heltidsstillinger, både når de arbeider ut over det som er planlagt per dag og per uke. Deltidsstiltsatte har likevel krav på overtidskompensasjon dersom de pålegges å arbeide ut over det som er fastsatt for full stilling per dag. Dette utnytter mange arbeidsgivere ved ikke å gi deltidsansatte ekstravakter ut over 35,5 time per uke (timetallet for full stilling). Dette slå særlig urimelig ut for turnusarbeidere hvor arbeidstiden varierer fra uke til uke.

Det er flere måter å oppnå full stilling på. Det ene er å fremme krav etter Arbeidsmiljøloven § 14-3 som regulerer fortrinnsrett til utvidet stilling for deltidsansatte. § 14-3 (1) lyder som følger: «Deltidsansatte har fortrinnsrett til utvidet stilling fremfor at arbeidsgiver foretar ny ansettelse i virksomheten.»

Dersom du regelmessig tar ekstravakter, og dersom dette har pågått i lengre tid, kan du også gjøre krav på fast ansettelse i den stillingsprosenten du faktisk har gått i, jmfør Arbeidsmiljøloven § 14-9 (5). På den måten kan du oppnå en varig høyere stillingsbrøk enn det du har i dag.

Det er ikke anledning i henhold til lov eller avtale å gjennomsnittsberegne overtid/merarbeid. Det er kun alminnelig arbeidstid som kan gjennomsnittsberegnes.

Du kan i slike saker be om bistand fra din tillitsvalgte/ hovedtillitsvalgte eller fra fylkeskontoret. Tillitsvalgte kan drøfte bruken av deltidsstillinger med arbeidsgiver. De fleste kommuner og helseforetak gir utad inntrykk av at de er svært opptatt av å redusere ufrivillig deltid.

Passer på paragrafene:

