

12 2012

10. oktober 2012
100. årgang

Sykepleien 100 år

A close-up portrait of a middle-aged man with grey hair, smiling slightly. He is wearing a dark suit jacket over a light blue button-down shirt.

Frieren

Helseminister Jonas Gahr Støre startet med å sjarmere sykepleierne. Men leverer han?
Side 82

Anbefales av
Nasjonalforeningen
for folkehelsen



RETT



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 brødsken. 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



DESINFISERENDE VÅTSERVİETTER FOR HÅND OG OVERFLATE

Vi i Antibac er opptatt av god hygiene og ønsker å gjøre desinfeksjon så enkelt og effektivt som mulig.

Våtservietter er effektivt, lett tilgjengelig og svært enkelt å bruke. I vårt sortiment har vi våtservietter for de fleste områder innen hånd- og overflatedesinfeksjon og utvalget

spenner fra enkeltpakninger og til bokser som inneholder 150 servietter.

Alle våtserviettene har samme innhold og effekt som Antibac desinfeksjonssprit på flaske og er laget av non-woven materiale. Dette gjør serviettene myke og fuktighetsbevarende.



www.antibac.no

MÖLLER'S

GRUNNLAGT 1854



Prisbelønnet for sin smak!



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

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

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



Anna
Oppedal Tokheim,
Möller's
ernæringsfysiolog

Optimal utvikling av hjernen

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

Utvikling av et sterkt skjelett

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

Trygt kvalitetsprodukt

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

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

Grønt nr: 800 80 555

HUSK!

Bestill Möller's Tran til din helsestasjon på www.mollers.no/helsepersonell

Nye Sterisol®System

Sterisol®System - den eneste komplette hudpleie-serien i bransjen, helt uten konserveringsmiddel!

- ✓ 30 års erfaring er vanskelig å kopiere!
- ✓ Optimal effekt på bakterier og virus!
- ✓ Minimal risiko for hudproblemer!
- ✓ Unike fordeler nå i en standard-dispenser!



En annen
Nyhet
fra
Sterisol!
- for Dispensopac

- ✓ **Komplett sortiment**
– uten skadelige tilsetningsstoffer!

Sterisol®System - **dokumentert bakterie- og lufttett**. Det betyr at Sterisol, til forskjell fra andre leverandører, kan tilby et **komplett sortiment av produkter uten konserveringsmidler**. (desinfeksjons-, såpe-, lotion- og krem-produkter).



Sykepleien

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

E-post:

redaksjonen@sykepleien.no
interaktivt@sykepleien.no

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

Medarbeidere:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Grafisk formgiver 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

Stilling/kunngjøring: Silje Marie Torper
tlf. 97 09 33 54
silje.marie.torper@sykepleien.no

Repro og trykk:
Color Print A/S



SYKEPLEIENS FORMÅLSPARAGRAF:

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

Gjesteskrivere:



Wenche Skjær og Marianne Noodt skriver om at eldre med ernæringsproblemer ikke får den behandlingen de har krav på fra hjemmetjenesten og på sykehjem. Side 78.



Ann Kristin S. Austarheim, som er anestesisykepleier, forteller om hva hun så da hun tok et vikariat som lektor i sykepleie på en høyskole. Side 75.



Anne Eli Wangen er opptatt av at medias negative fremstilling av helsevesenet gjør folk utrygge på om de vil få helsehjelp når de trenger det. Det står ikke så dårlig til, mener hun. Side 80.



Berit Støre Brinchmann beskriver det etiske dilemmaet man kan havne i når man må opparbeide en pasients tillit for å kunne hjelpe. Side 70.



Innhold

Sykepleien

AKSJONISTEN: NSF vil ikke åpne alle

Hva skjer

- 9 Aksjonisten
- 10 Hva skjer – smånytt
- 13 Vi bare spør Grethe Skorpen Iversen
- 14 – Sett en standard for legevakt
- 16 Insulin uten kontroll
- 18 Rapportering koster milliarder
- 20 OK å dele jobbhverdagen på sosiale medier?
- 21 NSF's nye æresmedlemmer

Der ute

- 32 Smånytt fra utlandet
- 34 Enkle grep kan redde liv
- 36 Fant hverandre på Balkan
- 38 Fra jubileumsfesten til NSF
- 42 Ny metode kan forebygge trykksår
- 44 Øyeblikket
- 46 Min jobb: André Thoresen



16



48



21

- 22 Døden er en del av livet
24 – Her er det fint. Men trist også
28 – La pasientenes ønsker styre
29 Fascineres av døden
30 – Må tørre å skuffe

22



slusene og utvanne utdanningen til en lettvtint suppe for de ubegavede.

12 • 2012
10. oktober 2012 • 100. årgang

Fag og bøker

- 48 Rom for tolking
52 Tolking må kvalitetssikres
55 Fagnotiser
56 – Minoritetspasienten krever mer tid
58 Kulturmøter i psykisk helsevern
62 Forfatterintervju: Åse Haugstvedt
64 Bokanmeldelser
65 Jordmødre avnavler forskjellig
66 Sykepleie til alvorlig syke og døende muslimer
70 Etikk: Berit Støre Brinchmann
72 Kritiserer tidlig innsats
72 Quiz

Mennesker og meninger

- 74 Eli Gunhild By om statsbudsjettet
75 Ann Kristin S. Austarheim om sykepleier-utdanningen
78 Wenche Skjær og Marianne Noodt om ernæring til eldre
80 Anne Eli Wangen om helsevesenet
82 Tett på Jonas Gahr Støre
86 Paragrafrytterne

- 87 Stillingsannonser
90 Kunngjøringer

GJESTESKRIBENTEN:

Haldningar er
som kjent ikkje
lett å endre.

Anne Eli Wangen

80



38

«Gratulerer med dagen!»

62





Eucreas®
vildagliptin/metformin

TYPE 2
DIABETES

Eucreas® er kombinasjonstabletten med DPP-4 hemmeren Galvus® og metformin

NÅR METFORMIN IKKE ER NOK

- Mer effekt – Effektiv HbA1c reduksjon (-1,1)¹
- Mer effekt – Ingen vektøkning¹
- Mer effekt – Lav forekomst av hypoglykemi¹



- Eucreas® 50/850 mg morgen og kveld
- Eucreas® 50/1000 mg morgen og kveld

Referanser: 1, SPC Eucreas, 2, SPC Galvus

- Galvus® 50 mg x 1 hos pasienter med moderat, eller alvorlig nedsatt nyrefunksjon eller terminal nyresykdom²
- Galvus® 50 mg x 2 alene eller i kombinasjon med metformin²
- Galvus® 50 mg x 1 i kombinasjon med SU²

Eucreas® Novartis Antidiabetikum.

TABLETTER, filmdrasjette 50 mg/850 mg og 50 mg/1000 mg: Hver tablett inneh. Vildagliptin 50 mg, resp. 50 mg, metforminhydroklorid 850 mg (tilsv. metformin 660 mg), resp. 1000 mg (tilsv. metformin 780 mg), hjelpestoffer. Fargestoffer: Gult jernoksid (E 172), titandioksid (E 171). **Indikasjoner:** Behandling av diabetes mellitus type 2 hos pasienter med utilstrekkelig glykemisk kontroll til tross for maks. tolererbar peroral dose av metformin monoterapi, eller til pasienter som allerede får kombinasjonsbehandling med vildagliptin og metformin som separate tabletter. **Dosering:** Voksne: Basert på gjeldende metformindose innledes behandlingen med 1 tablett 50 mg/850 mg 2 ganger daglig eller 1 tablett 50 mg/1000 mg 2 ganger daglig, tatt morgen og kveld. Anbefalt daglig dose er vildagliptin 100 mg + metforminhydroklorid 2000 mg. Pasienter som får vildagliptin og metformin som separate tabletter kan bytte til Eucreas med tilsvarende dose av hver komponent. Doser >100 mg vildagliptin anbefales ikke. Eldre >65 år: Nyrefunksjonen bør kontrolleres regelmessig. Barn <18 år: Sikkerhet og effekt er ikke dokumentert. Nedsatt nyrefunksjon: Se Kontraindikasjoner. Nedsatt leverfunksjon: Bør ikke brukes av pasienter med nedsatt leverfunksjon, inkl. de med ALAT eller ASAT >3 x øvre normalgrense ved behandlingsstart. Administrering: Gastrointestinale symptomer assosiert med metformin kan reduseres ved å ta tabletten sammen med eller umiddelbart etter mat. Det anbefales å svelge tabletten hel. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for noen av innholdstoffene. Diabetisk ketoacidose eller diabetisk prekomma. Nyresvikt eller nedsatt nyrefunksjon, definert som $\text{Cl}_{\text{CR}} < 60 \text{ ml/minutt}$. Akutte tilstander som potensielt kan endre nyrefunksjonen, slik som dehydrering, alvorlig infeksjon, sjokk, i.v. bruk av jodholdige kontrastmidler. Akutt eller kronisk sykdom som kan forårsake hypoksi i væv, slik som hjerte- eller respirasjonssvikt, nylig gjennomgått hjerteinfarkt og sjokk. Nedsatt leverfunksjon. Akutt alkoholforgiftning, alkoholisme. **Amning:** Forsiktighetsregler: Bør ikke brukes ved diabetes type 1. Laktacidose kan forekomme i svært sjeldne tilfeller pga. metforminakkumulering og oppstår primært ved signifikant nyresvikt. Forekomst av laktacidose kan og bør reduseres ved å samtidig vurdere andre risikofaktorer (f.eks. dårlig kontrollert diabetes, ketose, langvarig faste, overdrevet alkoholinntak, nedsatt leverfunksjon og enhver tilstand assosiert med hypoksi). Serumkreatinin bør monitoreres regelmessig. Minst 1 gang pr. år ved normal nyrefunksjon, og minst 2-4 ganger pr. år ved serumkreatininivå i øvre del av normalområdet og hos eldre. Særlig forsiktighet i situasjoner der nyrefunksjonen kan reduseres, f.eks. ved oppstart av behandling med antihypertensiver, diuretika eller NSAIDs. Sjeldne tilfeller av leverdysfunksjon (inkl. hepatitt) er rapportert. I disse tilfellene er pasientene vanligvis asymptomatiske og uten klinisk sekvele, og leververdiene normaliseres etter seponering. Leverfunksjonstester bør utføres før behandlingsstart, hver 3. måned i løpet av 1. behandlingsår og deretter periodisk. Ved utvikling av forhøyet transaminasenivå bør en ny bekreftende leverfunksjonstest utføres, deretter bør pasienten følges opp med hyppige tester til verdiene er normale igjen. Dersom det observeres en vedvarende økning av ASAT og ALAT på >3 x øvre normalgrense, bør behandlingen seponeres. Ved gulsott eller andre tegn på leverskade bør behandlingen avbrytes. Behandlingen bør ikke gjenopptas når leverfunksjonstestene er normale. Diabetespasientene bør undersøkes med tanke på hudlesjoner i forbindelse med rutinemessig oppfølging. Tilfeller av akutt pankreatitt er rapportert ved bruk av vildagliptin, og regresjon er observert etter seponering. Ved mistanke om pankreatitt bør preparatet og andre potensielt mistenkte legemidler seponeres. Pasienten bør informeres om det karakteristiske symptomet på akutt pankreatitt: Vedvarende, sterke magesmerter. Behandling bør seponeres 48 timer før elektiv kirurgi med generell anestesi, og bør ikke gjenopptas før tidligst 48 timer etter inngrepet. Pasienter som opplever svimmelhet bør ikke kjøre bil eller bruke maskiner. **Interaksjoner:** Vildagliptin er verken et substrat for CYP 450 eller en hemmer/induser av disse og har derfor lavt interaksjonspotensiale. Den hypoglykemiske effekten kan reduseres av visse legemidler, inkl. tiazider, kortikosteroider, thyroideapreparater og sympatomimetika. Inntak av alkohol og legemidler som inneholder alkohol bør unngås med tanke på laktacidose. Ved samtidig bruk av kationiske legemidler som elimineres ved renal, tubulær sekresjon (f.eks. cimetidin) bør glykemisk kontroll monitoreres nøye. Dosejustering innen anbefalt doseringsområde og endringer i diabetesbehandling bør overveies. Eucreas bør seponeres før eller ved i.v. injeksjon av jodholdige kontrastmidler. Behandling bør ikke gjenopptas før 48 timer etter, og kun etter at nyrefunksjonen er undersøkt på nytt og funnet normal. Ved samtidig bruk av legemidler med hyperglykemisk effekt (glukokortikoider, beta2-agonister og diuretika) bør blodsukker måles oftere, spesielt ved oppstart. Dosejustering av Eucreas kan være nødvendig ved samtidig behandling og ved seponering. ACE-hemmere kan redusere blodsukkeret og dosejustering kan være nødvendig. **Graviditet/Amning:** Overgang i placenta: Ikke tilstrekkelige data fra gravide. Dyrestudier med vildagliptin har vist reproduksjonstoksiske effekter ved høye doser. Skal ikke brukes under graviditet. Overgang i morsmelk: Utskilles i melk hos dyr. Skal ikke brukes under amming. **Bivirkninger:** Vanlige (<1/100 til <1/10): Gastrointestinale: Kvalme. Nevrologiske: Tremor, hodepine, svimmelhet. Stoffskifte/ernæring: Hypoglykemi. Mindre vanlige (>1/1000 til <1/100): Nevrologiske: Trethet. Ytterligere bivirkninger som er observert med de enkelte virkestoffene: Vildagliptin: Mindre vanlige (>1/1000 til <1/100): Gastrointestinale: Forstoppelse. Hjerte/kar: Perifer ødem. Muskel-skjelettsystemet: Artralgi. Svært sjeldne (<1/10 000): Infeksjoner: Øvre luftveisinfeksjon, nasofaryngitt. Etter markedsføring: Etter markedsføring: Rapporter om tilfeller av unormale leverfunksjonstester og tilfeller av hepatitt, reversibelt ved seponering. Ukjent frekvens: Urticaria, pankreatitt. Metformin: Svært vanlige (>1/10): Gastrointestinale: Oppkast, diaré, magesmerter, nedsatt appetitt. Vanlige (>1/100 til <1/10): Nevrologiske: Metallsmak. Svært sjeldne (<1/10 000): Hud: Hudreaksjoner som erytem, pruritus, urticaria. Lever/galle: Unormale leverfunksjonstester eller hepatitt. Stoffskifte/ernæring: Redusert opptak av vitamin B12, laktacidose. **Overdosering/Forgiftning:** En stor overdose metformin (eller samtidige risikofaktorer for laktacidose) kan medføre laktacidose, som må behandles på sykehus. Hemodialyse er den mest effektive metoden for fjerning av metformin. Vildagliptin kan ikke fjernes ved hemodialyse, men hovedmetabolitten som dannes ved hydrolyse kan fjernes. Støttende tiltak anbefales. Se Gifitinformasjonens anbefalinger for metformin A10B A02 side d og vildagliptin A10B H02 side d. **Egenskaper:** Klassifisering: Vildagliptin er en dipeptidyl/peptidase-4 (DPP-4)-hemmer. Metformin er et biguanid. Virkningsmekanisme: Vildagliptin gir hurtig og total hemming av DPP-4-aktiviteten, som medfører økning i fastende og postprandialt endogent nivå av inkretinhormonene GLP-1 og GIP. Ved å øke endogent nivå av disse, økes betacellenes glukosesensitivitet, med forbedring av glukoseavhengig insulinsekresjon. Økt endogent GLP-1-nivå øker affiniteten til insulinreseptoren og gir mer hensiktsmessig glukoseavhengig glukagonsekresjon. Forsterket økning i in-sulin/glukagon-ratio ved hyperglykemi pga. økt inkretinnivå gir redusert fastende og postprandial hepatisk glukoseproduksjon, som igjen gir redusert glykemi. Metformin reduserer hepatisk glukoseproduksjon via hemming av glukoneogenesen og glykogenolysen, øker insulinsensitiviteten i muskler, som forbedrer perfert glukoseopptak og utnyttelse, samt ved å forsinke glukoseabsorpsjonen fra tarmen. Metformin stimulerer intracellulær glykogensyntese og har gunstig effekt på lipidmetabolisme. Kombinert med 2 antihyperglykemiske legemidler med komplementære virkningsmekanismer forbedrer den glykemiske kontrollen hos pasienter med diabetes type 2. Absorpsjon: Vildagliptin: Hurtig. Maks. plasmakonsentrasjon etter 1,7 timer. Absolutt biotilgjengelighet 85%. Metformin: Maks. plasmakonsentrasjon etter ca. 2,5 timer. Absolutt biotilgjengelighet 50-60%. Proteinbinding: Vildagliptin: 9,3%. Metformin: Ubetydelig. Fordeling: Distribusjonsvolum: Vildagliptin: 71 liter. Metformin: 63-273 liter. Fordeles i erytrocytter. Halveringstid: Vildagliptin: Ca. 3 timer. Metformin: Ca. 6,5 timer. Metabolisme: Vildagliptin: Hydrolysering til inaktiv metabolitt. Metaboliseres ikke i målbar grad av CYP 450-enzym. Utskillelse: Vildagliptin: 85% via urin og 15% i feces. Metformin utskilles uendret via urin. Pankinger og priser: 50 mg/850 mg. 60 stk. I (blister) kr 479,40. 3 x 60 stk. I (blister) kr 1368,10. 50 mg/1000 mg. 60 stk. I (blister) kr 501,80. 3 x 60 stk. I (blister) kr 1435,30. **Refusjon: A10B D08.1 Metformin og vildagliptin.** Refusjonsberettiget bruk: Behandling av type 2 diabetes mellitus kun i kombinasjon med metformin og/eller sulfonyleurea. Insulinbehandling må være vurdert som et alternativ før oppstart.

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

Sist endret: 22.12.2011 (SPC 24.11.2011)

Galvus® Novartis Antidiabetikum.

TABLETTER 50 mg: Hver tablett inneh. Vildagliptin 50 mg, hjelpestoffer. **Indikasjoner:** Behandling av diabetes mellitus type 2. Som monoterapi hos pasienter som ikke er tilstrekkelig kontrollert ved kosthold og mosjon alene og hvor metformin er uegnet på grunn av kontraindikasjoner eller intoleranse. I kombinasjon med metformin hos pasienter med utilstrekkelig glykemisk kontroll til tross for maks. tolererbar dose av metformin monoterapi. I kombinasjon med sulfonyleurea hos pasienter med utilstrekkelig glykemisk kontroll til tross for maks. tolererbar dose av sulfonyleurea, og hvor metformin er uegnet pga. kontraindikasjoner eller intoleranse. I kombinasjon med tiazolidindion hos pasienter med utilstrekkelig glykemisk kontroll, og hvor bruk av tiazolidindion er egnet. **Dosering:** Voksne: Monoterapi eller kombinasjonsbehandling med metformin eller tiazolidindion: Anbefalt daglig dose 100 mg daglig, gitt som 50 mg morgen og 50 mg kveld. Kombinasjonsbehandling med sulfonyleurea: Anbefalt dose 50 mg 1 gang daglig, om morgenen. Doser >100 mg anbefales ikke. Barn: Sikkerhet og effekt er ikke dokumentert. Eldre >65 år: Dosejustering ikke nødvendig. Nedsatt nyrefunksjon: Dosejustering er ikke nødvendig ved lett nedsatt nyrefunksjon (kreatininclearance 50 ml/minutt). Ved moderat eller alvorlig nedsatt nyrefunksjon eller ved terminal nyrefunksjon er anbefalt dose 50 mg 1 gang daglig. Nedsatt leverfunksjon: Bør ikke brukes av pasienter med nedsatt leverfunksjon, inkl. de med ALAT eller ASAT >3 x øvre normalgrense ved behandlingsstart. Administrering: Kan tas til eller utenom måltid. Det anbefales å svelge tabletten hel. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for noen av innholdstoffene. **Forsiktighetsregler:** Bør ikke brukes ved diabetes type 1 eller ved behandling av diabetisk ketoacidose. Brukes med forsiktighet til pasienter med terminal nyresykdom i hemodialyse. Sjeldne tilfeller av leverdysfunksjon (inkl. hepatitt) er rapportert. I disse tilfellene var pasientene vanligvis asymptomatiske og uten klinisk sekvele, og leververdiene ble normalisert etter seponering. Leverfunksjonstester bør utføres før behandlingsstart, hver 3. måned i løpet av 1. behandlingsår og deretter periodisk. Ved utvikling av forhøyet transaminasenivå bør en ny bekreftende leverfunksjonstest utføres, deretter bør pasienten følges opp med hyppige tester til verdiene er normale igjen. Dersom det observeres en vedvarende økning av ASAT og ALAT på >3 x øvre normalgrense, bør behandlingen seponeres. Ved gulsott eller andre tegn på leverskade bør behandlingen avbrytes. Vildagliptinbehandling bør ikke gjenopptas når leverfunksjonstestene er normale. Anbefales ikke ved hjertesvikt. NYHA-klasse III-IV. Diabetespasientene bør undersøkes med tanke på hudlesjoner i forbindelse med rutinemessig oppfølging. Tilfeller av akutt pankreatitt er rapportert ved bruk av vildagliptin, og regresjon er observert etter seponering. Ved mistanke om pankreatitt bør preparatet og andre potensielt mistenkte legemidler seponeres. Pasienten bør informeres om det karakteristiske symptomet på akutt pankreatitt: Vedvarende, sterke magesmerter. Tabletten inneholder laktose og anbefales ikke ved sjeldne, arvelige problemer med laktoseintoleranse, laktasemangel eller glukose-galaktosemalabsorpsjon. Pasienter som opplever svimmelhet bør ikke kjøre bil eller bruke maskiner. **Interaksjoner:** Vildagliptin er hverken et substrat for CYP 450 eller en hemmer/induser av disse og har derfor lavt interaksjonspotensiale. Den hypoglykemiske effekten kan reduseres av visse legemidler, inkl. tiazider, kortikosteroider, thyroideapreparater og sympatomimetika. **Graviditet/Amning:** Overgang i placenta: Ikke tilstrekkelige data fra gravide. Dyrestudier har vist reproduksjonstoksiske effekter ved høye doser. Skal ikke brukes under graviditet. Overgang i morsmelk: Utskilles i melk hos dyr. Skal ikke brukes under amming. **Bivirkninger:** I kombinasjon med metformin: Vanlige (>1/100 til <1/10): Gastrointestinale: Kvalme. Nevrologiske: Tremor, hodepine, svimmelhet. Stoffskifte/ernæring: Hypoglykemi. Mindre vanlige (>1/1000 til <1/100): Gastrointestinale: Forstoppelse. Svært sjeldne (<1/10 000): Ukjent: Infeksjoner: Øvre luftveisinfeksjon, nasofaryngitt. I kombinasjon med tiazolidindion: Vanlige (>1/100 til <1/10): Hjerte/kar: Perifer ødem. Stoffskifte/ernæring: Vektøkning. Mindre vanlige (>1/1000 til <1/100): Nevrologiske: Hodepine, asteni. Stoffskifte/ernæring: Hypoglykemi. I tillegg er artralgi og infeksjon i øvre luftveier observert ved vildagliptin monoterapi. Sjeldne tilfeller av leverdysfunksjon (inkl. hepatitt) er rapportert. Etter markedsføring: Rapporter om tilfeller av unormale leverfunksjonstester og tilfeller av hepatitt, reversibelt ved seponering. Ukjent frekvens: Urticaria, pankreatitt. **Overdosering/Forgiftning:** Støttende tiltak anbefales i tilfelle overdose. Vildagliptin kan ikke fjernes ved hemodialyse. Hovedmetabolitten som dannes ved hydrolyse kan fjernes ved hemodialyse. Se Gifitinformasjonens anbefalinger A10B H02 side d. **Egenskaper:** Klassifisering: Dipeptidyl/peptidase-4 (DPP-4)-hemmer. Virkningsmekanisme: Hurtig og total hemming av DPP-4-aktiviteten, som medfører økning i fastende og postprandialt endogent nivå av inkretinhormonene GLP-1 og GIP. Ved å øke endogent nivå av disse, økes betacellenes glukosesensitivitet, med forbedring av glukoseavhengig insulinsekresjon. Økt endogent GLP-1-nivå øker affiniteten til insulinreseptoren og gir mer hensiktsmessig glukoseavhengig glukagonsekresjon. Forsterket økning i insulin/glukagon-ratio ved hyperglykemi pga. økt inkretinnivå gir redusert fastende og postprandial hepatisk glukoseproduksjon, som igjen gir redusert glykemi. Absorpsjon: Hurtig. Maks. plasmakonsentrasjon etter 1,7 timer. Absolutt biotilgjengelighet 85%. Proteinbinding: 9,3%. Fordeling: Distribusjonsvolum: 71 liter. Halveringstid: Ca. 3 timer. Metabolisme: Hydrolysering til inaktiv metabolitt. Metaboliseres ikke i målbar grad av CYP 450-enzym. Utskillelse: 85% via urin og 15% i feces. **Pankinger og priser:** 50 mg, 90 stk. I (blister) kr 633,00. **Refusjon: A10B H02.1 Vildagliptin.** Refusjonsberettiget bruk: Behandling av type 2 diabetes mellitus kun i kombinasjon med metformin og/eller sulfonyleurea. Insulinbehandling må være vurdert som et alternativ før oppstart.

Refusjonskode:	ICPC	Vilkår nr	ICD	Vilkår nr	Vilkår nr
T90	Diabetes ikke-insulinavhengig	198	E11	Diabetes mellitus type II	198

Sist endret: 02.02.2012 (SPC 30.01.2012)



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

NO1205039530

Barth Tholens om utdanning og identitet

Stilling: Ansvarlig redaktør i Sykepleien

E-post: barth.tholens@sykepleien.no

sykepleier = sykepleier?

«Æ e` sykepleier», heter det stolt i profileringskampanjen som reklamerer for yrket. Men så enkelt er det nå ikke.

Hva har en sykepleier som jobber i kommunehelsetjenesten i Tromsø til felles med en som jobber på et sykehus i Østfold? Hva har en psykiatrisk sykepleier til felles med en jordmor? Jo, de kaller seg sykepleiere alle sammen. Ikke rart at NSF i forbindelse med 100-årsjubileet kjørte en påkostet kampanje som highlightet forskjellige yrkesveier, men som alle endte med samme budskap: Æ e` sykepleier.

Det er lett å la seg begeistre av sånt. Men går vi dette med å være sykepleier litt nærmere etter i sømmene, ser vi at det egentlig ikke er så lett å definere hva som gjør en sykepleier til en sykepleier. Handler det om helt bestemte ferdigheter, noe som ingen andre kan? Handler det om en tydelig identitet, noe som gjør at man føler seg helt forskjellig fra andre? Eller er det selve utdanningen som er basis for en felles forståelse av hva det er å være sykepleier?

De som tror det siste, bør helst ikke lese en ny rapport fra NIFU om kvaliteten i sykepleierutdanningen. Her avdekkes så store forskjeller i opptaksgrunnlag, antall studenter per tilsatt, karakterer, frafall og vurderingsformer på de forskjellige høyskolene at det er legimit å spørre hva ferdigutdannete sykepleiere egentlig kan. Det er fare for at en student fra Gjøvik kan noe annet enn en student fra Bodø, selv om begge kaller seg sykepleiere etter fullført studie.

Både studentene selv og NSF er bekymret for denne utviklingen. Den har oppstått fordi lærestedene har hatt stor grad av handlefrihet

Ole Bergs analyse fortjener en grundig debatt.

til å lage egne læreplaner. Nå ønsker NSF en ny debatt om innholdet i dagens bachelorutdanning. De ønsker inderlig et mer fasttømret opplegg, med et definert minimum av kunnskap og hard core ferdigheter. De vil heller gjøre terskelen for utdanningen høyere og risikere færre uteksaminerte enn å åpne alle slusene og utvanne utdanningen til en lettvinnt suppe for de ubegavede.

Ønsket om å fin-utvikle sykepleieryrket til en mer og mer ferdighets- og prosedyreorientert profesjon har sin rot i tanken at dette kan gi sykepleierne en mer definert og legitim plass i helsetjenesten. Det kan gi etterlengtet anerkjennelse og kanskje også bedre lønnsuttelling.

Strengere krav til utdanningen vil gjøre sykepleiere mer like.



Men en utvikling mot høyere tekniske krav til «standard-sykepleieren», er ikke helt uproblematisk. Jo mer yrket blir redusert til standardprosedyrer, desto større er faren for at alt det andre spennende med sykepleierrollen går tapt. Eller for å si det med professor Ole Berg i Sykepleiens jubileumsutgave 10/2012: Ettersom teorien har erobret praksis, vil rommet for individuell skjønnsutøvelse gradvis kunne forvitte. Sykepleieren blir en mer og mer styrt og overvåket arbeidstaker, ettersom omsorg og behandling blir brutt ned til stadig mer presist avgrensede, og selvsagt «evidensbaserte» prosedyrer.

Nå er det ikke noen skam at sykepleiere – som alle andre dødelige – fra tid til annen baler med sin identitet. Å være søkende er fortsatt et mer sjarmerende trekk enn den yrkesarrogansen man ser hos enkelte andre profesjoner. Men Ole Bergs artikkel «På leting etter identitet» har til min overraskelse ikke ført til noen debatt i egne rekker. Det burde den.

Berg frykter at både legenes og sykepleiernes yrkesidentitet vil komme i drift når de gamle, brede fagene blir stykket opp, blir mer oppdragsbasert og taper sitt helhetlige preg. Når profesjonen selv, men også utdanningsmyndighetene i Norge, og til og med EU, nå søker å utvikle nøyaktige maler for hvordan man «lager» en sykepleier, skal man ikke være overrasket over en utvikling i retning av «spesialiserte helseteknikere» (Berg). Sykepleiere kan bli til samlebandsarbeidere som utfører Helsedirektorat-bestemte prosedyrer med sine pasienter. Eller som Berg skriver: «Omsorgsyterne og behandlerne (blir) utførere som skal utøve minst mulig skjønn og sette minst mulig spor etter seg. Gjør de det siste, har de jo som samlebandsarbeiderne, gjort en feil.»

Det er jo ikke sikkert at det går så ille. Faktum er imidlertid at myndighetene, både i Norge og i EU, kan bli fristet til å tukle med terskelen for hva som skal til for å kunne kalle seg sykepleier hvis yrket blir ribbet for alt som har med helhet og skjønn å gjøre. Da holder det ikke lenger å si at «Æ e` sykepleier fordi ... æ e` sykepleier». Da er det fare på ferde.

– Helseforetakene spekulerer i svake pasientgrupper

I fjor var det over 4 531 brudd på behandlingsfristen for psykiatriske pasienter. Ifølge TV2 har kun 94 av disse benyttet seg av retten til å kreve behandling et annet sted.

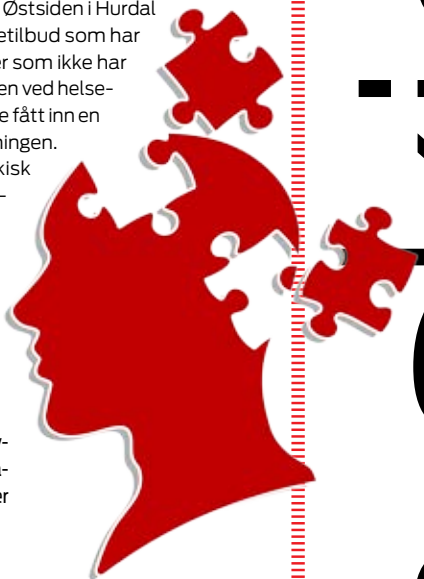
For å spare penger lar sykehusene være å informere psykiatriske pasienter om sine rettigheter, hevder pasientombud Knut Fredrik Thorne overfor TV2.

Den private klinikken Incita Østsiden i Hurdal er ett av mange private helsetilbud som har avtale om å ta imot pasienter som ikke har fått behandling innen tidsfristen ved helseforetakene. Hittil i år har de ikke fått inn en eneste pasient gjennom ordningen.

– Pasienter innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, krever ikke nødvendigvis retten sin. Ofte må de ha hjelp eller bistand for å hevde sin rett, sier psykolog og fagsjef Gjermund Nysveen.

TV2

NO INFO: For å spare penger lar sykehusene være å informere psykiatriske pasienter om sine rettigheter. Foto: Colourbox.



Ny direktør i Statens helsetilsyn

Jan Fredrik Andresen (bildet), 52 år, er mannen som skal overta direktørjobben etter Lars E. Hanssen i Statens helsetilsyn. Andresen er utnevnt til åremålet for en periode på seks år, med mulighet for en ny periode på seks år. Han er utdannet lege og spesialist i psykiatri. Jan Fredrik Andresen kommer fra en stilling som avdelingssjef/avdelingsoverlege ved Diakonhjemmet sykehus.

Helse- og omsorgsdepartementet



Foto: Helse- og omsorgsdepartementet

Viktige menn

Tre av ti menn mener at jobben deres er viktigere enn sine kvinnelige partners jobb, ifølge en undersøkelse fra hovedorganisasjonen YS. Nesten 30 prosent av mennene sier at de har en jobb med mer ansvar og karrieremessig status enn sin partner. Kun 13 prosent av kvinnene sier det samme.

– Dette er til en viss grad helt reelt. Menn har oftere lederposisjoner enn kvinner, og med lederposisjoner kommer for eksempel personalansvar, sier Asbjørn Grimsmo, psykolog og seniorforsker ved Arbeidsforskningsinstituttet, til Dagsavisen.



HVEM ER VIKTIGST?: Nesten 30 prosent av mennene sier at de har en jobb med mer ansvar og karrieremessig status enn sin kvinnelige partner. Foto: Colourbox.

Hva skjer

Les mer om:

- 14 Setter standard for legevakt ›
- 16 Insulin uten kontroll ›
- 18 Bruker 10 000 årsverk på dokumentasjon ›
- 21 To nye æresmedlemmer i NSF ›

sykepleien.no

Ferske nyheter hver dag på sykepleien.no



Regner med millionutbetalinger til vaksineofre

Så langt har 19 personer fått erstatning etter å ha blitt syke av svineinfluensa-vaksinen. Det er per i dag utbetalt nesten 10 millioner kroner i erstatning. Regjeringen forventer flere erstatningskrav og har i statsbudsjettet for 2013 foreslått å sette av 75 millioner kroner i erstatningspenger til vaksineofre.

Totalt ble 2,2 millioner nordmenn – 45 prosent av befolkningen – vaksinert med Pandemrix. Mange barn fikk den alvorlige sykdommen narkolepsi.

Fædrelandsvennen, Aftenposten, Vårt Land

Støre fjerner styreledere

Helseminister Jonas Gahr Støre (Ap) fjerner Peder Olsen og Stein-Are Agledal fra sine styrelederverv i Helse Sør-Øst. De to leder sju helseforetak i regionen.

Olsen er styreleder for Ahus, Sørlandet Sykehus og Vestre Viken. Agledal er styreleder for Sunnaas, Sykehuset Vestfold, Sykehuset Telemark og Sykehuset Østfold. De to styrelederne som får fortsette i sine verv i Helse Sør-Øst er Stener Kvinnsland ved Oslo universitetssykehus og Bente Holm-Mehdell i Sykehuset Innlandet.

Dagens Næringsliv skriver at grunnen til avgjørelsen har sammenheng med at det er blitt stilt spørsmål ved at ansatte i helseforetakene også er styreledere i sykehusene. Dette skal ikke minst ha blitt en aktuell sak etter at det ble avdekket farefull lav bemanning ved Ahus.

Dagens Næringsliv



RYDDER OPP: Støre rydder opp i sykehusstyrene. Foto: Regjeringen.

Organtransplantasjoner

Utført ved Rikshospitalet 1969-2011

Totalt antall transplantasjoner	9294
Hjerte-lunge	26
Lunge (dobbel)	251
Lunge (enkel)	88
Lever	912
Panceras	282
Hjerte	727
Nyre	7008

Kilde: Rikshospitalet

Rus i trafikken

Mellom 2001 og 2010 døde 1 077 bilførere på norske veier. Blodprøver fra 677 av dem ble sendt til Folkehelseinstituttet. En ny rapport viser at 42 prosent av prøvene inneholdt ulovlige mengder alkohol, narkotika og legemidler.

– Bruk av rusmidler var utvilsomt en medvirkende årsak til ulykkene, sier seniorforsker ved Folkehelseinstituttet, Asbjørg S. Christoffersen.

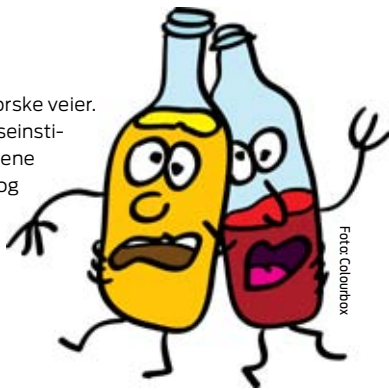


Foto: Colourbox

Funn:

- Totalt hadde 21 prosent over 1,0 promille alkohol i blodet
- Alkohol over 0,2 promille ble påvist i 25 prosent av prøvene
- Narkotika i konsentrasjoner over straffbarhetsgrensene ble påvist i 14 prosent av prøvene
- Legemiddelkonsentrasjoner over straffbarhetsgrensene ble påvist i 16 prosent av prøvene
- I 18 prosent av prøvene ble det påvist kun alkohol
- I 17 prosent av prøvene ble det påvist kun narkotika eller legemidler
- I 7 prosent av prøvene ble det påvist både alkohol og andre stoffer.

Folkehelseinstituttet

– Teknologi kan løse halve eldrebølgen

Sensorer, trygghetsalarm og GPS-sporing kan frigjøre opp mot 40 000 stillinger i helsesektoren, ifølge en ny rapport utført av NyAnalyse på oppdrag for Telenor.

Hvis 15–25 prosent kan bo lenger hjemme i stedet for å flytte på institusjon, betyr det innsparinger på 12–20 milliarder kroner i 2030, ifølge rapporten.

– Det betyr at opp mot 40 000 årsverk blir frigjort i helsesektoren, et antall som tilsvarer rundt halvparten av det forventede underskuddet på helsepersonell om 20 år. Mer bruk av teknologi vil bety flere varme hender til de som trenger omsorg, og de hendene trengs sårt, sier Terje Strøm i NyAnalyse.

Nyhetsbyrået Newswire

Foto: Colourbox

FEIL DIAGNOSE:

ADHD, dysleksi og lærevansker kan skyldes dårlig syn. Foto: Colourbox.



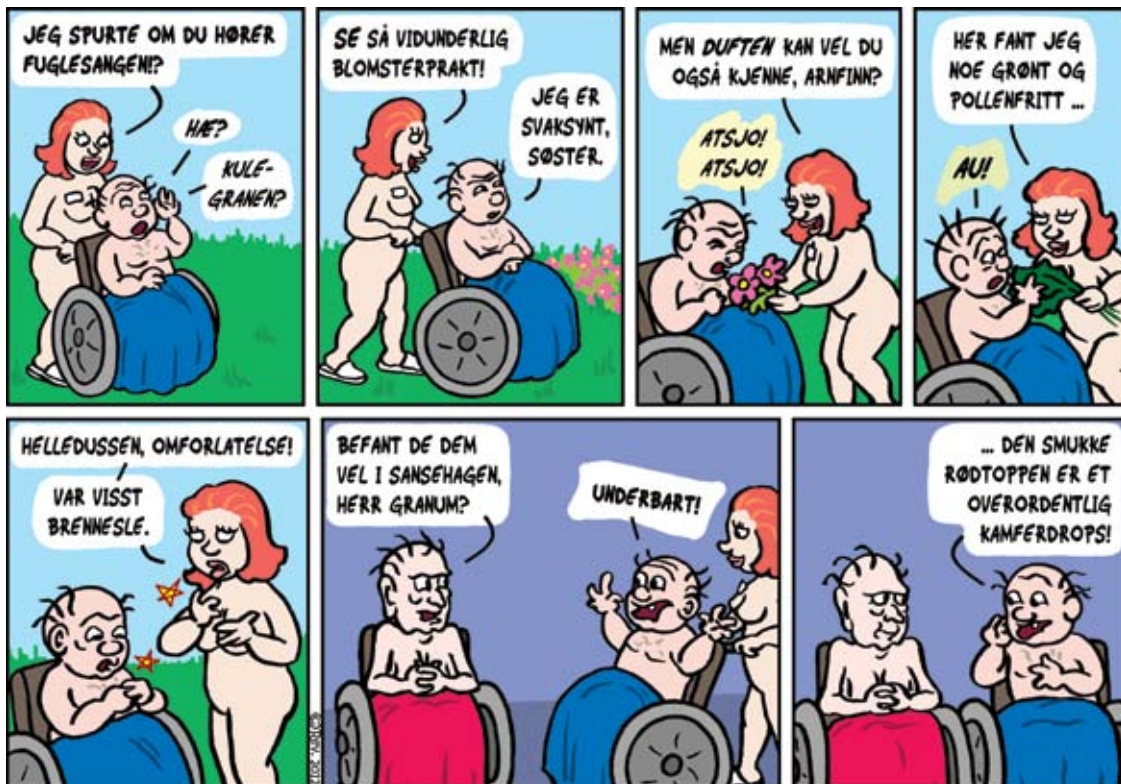
ADHD-barn kan ha feil diagnose

Forskning.no skriver at elever med dysleksi, lærevansker eller ADHD kan ha fått feil diagnose. Utfordringene deres kan skyldes synsforstyrrelser. Forskningsprosjektet *Barns funksjonelle syn* konkluderer med at synet på nært hold for barn i alderen 5–12 år ikke er så godt utviklet som man tidligere har trodd.

Førsteamanuensis Gunvor B. Wilhelmsen ved Høgskolen i Bergen sier at gutter utgjør rundt 70 prosent av dem som får spesialundervisning. Hun mener det er relevant å spørre seg om noe av forklaringen kan ligge i guttenes langsommere utvikling av synsskarphet for arbeid på nært hold. Noe som nettopp er forutsetningen for å lykkes i mange skolefag.

Forskning.no

TERAPI av Bodil Revhaug



Meninger fra www.sykepleien.no

Tablettknusing kan få fatale følger



– Har vore søster i ørtan år, og knuser aldri tabletter,

(MarerittWaag)

Nasjonale prøver fremdeles en hjertesak

... Nasjonale prøver vil kunne påvirke lektorene til å fylle studiene med bedre undervisning. Denne effekten vil bare kunne oppnås hvis resultatene for den enkelte høyskole publiseres. Kanskje vil nasjonale prøver føre til mer tilfredse studenter og høyere kvalitet på sykepleierne?

(Bernt Gulla, intensivsykepleier)

Hele innlegget finner du på:
www.sykepleien.no_debatt



9 av 10

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

– Tall fra kundeundersøkelse mars 2012

Vi er best på:

- Logistikk
- Kompetanse
- Personlig service

Landsdekkende leverandør – se oversikt på norengros.no



www.norengros.no

Grethe Skorpen Iversen

Aktuell som: Prisivinnende sykepleier på fagkongress

Alder: 44 år

BAKGRUNN:

På Sykepleierforbundets fagkongress i september var det rekordmange postere – 163. De beste vant pris. Grethe Skorpen Iversen fikk 20 000 kroner for sitt fagutviklingsprosjekt om Liverpool Care Pathway (LCP). Det er en tiltaksplan for å ivareta døende pasienter og deres pårørende. Iversen jobber til daglig på Kompetansesenter i lindrende behandling Helseregion Vest.

Fikk pris for palliasjon

Hvorfor vant du?

– Si det. Det må vel være fordi de så dette handler om å kvalitetssikre omsorg for pasienter i de siste levedøgn.

Hva er så bra med Liverpool Care Pathway?

– Det er en plan for behandling, pleie og omsorg for døende pasienter og deres pårørende. Den kan brukes ved alle forventede dødsfall, uavhengig av om pasienten er hjemme, på sykehus, sykehjem, hospice eller palliativ avdeling.

Er LCP kjent i Norge?

– Ja, etter hvert. Den ble offisielt tatt i bruk i 2007 i Norge. I dag er det 158 registrerte brukersteder i alle deler av helsetjenesten.

Hva er ekstra fint med det?

– Det betyr at vi er mange som snakker samme språk. Vi har jo kun én mulighet til å gjøre vårt aller beste i disse situasjonene – vi må handle her og nå.

Hvem tok den til Norge?

– Legen Aart Huurnink skal ha æren av det. Det var i forbindelse med åpningen av lindrende enhet på Boganes sykehjem i Stavanger. Så har vi jobbet videre med å integrere modellen.

Hvor lenge har den eksistert i Liverpool?

– Siden 90-tallet. Bakgrunnen var et ønske om å overføre den helhetlige tankegangen fra hospice til travle sykehusavdelinger.

Nyttig for andre enn kreftpasienter?

– Absolutt. Den brukes vel så mye for andre diagnoser. De trenger kanskje enda mer et slikt verktøy.

Hva skal du bruke pengene til?

– Jeg har lyst på kurs i undervisningsteknikk. I Liverpool er det et som heter Teach the teachers.

Får dere ut kunnskapen til helsetjenesten?

– Ja, det gjør vi. Dette er ikke et solo-opplegg. Det pågår mange sterke prosjekter rundt i kommunehelsetjenesten.

Var det kjekt på fagkongressen?

– Kjempeflott kongress. Spennende program. Spesielt likte jeg dialogen med forfatteren Ketil Bjørnstad som skapte debatt i vinter om farens død på sykehjem. Jeg tenker at LCP kanskje kunne gitt ham en annen opplevelse da faren døde. Kongressen var en vitamininnsprøytning. Det var det å få prisen også: Yes – det vi gjør anerkjennes!

Noe i jobben som gjør spesielt inntrykk?

– Jeg blir ydmyk av å få lov til å følge pasienter den aller siste veien. Og å møte og støtte pårørende som skal leve videre.

Kan behovet for palliasjon dekkes?

– Vanskelig spørsmål.

Mange kolleger gjør en forskjell hver dag. De er pasientnære og øker sin kompetanse. Hele tiden er det noe å strekke seg etter. Vi kan alle bidra.

Hva er siste nytt innen palliasjon?

– Tja. Det er så mye. Vi er blant annet blitt mye mer oppmerksom på symptomlindring i siste fase.

Hvorfor har du valgt å jobbe med palliasjon?

– Det er givende og meningsfylt. Ikke minst er det nytt å lære hele tiden. Man blir aldri utlært.

Ellers?

– Vi har en egen nettside i Helse Bergen. Det letteste er å google på LCP.

(Se også tema side 22.)

Tekst **Marit Fonn**

Foto **Tor Erik Gregersen,**
Haraldsplass diakonale sykehus



– Sett en standard for legevakt

I dag finnes det ingen lovregulering av hva en legevakt eller legevaktsentral skal inneholde.

Tekst Kari Anne Dolonen

Lovregulering er helt nødvendig for å kunne diskutere kvalitet, mener Elisabeth Holm Hansen, forsker II ved Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin.

– Hvis vi ikke får en forskrift på plass, er det nesten umulig å få en forutsigbar og lik tjeneste i hele landet. Slik det er nå er det vanskelig for dem som jobber ved legevakten å vite hvor

sin har laget en handlingsplan for legevakt på oppdrag fra Helsedirektoratet.

– Vi leverte handlingsplanen i 2009. Siden den gang har lite skjedd, sier Elisabeth Holm Hansen.

Hun jobbet lenge som forsker ved Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin. I oktober begynte hun i sin nye jobb i NSF som

muligens at en legevakt er det samme over alt. Det er ikke tilfelle, ifølge Hansen.

– Det er store variasjoner i hvordan de er organisert og hvilket innhold de har. Noen steder kan man møte opp på direkten, andre steder må man ringe først. Noen kommuner har egne legevakter, mens andre samarbeider interkommunalt om felles legevakter og legevaktsentraler. Da er det slik at selve legevakten ikke nødvendigvis befinner seg i samme kommune som telefonsentralen er lokalisert i, sier Hansen.

«Det er store variasjoner i hvordan de er organisert og hvilket innhold de har.» Elisabeth Holm Hansen

de skal legge listen for kvaliteten på tjenestene de skal levere. Det blir også vanskelig for befolkningen som bruker legevakten å vite hvilke tjenester de kan forvente å få, sier Hansen.

Laget handlingsplan

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedi-

forskningspolitisk rådgiver i avdelingen for sykepleie og profesjonsutvikling.

Debatt

Legebemanningen og kompetanse blir heftig debattert i mediene om dagen. Det synes Hansen er både riktig og nødvendig. Folk flest tror

Må definere innhold

Det er ikke forskriftsfestet hvilken kompetanse de som arbeider ved en legevakt eller legevaktsentral skal ha. Det eneste som er festet på papiret er at det er et kommunalt ansvar.

– Det er opp til den enkelte kommune å bestemme hvilket tilbud de skal gi så lenge de kan gi øyeblikkelig hjelp hele døgnet, sier hun.



TRE AV FIRE HAR TILLIT: En undersøkelse blant 100 pasienter viser at 74 prosent stoler på sykepleiers vurdering på legevakten. Arkivfoto: Bo Mathisen

Det er mye her problemet ligger, mener Hansen.

– Det sier seg selv at landets befolkning har et legevakttilbud med store variasjoner. For å si noe om kvaliteten på tjenestene må vi få på plass en forskrift som sier noe om hvor lista skal ligge, sier hun.

Sykepleiernes rolle

Legevaktdiskusjonen har stort sett dreid seg om legebemannings og legens kompetanse. Hansen har imidlertid forsket mye på sykepleiernes rolle i legevakt og legevaktsentraler. Hun mener sykepleiere ved legevaktsentraler har en viktig rolle ved beslutninger om pasientprioritering og medisinsk rådgivning.

Sykepleiers rolle på legevaktsentraler (telefon) er kort oppsummert denne: Sykepleiere skal kartlegge pasientens situasjon. Det vil si innhente relevant og viktig informasjon for å kunne vurdere å prioritere hastegrad. De skal også iverksette tiltak som for eksempel henvise til legekonsultasjon, sykebesøk ved lege, eller gi medisinske råd på telefonen der situasjonen ikke haster.

– En av mine studier har vist at kvaliteten

på beslutninger av hastegrad var høy, og at sykepleiers kompetanse ved hastegradsfastsettelse var sikker for pasientene. Det ble gjort færre under-triageringer og over-triageringer enn man har funnet i utenlandske studier, sier Hansen.

Sykepleiere ved legevaktsentraler håndterer cirka 24 prosent av alle kontakter alene.

Telefon versus oppmøte

Flere studier Hansen har gjort viser at hvilke tiltak som iverksettes fra legevaktsentral får betydning for hva som skjer inne på legevakten (legevaktlokalet).

– Studiene viser at dersom pasienter møter opp direkte på legevakten ender 91 prosent av pasientene i en legekonsultasjon, mens 55 prosent ender opp i en legekonsultasjon dersom de tar kontakt med legevaktsentralen først, sier hun.

Forsinker ikke

Det har ifølge Hansen vært spekulert i at telefonkonsultasjon med sykepleiere bare forsinke legekontakten, fordi alle som tar kontakt ender hos lege til slutt.

– Undersøkelser jeg har gjort viser at det ikke er tilfelle, sier hun.

I en studie har hun blant annet intervjuet 100 pasienter som har fått råd av sykepleiere på telefon. Hun har gjennomgått utskrifter av lydlogger og vurdert om pasientene har forstått de rådene sykepleierne har gitt, og hva kontakten har ført til. ■■■

Forsto pasientene sykepleiers råd?

- › Forsker Elisabeth Holm Hansen intervjuet 100 pasienter som har fått råd av sykepleiere på telefon. Dette er noen av funnene:
- › 99 prosent svarte at de forstod rådene
- › 93 prosent svarte at de fulgte rådene
- › 79 prosent fikk svar på det de lurte på
- › 74 prosent stolte på sykepleiers vurdering
- › 5 prosent svarte at de helst ville ha snakket med lege
- › To-tredjedeler hadde ikke kontakt med annet helsepersonell for samme plager etter kontakt med sykepleier på telefonen.

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

Insulin uten kontroll

Ansatte i hjemmetjenesten i Trondheim gir pasienter insulin uten å kontrollere dosen med en kollega først. Det er lov, men er det sikkert nok?

Tekst og foto **Eivor Hofstad**

Håndteringen av visse typer medikamenter i hjemmetjenesten i Trondheim er ikke i tråd med lovverket. Det hevder kommunerevisjonen som har gjennomgått kvaliteten i kommunens hjemmetjeneste. Det gjelder injeksjonsmidlet insulin og tabletter med warfarin (Marevan).

Sprøyter med ulike typer insulin blir trukket opp hjemme hos bruker av sykepleier, hjelpepleier eller helsefagarbeider uten kontroll, og injiseres. Insulin som trekkes opp skal kontrolleres av en kollega før den injiseres, skriver kommunerevisjonen.

Ikke lovbrudd

Rådmannen ved kommunaldirektør Helge Garåsen, er ikke enig.

«Det er ingen absolutte krav til dobbeltkontroll ved alle legemidler som skal gis som injeksjon», skriver han i sitt svar til Trondheim kommunerevisjon.

Og det har han for så vidt rett i. Lovverket sier at det er virksomhetsleders ansvar å påse at legemiddelhåndteringen er forsvarlig. I kapittel 2,4 i forskriften om legemiddelhåndtering, heter det: «Når det er nødvendig for å sikre en forsvarlig legemiddelhåndtering må det vurderes om et istandgjort legemiddel skal kontrolleres av annet kvalifisert helsepersonell. Risikoområdene hvor istandgjøring bør underkastes dobbeltkontroll, kan være ved injeksjoner og infusjoner».

– Forskriftsteksten er utformet generelt og overordnet så virksomhetsledere i ulike institusjoner skal ha anledning til å vurdere risiko lokalt. Det vil kunne være forskjell i risikovurderingene både mellom spesialist- og kommunehelsetjeneste, og mellom ulike typer av institusjoner i kommunehelsetjenesten,

sier Marit Endresen, avdelingsdirektør i Helsedirektoratet.

Mindre strengt for flytende

Rådmannen i Trondheim mener dagens praksis, som er godkjent av kommunefarmasøyten og legemiddelkomiteen i kommunen, er god nok, ved at den «tar hensyn til både kvalitets- og logistiske krav».

Men leder av kontrollkomiteen i Trondheim kommune, Rolf Jarle Bröske (H), er skeptisk.

– Feildosering av insulin kan i verste fall gi

dødelig utfall, og vi er ikke tilfredse med at det er knyttet usikkerhet til utdelingen av insulin, uttaler han i Adresseavisen.

Sykepleier Mai-Lis Skrede ved Utviklings-senteret for hjemmesykepleie i Stjørdal er en av de to fagpersonene som har utført tilsynet med legemiddelhåndteringen på oppdrag fra Trondheim kommunerevisjon.

Hun medgir at praksisen i Trondheim kommune kan være i tråd med regelverket, men synes ikke dagens praksis sikrer faglig forsvarlighet og pasienten godt nok.

– Hvorfor skal det være mindre strengt med flytende medikamenter? Vi er opptatt av å minimere avvik på tabletter. På det området har vi innført multidose, og noen har også dosett der hver pille blir lagt opp og kontrollert av sykepleier. Mens ved insulininjeksjon, som kan være dødelig dersom det blir gitt for høy dose, er det ingen slik kvalitetssikring, påpeker hun.

Vanskelig å konsentrere seg

Skrede nevner også at arbeidsforholdene hjemme hos pasientene kan være så ymse, og at det ikke alltid er like lett å få konsentrert seg om å vri pennen til riktig dose når man er alene på besøk.

– Særlig ved høye doser hvor pennen må skrus flere ganger til en gitt dose, kan det være lett å miste tellinga hvis pasienten samtidig konverserer eller det er andre forstyrrelser, sier hun.

Kommunefarmasøyt Astrid Gilje Hageler sier at de i kommunens prosedyrer, som er utarbeidet av legemiddelkomiteen, skiller mellom å trekke opp insulin fra hetteglass til en sprøyte, og å vri enden på en insulinpenn til riktig dose. Opptrekk fra hetteglass skal alltid kontrolleres av kollega, mens å vri på en penn ikke trenger det.



UNDRENDE: Mai-Lis Skrede lurte på hvorfor loven tillater at man skal være mindre strenge med flytende legemidler enn med tabletter.



FARLIG BLANDING: For høy dose insulin kan være dødelig. Bør dosen etterkontrolleres av kollega før injeksjon? Foto: Colourbox.

– Risikoen for feil er større ved opptrekk av sprøyter fra hetteglass og dessuten er dette tradisjonelt en typisk sykepleieroppgave. Man må ha kompetanse innen legemiddelregning og vite forskjell på dose, styrke og optrukket volum. Det er noe vi ikke underviser våre hjelpepleiere, omsorgsarbeidere og helsefagarbeidere i, sier Hageler.

Hun opplyser at alle de tolv enhetene i kommunens hjemmetjeneste hovedsakelig bruker insulinpennar.

Hvor skal det klargjøres?

– Det er ikke anbefalt fra leverandørene å vri til riktig dose før pennen leveres ut. Det skal gjøres rett for administrering for å minimere risikoen for tekniske feil, sier Hageler.

Fra Novo Nordisk får vi bekreftet dette. Pennen kan ved en feil dreies og endre dose. Hvis det er påsatt nål, kan insulin sive ut og pasienten kan få mindre insulin enn ordinert. Produsenten opplyser også at deres pinner ikke gjør det nødvendig å telle, siden doseringsvinduet tydelig viser hvilken dose som er innstilt fra 0 til 60 E insulin.

Mai-Lis Skrede synes likevel det blir feil å droppe etterkontrollen, slik de gjør dersom dosen stilles inn på stedet.

– I mange kommuner jeg kjenner til har de god erfaring med å trekke opp insulin til riktig dose på kontoret. Ingen pinner blir påsatt nåler på kontoret, så insulin siver ikke ut, hevder hun.

Det blir dobbeltsjekket av en sykepleier, før pennen legges i et hardt etui for transport. For myke etui kan klemme på penna under transport. Pennene er nøye merket med navn, dose og tidspunkt.

«Insulin doseres ofte etter måling av blodsukker og må gjøres i stand i hjemmet etter denne målingen», skriver Rådmannen i sitt svar til kommunerevisjonen.

– Alle pasienter har faste doser insulin, det

er i de færreste tilfellene at blodsukkeret svinger så mye at dosen må justeres, kommenterer Skrede.

Skal insulindosen justeres, må helsepersonellet ute hos pasienten kontakte lege eller sykepleier.

Skrede påpeker at sykepleiere har legemiddelkunnskap i sin treårige høyskoleutdanning mens de andre helsearbeiderne får en kort opplæring fra arbeidsgiver i legemiddelhåndtering. Kommunene har store forskjeller i opplæringen, fra to timer til flere dager.

– Det er betenkelig at helsepersonell med kan skje bare noen få timers medikamentkurs skal pålegges ansvaret for å trekke opp riktig insulindose uten å bli kontrollert, konkluderer hun.

Marevansvikt

Revisjonen påpeker også manglende kvalitets sikring ved etterfylling av Marevan i dosett. Kontrollen viste at hjelpepleier ble sendt ut med piller i hånda for å etterfylle.

«Risikoen for feil er større ved opptrekk av sprøyter fra hetteglass.»

Mai-Lis Skrede

– Her var det avvik fra gjeldende prosedyrer. Alle endringer i en dosett skal underlegges dobbeltkontroll av to sykepleiere eller vernepleiere. Dette er noe vi vil følge opp med enhetene, sier kommunefarmasøyt Hageler.

Mange medisnavvik

I 2011 ble det rapportert 1247 avvik i Gerica i forbindelse med medisin håndteringen i Trondheim kommunes hjemmetjeneste. De ansatte skal føre brukerrelaterte avvik i Ge-

rica. I tillegg fører de systemavvik i et annet datasystem kalt Kvaliteket. Disse avvikene er også i stor grad relatert til medikamenter. Eksempel på systemavvik kan være at døra til medisinnrommet ikke kan låses, at gjeldende rutiner eller prosedyrer ikke blir fulgt opp, eller at datasystemer svikter.

Kommunaldirektør Helge Garåsen ser alvorlig på at så mange avvik er knyttet til medisin håndteringen, men påpeker at langt fra alle er alvorlige. Administrasjonen er også i gang med et arbeid for å redusere antall avvik. Det er ikke rapportert dødsfall knyttet til feilmedisinering i 2011, men kommunen har hatt sykehusinnleggelser etter alvorlig feilmedisinering tidligere i år.

Med til historien hører det også at avvik under rapporteres i Trondheim kommune. Flere ledere opplyser i revisjonens intervjuer at de ofte hører om avvik som ikke er rapportert, uten at det fremgår hvilke typer avvik det er

snakk om. Kommunerevisjonen oppfordrer derfor Rådmannen til både å gå gjennom rutinene for medisin håndtering og sørge for at enhetene i større grad tar i bruk avviksrapportering som et verktøy i forbedringsarbeidet. ■■■

Revisjonen er utført ved enhetene Saupstad, Nidarvoll, Byåsen og Strindheim.

Kilder: Rapport 07/2012F – Kvalitet i hjemmetjenesten og Adresseavisen

Rapportering koster milliarder

Ti tusen årsverk går med til rapportering og dokumentasjon innen kommunal pleie og omsorg. Det tilsvarer rundt fem milliarder kroner i lønnskostnader.

Tekst **Bjørn Arild Østby** Arkivfoto **Stig Weston**

Det går fram av rapporten «Tidsbruk og byråkrati i pleie- og omsorgstjenestene» utarbeidet av Nordlandsforskning og Universitetet i Nordland på oppdrag fra Kommunesektorens organisasjon (KS).

Målet med studien har blant annet vært å belyse i hvilke grad rapportering og dokumentasjon trekker pleieressurser bort fra direkte brukerrettet arbeid.

Tar mye ressurser

Forskerne har funnet ut at avdelingsledere bruker i gjennomsnitt 12 timer i uken på rapporterings- og dokumentasjonsarbeid, sykeplei-

Tar mye ressurser

Rapportering og dokumentasjonsarbeidet som gjøres, og som det i liten grad er satt av ressurser til, skjer ofte på bekostning av arbeid med brukerne, faglig utvikling og ledelse.

Studien viser at en redusert tidsbruk på 5 prosent av de mest ressurskrevende rapporterings- og dokumentasjonsoppgavene kan frigjøre 300 kommunale årsverk, noe som tilsvarer 149 millioner kroner i reduserte lønnsutbetalinger.

Litt over halvparten av rapporterings- og dokumentasjonsarbeidet som personalet utfører er pålagt av statlige myndigheter, mens det øvrige har kommunen selv initiert. Det betyr at

hvor detaljert den enkelte fører journalene. Helsepersonell er pålagt å dokumentere, men studien viser at journalføringen kan bli for detaljert. Det kan gå ut over kvaliteten på tjenestene ved at viktig informasjon «drukner» i mindre viktig informasjon, i tillegg til at det tar mye tid. Studien viser også at det er viktig med tilstrekkelig merkantilt personale, tilgjengelige PC-er og opplæring i elektroniske dataprogram.

Forskerne mener både statlige myndigheter og kommunene må vurdere hva som er helt nødvendig av rapporterings- og dokumentasjonsoppgaver i pleie- og omsorgssektoren. Hvor mye styringsinformasjon trenger for eksempel kommuneadministrasjonen?

Tid spart ved reduserte oppgaver eller mer effektive rapporterings- og dokumenteringsrutiner, vil ifølge rådmennene i studien ikke medføre kutt i penger til sektoren eller bemanningen. Det vil derimot være viktig for å klare å ta unna økt etterspørsel etter omsorgstjenester i framtiden. ■■■

«Viktig informasjon «drukner» i mindre viktig informasjon.»

Fra Nordlandsforskning og UiNs rapport

ere i gjennomsnitt 6 timer og 15 minutt, og helsefagarbeidere/hjelpepleiere i gjennomsnitt 3 timer og 23 minutt. Samlet sett legger oppgaver knyttet til rapportering og dokumentasjon beslag på 9 812 årsverk, noe som tilsvarer lønnskostnader på 4 874 millioner kroner.

Det går fram av rapporten «Tidsbruk og byråkrati i pleie- og omsorgstjenestene» utarbeidet av Nordlandsforskning og Universitetet i Nordland på oppdrag fra Kommunesektorens organisasjon (KS).

Målet med studien har blant annet vært å belyse i hvilke grad rapportering og dokumentasjon trekker pleieressurser bort fra direkte brukerrettet arbeid.

personell i pleie- og omsorgstjenestene utfører en betydelig mengde rapportering som ikke er lovpålagt, ifølge prosjektleder Hege Gjertsen.

Forskerne bak rapporten mener den generelle rettsliggjøringen i samfunnet, medias fokus på den enkeltes rettigheter innenfor helse- og omsorgssektoren, samt den teknologiske utviklingen med bruk av PC og elektroniske journalsystem, er årsaker til økt rapportering.

Fremdeles rapporteres det mye muntlig og skriftlig.

For detaljert

Gjennom intervjuer med rådmenn og ansatte på ulike nivå kom det fram ulike praksiser for

Fakta

Brukerrettede rapporterings- og dokumentasjonsaktiviteter tar 56 prosent av tidsbruken. Dette innebærer 5 463 årsverk og 2 714 millioner kroner.

Oppgaver knyttet til personalet tar 18 prosent av tidsbruken. Dette innebærer 1 749 årsverk og 891 millioner kroner.

Oppgaver knyttet til «annet» tar litt over 18 prosent, som innebærer 1 794 årsverk og 891 millioner kroner. Økonomisk rapportering utgjør 8 prosent. Det innebærer 806 årsverk og 400 millioner kroner.



100
1912 - 2012

VERV OG VINN

Hjelp oss å nå 100.000



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

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



VENNLIGST BRUK BLOKKBOKSTAVER

Ververs navn:

Ververens medlemsnr.:

Navn på nytt medlem:

Har du vært medlem tidligere?

Tidsrom:

Fødselsnummer (11 siffer)

Adresse:

Postnr:

Poststed:

E-post:

Telefon privat:

Mobil:

Eksamensdato:

Sykepleierhøgskole/sted:

Arbeidsgiver:

Arbeidssted:

Ansatt dato:

Avdeling:

Stillingsbenevnelse:

Medlemmer i lønnet arbeid innbetaler kontingenten ved månedlige trekk i lønn

Kryss av:

- ☐ Brødpøse Sort
- ☐ Brødpøse Pistasje
- ☐ Exentri Kortholder
- ☐ Camelback Drikkeflaske

☐ Jeg sparer vervingen

Vervepremiene gjelder ikke for verving av studentmedlemmer.

Vervepremie sendes i posten etter at innmeldingen er godkjent.



OK å dele fra jobbhverdagen på sosiale medier?

Skal Facebook-profilen til en sykepleier være kjemisk fri for jobbsnakk?

Tekst **Ann-Kristin Bloch Helmers**

Sykepleiere på Facebook har vært høyt oppe på dagsorden den siste tiden. Bakgrunnen er Sykepleiens undersøkelse, som viser at 22 prosent av sykepleierne deler jobbrelevant informasjon på sosiale medier.

Sosiale medier er en ny arena, også for sykepleiere og annet helsepersonell. NSF's leder Eli Gunhild By oppfordrer sykepleiere til å være svært restriktive med hva de deler fra jobbhverdagen. En seniorrådgiver i Helsedirektoratet har gitt sykepleiere og andre rådet om å holde Facebook-profilen kjemisk fri for jobbsnakk. Ledelsen i direktoratet har senere presisert at Helsedirektoratet ikke vil fraråde helsepersonell å være på Facebook, men at det er hva de *gjør* der som er viktig å være bevisst på.

Direktoratet mener at ved omtale av jobbrelevant innhold vil det være en risiko for brudd på taushetsplikten, og at denne kan elimineres ved at man har som personlig policy ikke å omtale arbeidsplassen. Direktoratet har videre gitt ut en veileder for helsepersonell på sosiale medier.

Mange, både leger og sykepleiere, har uttrykt motstand mot at de ikke skal kunne diskutere jobben på sosiale medier. Typisk nok har denne motstanden kommet frem nettopp på sosiale medier. Blant annet på Sykepleiens Facebook-side har flere tatt til orde for at de skal kunne skrive om jobben sin, både fordi sykepleiere har ytringsfrihet, fordi arbeidsgivere må stole på at helsepersonell ivaretar sin taushetsplikt, og fordi det blir betraktet som en god arena for fagdebatter. ■■■

- › Mulighet til å dra i gang faglige debatter
- › Ytringsfriheten begrenser ikke å uttrykke seg generelt om jobben
- › Få tilbakemelding på egen praksis
- › Kanal for å si fra dersom noe ikke er som det skal (etter at intern varsling er gjennomført)
- › Bygge opp under yrkesidentitet
- › Andre får innblikk i hva det vil si å være sykepleier



- › Pasient- og brukerrettighetsloven beskytter pasienter mot spredning av personlige opplysninger
- › Pasienter kan mistenke at det er dem som kommenteres, selv om det ikke er det
- › Kan gi arbeidsplassen dårlig rykte dersom det sies noe negativt
- › Ikke egnet arena for fagdebatt
- › Sårbarhet i pasientrollen tilsier stor grad av aktsomhet hos helsepersonell
- › Kan være vanskelig å forholde seg til for kollegaer



Hjelp oss å nå 100.000 VERV OG VINN



Norsk Sykepleierforbund
Svarsending 1016
0090 Oslo

Æret som sykepleier

Zambiske Olive Ngandu (62) er blitt æresmedlem i NSF. Sammen med Per Godtland Kristensen.

Tekst og foto **Marit Fonn**



INTERNASJONAL: I årevis reiste Per Godtland Kristensen rundt i verden for å bedre sykepleiernes kår. Nå er han blitt pensjonist. (Arkivfoto: Marit Fonn)

Olive Ngandu var invitert til Norge for å feire Norsk Sykepleierforbunds 100-års-jubileum. Hun ante ikke at hun skulle bli utnevnt til æresmedlem i samme forbund. Men som gjest på Norsk Folkemuseum ble Ngandu feiret sammen med Per Godtland Kristensen, tidligere internasjonal rådgiver i NSF.

De to samarbeidet i flere år.

Ngandu ble visepresident i det zambiske sykepleierforbundet i 1988 og siden president. Zambia-prosjektet er det lengstvarende og mest omfattende bistandsprosjektet NSF har hatt. Det har dannet grunnlag for senere prosjekter i Tanzania, Mosambik, Nepal, Malawi og Uganda.

Hjalp sykepleiere med hiv

– Jeg kunne ikke tro det, forteller Olive Ngandu om utnevnelsen mens hun er på fagkongressen i Oslo Spektrum.

– Jeg setter stor pris på det.

Det var særlig prosjektet Caring for the caregivers forbundsleder Eli Gunhild By trakk fram i sin tale til henne.

Da hiv og aids-epidemien rammet Zambia, rammet det også sykepleierne:

– Vi ville ta vare på oss selv. Vi oppfordret sykepleierne til å besøke sine kolleger som hadde fått hiv og aids, både hjemme og på sykehus, forteller Ngandu.

Støttegrupper ble opprettet over hele landet, og Ngandu reiste rundt og appellerte til solidaritet – også med barna som ble foreldreløse når sykepleierne døde av aids.

– Han tente gnisten

Per Godtland Kristensen startet arbeidet med å etablere NSF's bistandsprosjekter i 1988. I en årrekke arbeidet han internasjonalt for NSF, og hadde rekord i antall reisedøgn.

– Jeg tror ikke noen av oss fatter fullt ut hva din innsats har betydd for våre hardt prøvde og flotte kolleger i Afrika, Midt-Østen og Asia, sa By under utnevnelsen.

Jordmorskole i Palestina var det første prosjektet. Samtidig startet NSF sitt arbeid i Zambia.

Kristensen og Ngandu samarbeidet om å bygge opp det zambiske sykepleierforbundet.

Vedtekter ble formulert, lokaler ble etablert. I dag har sykepleierne forhandlingsrett.

– Du tente gnisten. I mer enn 25 år har du arbeidet målrettet for at våre søsterorganisasjoner skulle lykkes i sitt arbeid under meget vanskelige forhold, sa By til Kristensen.

– Ikke sint

Olive Ngandu fikk med seg en visitt til Åhus da hun var i Norge. Hun ble imponert over å se et så moderne sykehus.

– Vi kan ikke gjøre det samme. Sykeplei-

ermangelen er stor. Hos oss er det 80 pasienter per sykepleier.

– Blir du sint på forskjellene i verden?

– Nei. Vi må heller konsentrere oss om hva vi kan gjøre for å få til forbedringer.

Både Kristensen og Ngandu er nå pensjonister.

I tillegg til disse to er Gunvor Ingebø, Kjellaug Lerheim og Aud Blankholm æresmedlemmer i NSF. Ifølge vedtektene er det «personer som har gjort seg særlig fortjent til det» som kan utnevnes. ■■■

«Jeg tror ikke noen av oss fatter fullt ut hva din innsats har betydd.»

Eli Gunhild By til Per Godtland Kristensen



UVENTET: Olive Ngandu har vært i Norge flere ganger. Denne gangen fikk hun seg en overraskelse.

24 – Her er det fint. Men trist også. »

28 – La pasientens ønsker styre »

29 Fascineres av døden »

30 – Må tørre å skuffe »

For 30 år siden brydde få seg om å lindre plagene til døende.

Nå er palliasjon et etablert fag.

På Sunniva senter i Bergen lindrer sykepleier Birthe Nesslin Bødtker smerte. Her handler det om å gjøre den siste delen av livet best mulig.

Tekst Marit Fonn og Nina Hernæs Foto Marit Fonn



Døden er en



del av livet ➔

«Her er det fint. Men

Sykepleierne lindrer smerter i både kropp og sjel. Tekst og foto **Marit Fonn**

Presten har nettopp snakket om menneskets verdighet. Langbordet er fortsatt fullsatt på dagposten ved Sunniva senter.

Som vanlig har de tatt seg god tid til å spise. Appetitten er ikke alltid på topp hos pasientene her. Karbonadefatet er nesten tomt. Nå er kaffekoppene i bruk.

Hvem som er hvem rundt bordet, er ikke lett å vite. Bare fysioterapeuten er kledd i hvitt. Pasienter, sykepleiere, frivillige og leger har vanlige klær.

Hver torsdag treffes de på dagsposten, fra klokken halv ti til halv tre. En annen gruppe treffes om tirsdagene.

– Samholdet her er viktig, sier kreftsykepleier Cathrine Kjeilen Nygaard.

– Pasientene liker å treffe andre i samme båt.

– Skikkelig omsorg

Etter kaken setter noen seg i salongen, én går for å trene med fysioterapeuten. Kåre Nising leser avisen. Han tror han vet hvorfor han er eneste mannlige pasient her:



SAMME BÅT: Pasientene på dagposten utveksler erfaringer. Det gir samhold. Sykepleier Cathrine Kjeilen Nygaard og Sajwa Alsalman kjenner hverandre godt.

trist også.

Pasient Sajwa Alsaman



SOSISALT: Randi Helen Jensen har fått sosialt tilskudd og fysioterapi denne torsdagen.

– Menn har vanskelig for å innrømme at de trenger hjelp.
For ham ble det lettere å ta beslutningen om å komme hit fordi hans kone er på sykehjem. Men en gang i uken er nok, synes han. Nising syns særlig det er fint å få oppfølging av lege.
Hver gang de møtes holder noen foredrag eller underviser. Det kan være legen, sosionomen – eller krimforfatteren Gunnar Staalesen. I dag var det altså presten.

– Det ble en fin dialog, mener Nising.
Han har fire strikkende damer ved siden av seg. Noen produserer lapper til et felles teppe. Et praktisk prosjekt, påpeker de. Da kan andre overta når de ikke er her lenger.
Sajwa Alsaman kommer til salongen i rullestolen sin.
– Her er det fint. Men trist også, sier hun.
Alsaman er ekstra glad i sykepleier Nygaard.
– Jeg kaller henne mamma. Vi ler masse. De flotteste jentene er her, vi får skikkelig omsorg, sier hun.

Bedre her

Sengeposten ligger i et annet bygg. Morgenen etter er kreftsykepleier Birthe Nesslin Bødtker i ferd med å gi frokostmedisin til en pasient.

Bødtker stikker henne i magen og gir blodfortynnende injeksjon. Nei, det gjør ikke vondt, sier den erfarne pasienten. Så får hun mikstur i munnen, for å motvirke sopp. Ikke spesielt godt, bemerket hun.

Hun har det mye bedre her enn på en vanlig avdeling:

– Her er færre å forholde seg til.
Alle pasientene her har langtkommen sykdom. De får først og fremst lindret smerter og kvalme. De fleste er mellom 40 og 60 år. Fire av ti dør her, men de fleste reiser hjem eller til sykehjem.

Tre kvinnelige leger venter på Bødtker. De vil ha henne med til en annen pasient. Men Bødtker må først stille ferdig pasienten hun nettopp har gitt medisin. En annen pasient har bestilt røyking.

En ung mann kommer med en dame i rullestol.

– Jeg skal legges inn noen dager, sier hun.
Sykepleierne sjekker i papirene. Finner henne ikke. Damen opplyser at hun er hjerteoperert. Mysteriet er løst, hun skal til en annen avdeling

Enhetsleder Fanny Henriksen er lettet.
– Jeg er glad det ikke var en glipp i systemet.
Her er sju pasienter nå, men plass til åtte.
– Det er ikke smekkefullt alltid. Men vi vil gjerne ha full post, så vi kan hjelpe flest mulig. Mange kommer fra andre sykehusavdelinger der de ikke klarer å lindre pasientene godt nok.

Frivillig

En mann passerer med et serveringsbrett. Bjørn Kongsvik var besøkssvenn da han nylig fikk tilbud om kurs for frivillige.
– Hva lærte du?

– Om taushetsplikt. Og å bruke sunn fornuft. At vi ikke skal snakke om egne ting til pasientene.
En pårørende beveger seg hjemmevant rundt.
– Synd at dette er det eneste tilbudet i sitt slag på Vestlandet, sier hun.
Hun bor i Rogaland, og overnatter nå på rommet til slektningen sin.

Velvære

Enhetsleder Henriksen tar med seg flaskepenger for å kjøpe boller: Det er jo fredag og da skal personalet ha ukesslutt.

Fysioterapeut Tone-Lise Frantzen er stadig å se i korridoren. Hun har et variert tilbud: Massasje, varme, bevegelse, avspenning.
– Målet er velvære, vedlikehold eller lindring. Jeg kan hjelpe med gode liggestillinger. Mange har store lymfeødem. Det kan behandles med massasje.

De tre legene kommer opprømt ut fra et pasientrom:

– Hun smilte jo fra øre til øre!
Legene lar seg stadig berøre av skiftende sinnsstemninger hos pasientene: Fra sorg og smerte til glede og galgenhumor.
Den pårørende fra Rogaland griper fatt i en av dem. Hun skal reise hjem et par dager. Nå får hun bekreftet at hun vil bli tilkalt hvis noe akutt skjer.

Frivillige Kongsvik får mer å gjøre:

– Kan du lage frokost? En skive med hvit og en med brun, spør en sykepleier.
– Loff?
– Nei, ta grovt.

Bryllup

Anne-Britt Waage Seehus har mistet smertepumpen sin i golvet. Hun er lei seg, men sykepleier Bødtker bedyrer at dette skjer stadig.

– Det skal du ikke tenke på. Ofte tåler de en støyt.
Hun sjekker at den virker fortsatt.
– Du ligger med en dum knekk i ryggen, sier Bødtker og hjelper Seehus til en mer oppreist stilling.

Samboer Johnny sitter i en stol ved sengen, og der kommer presten. De samboende har levd sammen i over 25 år. Nå vil de gifte seg på sykehuset.

Tvil

Skillsingsbollene er klare på pauserommet.

– Hvordan har din uke vært, spør enhetsleder Fanny Henriksen én etter én.

Frivillige Kongsvik synes det går fint. Birthe Bødtker også.

Sunniva senter

- » Sunniva senter tilbyr lindrende behandling for uhelbredelig syke.
- » Er organisert under medisinsk klinikk ved Haraldsplass diakonale sykehus i Bergen.
- » Består av: Sengepost med regionansvar, dagavdeling, palliativt uteteam og poliklinikk.
- » Samarbeider nært med primærhelsetjenesten, sykehjem og sykehus.
- » Staben består av leger, sykepleiere, sosionom, fysioterapeuter, prest og psykolog.
- » Har 30 frivillige medarbeidere.
- » Pasientene henvises av lege.
- » Har tilbud til etterlatte, blant annet sorgkurs.





RO: Sykehusprest Jan Helge Gram Eggestøl og pasient Ingrid Anne Moldestad har hatt flere stunder i kapellet på Haralids plass.

Kartlegger med ESAS:

- ▶ Sunniva senter bruker Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) å kartlegge symptomer hos palliative pasienter.
- ▶ ESAS er anbefalt som standard kartleggings-skjema for palliative pasienter både i kommun- og spesialisthelsetjenesten.
- ▶ Bruk av ESAS er et krav for å kunne utløse DRG-refusjon for palliativ behandling i sykehus.
- ▶ Tilstander som smerte, kvalme, slapphet, matlyst og angst måles.
- ▶ Skårene er fra 0 til 10. Skår på 3 og over innebærer tiltak.

- Denne uken har vært luksus. To dager fri og en på kurs.
- Et viktig kurs, sier Henriksen.
- Det var fint vær da jeg hadde fri. Jeg gikk tur. Det hjelper for rygg, kropp og sjel.
- En lege reflekterer over den evige tvilen: Gjorde vi det rette? Skulle vi gjort det annerledes? En sykepleier forteller hvor tungt det var da pasienten hennes fikk komplikasjoner.
- Så han kjenner du under huden? sier Henriksen.
- Ja. Men ellers går det bra.
- Litt for travelt, sier en annen. Litt mye hals over hode.
- Det fineste jeg fikk på 50-årsdagen min, var fast jobb. Og så har jeg begynt i 100 prosent. Fint for kontinuiteten, sier sykepleier Elin Rolfsnes.
- Det var fiks og miks for å få det til, sier Henriksen.
- En lege snakker om pasienten som endelig avreagerte denne uken:
- Det var bra at trøkket kom ut. Det var en sterk opplevelse å se. Jeg måtte jobbe for ikke å grine sjøl, sier hun.
- Viktig bearbeidingsarbeid. Vi trenger ikke å si så mye, sier Henriksen og opplyser at de har hatt 171 pasienter til nå i år.
- Vi har aldri før hatt over 200 pasienter. Det tror vi vil skje i år. Det skal vi klare. Vi har fått flere regionspasienter. Det er kjekt.

«Pårørende vil kanskje be en bønn før pustemaskinen slås av.»

Jan Helge Gram Eggestøl, prest

- Selv har hun hatt en travel uke med to fraværende sekretærer.
- Jeg merker det utrolig godt. Det blir mye ekstra.
 - Litt senere er helgeturnusen i boks.
 - Vi er heldig som får jobbe her. Vi kan mye, sier enhetslederen.
 - Hun lar seg stadig motivere:
 - Jeg snakket med en avdelingsleder på et sykehjem i dag. Jeg fikk lyst til å dra og undervise med en gang.

Egenverdi

Prest Jan Helge Gram Eggestøl passerer. Han er fornøyd med gårsdagens seanse på dagposten.

- Det er en fin gjeng. I går var pasientene frampå selv for første gang.
- Hva sa de?
- Når du ikke lenger får til det samme som før, er det ikke så lett. Det er vondt ikke å kunne stille for familien lenger. Når kroppen svikter, må man være bevisst sin egenverdi inni seg.
- Her på sengeposten hilser presten på alle nye pasienter for å senke terskelen for å ta kontakt.
- Hva snakker de om?
- Alt mulig. Hva som skal skje med båten deres når de dør. Familiekonflikter, som kan dukke opp når begravelse blir tema. Kjærlighet. Tap av kjærighet.
- Han legger til:
- Vi snakker om Gud og.
- For mange er det religiøse språket godt:
- Vi kan tenne lys, lese salmevers, be. Ved å hente fram åndelighet i oss, kan krefter forløses. Vi har nattverd og overgivelseshandling. Pårørende vil kanskje be en bønn før pustemaskinen slås av.

Ikke sykehus

Magnhild Marie Tufte og Ingrid Anne Moldestad deler rom. Smertene fikk henholdsvis fastlege og palliativt team til å søke om plass for dem her.

- De er enige om at dette ikke er et sykehus.
- Her er alt til rådighet. Prest og fysioterapeut er



Den første professoren

I 1993 ble Stein Kaasa Nordens første professor i palliativ medisin. Da han begynte å jobbe på Radiumhospitalet i 1983, begynte han å forske på livskvalitet hos pasienter som fikk cellegift. Det var gjort lite forskning på dette, og på Radiumhospitalet var det kontroversielt. Det ble spurt om det var "nødvendig å stille pasientene spørsmål om deres plager i det hele tatt", sier han i boken "Og nå skal jeg dø" av Kjell Erik Strømskag.

Hospicebevegelsen

Den engelske sykepleieren Cicely Saunders regnes som grunnleggeren av hospicebevegelsen. Hun og St. Christophers Hospice i London har påvirket pleien og omsorgen for alvorlig syke og døende over hele verden.

Cicely Saunders utdannet seg også som lege, etter å ha fått det klare rådet om at da ville hun bli lyttet til. Hun var opptatt av at faget måtte ha tre likestilte deler, klinikk, undervisning og forskning.

Kjell Erik Strømskag: Og nå skal jeg dø



LIVSHISTORIER: - Erfaringene preger oss som sykepleiere, mener Birthe Nesslin Bødtker, som har mistet en datter i kreft.



FARGE: Johanna Milde (83) tror hun er den eldste på dagposten. Tøff sykdom stopper ikke lysten til å pynte seg.

tilgjengelig med en gang. Pleierne tar seg av oss. Vi får mat når vi vil. Alt er lagt opp for pasienten. Vi har hørt at de er best i landet.

Erfaring

Birthe Bødtker er glad hun ikke er nybegynner.

– Noen kryper mer under huden på deg enn andre. Det kommer an på livshistorien din. De fleste her har erfaring. Vi behandler tross alt mennesker som har kort forventet levetid.

Datteren hennes var 6 år da hun døde av kreft. Det er 18 år siden. – Vi avtalte at jeg skulle bli sykepleier, aller helst i kreftomsorgen.

Hun ble sykepleier i 2002.

– Før jeg videreutdannet meg, måtte jeg ha klargjort hvordan jeg kunne bruke bakgrunnen min.

I 2009 ble hun kreftsykepleier. Nå kan hun ikke tenke seg å bytte arbeidsplass.

Hun bretter opp ermet. På venstre overarm har hun tatovert bilde av datteren Cecilie.

– Det var 50-årspresang til meg selv, smiler hun.

En del av tilbudet er å følge opp de etterlatte.

– Uteteamet treffer dem og hører hvordan de har det. De får tilbud om å delta på minnestund, som vi har to-tre ganger i året. Også for oss er det godt å få en avslutning. Og vi ser at pårørende kommer seg videre, sier Bødtker.

– La pasientens ønsker styre

– Mange tar kontakt for sent, mener Marit Huseklepp. Tekst og foto **Marit Fonn**

Den alvorlig syke pasienten finnes overalt, sier Huseklepp, assisterende enhetsleder på Sunniva senter i Bergen.

– Vi skal være ekspertene på palliasjon. Det handler ikke bare om kreftpasienter. Her er også pasienter med ALS, og vi vil ta imot kols-pasienter framover. Etter hvert også andre diagnoser.

Hun er opptatt av å koordinere og å legge ansvaret der det hører hjemme. I stedet for åpen retur, snakker Huseklepp heller om åpen kontakt mellom helsearbeiderne.

– Det er best at hjemmesykepleier og fastlege kan ta direkte kontakt med oss. Så får vi hjulpet mange flere. Målet er at pasientene skal få være hjemme så lenge som mulig.

Pasientene har ofte forholdt seg til svært mange fagpersoner. De kan lure: «Hvem skal hjelpe meg nå?»

– Pasientens ønsker er styrende for oss. Derfor er det viktig å finne ut hva de ønsker hjelp til. Er vi i forkant, har vi tid til å planlegge.

Huseklepp understreker at en palliativ sykepleier må vite om alle ressursene som fins i nærmiljøet. Pasient og pårørende må kunne føle seg trygg hjemme.

– De er avhengig av at fastlegen stiller opp og går på hjemmebesøk. Ellers er det vanskelig å være hjemme når det oppstår problemer, sier hun

Alle palliative pasienter bør ha et spesielt medikamentskrin hjemme i beredskap. Skrinet kan bare åpnes når legen har ordinert.

Plagsomme symptomer kan oppstå på slutten. Det kan være smerter, uro og tungpust. Pårørende kan bli redde.

– Men plagene kan lindres. Med skrinet har hjemmesykepleier et hjelpemiddel. Vi må prøve å unngå unødige hasteinnleggelses i livets aller siste timer. Det beste er at dødsprosessen kan forløpe rolig hjemme.

Hun berømmer hjemmesykepleierne som tar på seg mye for å oppfylle ønsker fra døende pasienter og deres pårørende.

– De frivillige er også en fantastisk ressurs hos oss på Sunniva. De er prikken over i-en.

Huseklepp har jobbet med palliasjon i tjue år.

– Før kalte vi oss hospice. Men folk så for seg et lite hus i hagen der de skulle bo til de dør. Vi er ikke et siste hvilsted. Mange tar kontakt for sent. Men vi kan bidra til at mange, både i måneder og år, får god lindring av plager og vet hvor de skal søke hjelp. Det gir trygghet og opplevelse av kontroll. Da kan de bruke energien på andre ting som gir livskvalitet for den enkelte.



«De frivillige er prikken over i-en.

KOORDINATOR: - Lytt til den palliative pasientens ønsker, oppfordrer Marit Huseklepp på Sunniva senter.



Fascineres av døden

UTE MED BOK: Kjell Erik Strømskag skriver om lindring og død. Foto: Bjørn Brunvoll.

Kjell Erik Strømskag har skrevet den lindrende omsorgens historie. Tekst Nina Hernæs

I boken «Og nå skal jeg dø» beskriver Kjell Erik Strømskag hospicebevegelsens og palliasjonens historie i Norge. Det er en historie om dypt engasjerte mennesker som brukte alt de hadde for å gjøre den siste delen av livet til sine pasienter bedre.

– De fortjener at denne historien blir fortalt, sier Strømskag.

Opplevelser

For Strømskag, som er overlege i anestesi og palliativ medisin på Molde sykehus, ble møtet med en 15-åring avgjørende. Som ung anestesilege var han med å legge til rette for at denne gutten kunne få smertebehandling og dø hjemme. Den natten gutten døde, hadde Strømskag vakt, på en madrass ved siden av guttens seng. Da han skjønte at døden nærmet seg, vekket han familien slik at de var der da gutten døde.

– Det var en sterk opplevelse, og jeg ser at mange av dem som jeg kaller pionerer i dette faget, hadde hatt slike opplevelser, forteller han.

Alene

I boken forteller han blant annet om sykepleieren Endre Førland, som alene bygget opp Fransiskushjelpens nødhjelp for terminalt syke som ønsket å dø hjemme. Han begynte med et skrivebord, en ny skriveblokk og en penn. I flere år var jobben nesten hele livet hans. Det var få å støtte seg på og ingen veiledning. Til slutt ble belastningen for stor og han ble sykmeldt. Etter mange år er han i dag tilbake i Fransiskushjelpen.

Akademisk fag

Strømskag har selv også strukket grenser, men sier han aldri har vært i nærheten av å bli utbrent.

– Jeg har vært i et miljø, sier han, og understreker hvor viktig det har vært å bygge opp faget.

– Jeg kaller utviklingen en prosess fra frivillighet til fag. Det er på en måte essensen i det jeg skriver om.

Fra det han kaller en famlende begynnelse med engasjerte enkelt-

personer, er lindrende omsorg i dag et akademisk fag sykepleiere kan videreutdanne seg til og leger spesialisere seg i.

– Kan man puste ut?

– På en måte. Fagfeltet har funnet sin plass i helsetjenesten og akademia. Samtidig tror jeg det er mange som ønsker å dø hjemme, men som ikke får muligheten. Det er for få leger og sykepleiere som jobber med dette. Det trengs flere ressurser.

Annerledes

Ifølge Strømskag er lindrende omsorg og medisin unnfanget og født utenfor «mainstream» medisin. Han mener faget har i seg en annerledeshet, som kan komme hele helsevesenet til gode.

– Vi har en annen måte å nærme oss pasienter på og trekker inn pårørende på en annen måte, noe jeg tror flere pasienter kunne ha behov for.

– Det harmonerer dårlig med kortere liggetid og høyt tempo?

– Det kan man si, men jeg er optimist av natur. Når jeg ser på utviklingen i lindrende omsorg har den vært fantastisk. Det er mulig.

– I boken spør du om noe har gått tapt i utviklingen av faget?

– Det vil være ulike meninger om dette. Men når man skal etablere et fag, kan man oppleve mer byråkrati og rutine. Å bygge opp faget har vært avgjørende, men vi må også sørge for at vi har med annerledesheten.

Personlig

Strømskag skriver at det å arbeide med lindrende omsorg gjør noe med en. Også ham.

– Døden fascinerer meg. Den har i seg store eksistensielle spørsmål som jeg aldri blir ferdig med, dette at man i det ene øyeblikket er og i neste øyeblikket ikke er, sier han.

– Hva har gjort sterkest inntrykk på deg i arbeidet med boken?

– Innsatsen til dem jeg kaller pionerer og entreprenører, særlig på 1980-tallet. Jeg har intervjuet flere av dem, og det ble sterke møter.



– Må tørre å skuffe

Marie Aakre vil ikke understøtte falske håp. Tekst **Nina Hernæs**



ILDSJEL: Sykepleier Marie Aakre trekkes fram som en av pionerene i lindrende omsorg. Foto: Privat.

Marie Aakre kaller det en gave å få arbeide nær andres død. I boken «Og nå skal jeg dø» av Kjell Erik Strømskag trekkes hun fram som en av pionerene i arbeidet for å bedre omsorgen ved livets slutt. Selv sier hun at hun hang seg på en trend.

Unødig lidelse

Engasjementet ble vekket da hun som ung forskningssykepleier fulgte 15 pasienter med bukspyttkjertelkreft, som alle døde innen ett år.

– Det gjorde stort inntrykk å se hvor kort vi var kommet i å lindre smerte og å snakke om døden. Drivkraften i mitt engasjement var møtet med unødig lidelse, sier hun.

Ifølge Kjell Erik Strømskags bok var 1960- og 1970-årenes medisin sterkt preget av håpet om helbredelse. Onkologien var sentralisert til Radiumhospitalet i Oslo, der målet var å gjøre pasientene friske. Når helbredelse ikke var mulig, ble pasientene sendt til sine lokale sykehus. Der var det liten kompetanse på hva man kunne gjøre for disse pasientene. Distriktslege Harald Siem skrev i 1974 at omsorgen for disse pasientene kjentes «tung og fattig».

Motkrefter

Marie Aakre hadde møtt døende pasienter før, som sykepleierstudent. Men hun opplevde at det handlet mest om å stelle mors. Det var lite å lære om å lindre plager og hva pasientene kunne få ut av livets siste fase.

– Legene sa ofte «vi kan ikke gjøre noe mer». Nå er det «bare palliasjon», forteller hun.

Hun var opptatt av at helsevesenet skulle innse at det å ivareta døende mennesker er et av dets hovedoppgaver.

– Å lindre lidelse er jo grunnlaget for helsevesenet, sier hun.

I boken skriver Kjell Erik Strømskag at framskritt som eter og moderne kirurgi gjorde at pleie og lindring ble erstattet av behandling og terapi. Med røntgen og antibiotika ble man enda mer opptatt av å kurere. «Satt på spissen kan man si at målet ble å gjøre alle friske, og de man ikke kunne redde, ble et nederlag, et nederlag for systemet, men også et personlig nederlag for legene,» skriver han.

Motkrefter

Marie Aakre opplevde at mange sykepleiere ble engasjert i omsorg ved livets slutt.

Hospice

Ordet hospice kommer fra latin og hospes, som betyr gjest. Hospes er også ordet bak hospital.

I middelalderen var hospice et sted pilegrimer og reisende kunne få pleie og lindring.

Kjell Erik Strømskag: Og nå skal jeg dø

Palliasjon

Ordet palliasjon kommer fra latin og pallium, som betyr kappe. Noe som beskytter eller lindrer.

Videreutdanning

Sykepleiere kan ta videreutdanning i lindrende omsorg flere steder. Høgskolen i Buskerud var først ute i 2000. Da startet et tverrfaglig studium i lindrende behandling, pleie og omsorg til uhelbredelig syke og døende. Nå tilbys lignende studier blant annet i Bergen, Gjøvik og Molde.

5 på gangen

Hva er utfordringen med lindrende omsorg nå?

– Denne omsorgen er nært sykepleiens hjerte, og nesten identisk med verdigrunnlaget, og det er kanskje grunnen til at engasjementet spredte seg, sier hun.

Men hun underslår ikke at motkreftene var sterke, kanskje sterkere i helsetjenesten enn ellers i samfunnet.

– Det var tungt å få fagfolk til å innrømme at de ikke var gode nok, sier hun.

– Samtidig ble vi mistenkt for å være religiøst motiverte, og at vi så en mulighet til å evangelisere i møtet med mennesker nær døden.

– Men lindrende omsorg har vel vært sterkt inspirert av kristne verdier?

– Ja, det viser historien. Lindrende omsorg for døende har vært nybrottsarbeid, og slikt arbeid krever ildsjeler. Kan hende ligger ideen om barmhjertighet i språk og handling nærmere oss kristne, og troens betydning i møtet med døden var sentral for mange. Vi må erkjenne at nonnenes arbeid med syke og fattige i middelalderens klostre har lagt mye av grunnlaget for helsevesenet.

– Men jeg har heldigvis opplevd sterkt engasjement fra mennesker med alle typer livssyn i dette arbeidet.

Modige valg

Mens lindrende omsorg på 1970-tallet ble frontet av ildsjeler, er den i dag en tydelig faglig del av helsetjenesten. Men Aakre peker på flere uløste dilemmaer.

– Vi er blant annet ikke flinke nok til å si at nok er nok. Jeg

«Det var tungt å få fagfolk til å innrømme at de ikke var gode nok.

hadde håpet at arbeidet med lindrende behandling ville begrense hensiktsløs livsforlengende behandling. Jeg mener vi fortsatt understøtter falske håp og forhaler uverdige dødsprosesser. Vi må bli flinkere til å skuffe folk.

– Ønsket om mer behandling er lett å gripe til?

– Ja, men jeg ser ofte at den døende forstår, kanskje tydeligere enn de rundt, at tiden er tilmålt. Vi må skape rom for å forvalte tilmålt tid til noe annet enn behandling alene. Når det ikke er håp om bedring, kan behandling bidra til uverdig død.

– Det er tungt å skuffe pasienter som har håp?

– Falske håp forsvinner og kan medføre dyp håpløshet. Falske håp hemmer også viktige sorg- og avskjedsprosesser, både for den døende og de nære pårørende. Det går an å leve åpent og ekte nær døden, for både voksne og barn, sier Marie Aakre.

– Selv om det er bred enighet om å begrense livsforlengende behandling, kan det være vanskelig i møte med pasienter som vil bestemme selv. Men vi må tørre å være tydelige. Jeg ser at mange tar modige valg hvis de får hjelp til å forstå hvilken situasjon de er i. Det kan være bedre å få en siste tur på hytta enn å gå løs på en siste kur med cellegift. ■■■



Gunhild Grythe, sykepleier og systemadministrator i Nord-Aurdal kommune:
Den største utfordringen er i tide å klare å definere at et menneske har smerter – og hva slags smerter. Smertebildet er komplekst. Så gjelder det å komme raskt i gang og få til en palliativ plan som sikrer optimal smertelindring.



Liv Wergeland Sørbye, professor ved Diakonhjemmet høgskole

– Jeg er opptatt av at man skal godta døden og våge å dø hjemme. Pasientene må føle seg trygge på at de skal få like god lindrende behandling i hjemmet som på sykehuset. Norge har en godt utbygd hjemmesykepleie med tilgang på spesialistkompetanse, likevel er vi det landet i Europa med lavest andel hjemmedød. Det å få dø hjemme er kanskje mer en eksistensiell enn en helsepolitisk utfordring.



Sjur Bjørnar Hanssen, ledende spesialsykepleier, Kompetansesenter for lindrende behandling, helseregion sør-øst
– Kompetansen må også komme andre pasientgrupper og fagmiljøer til gode enn kun kreftpasienter. Vi ser et gryende engasjement og samarbeid mellom det palliative fagmiljøet og andre fagmiljøer som nevrologi og geriatri. Vi har mye å lære av hverandre som kan komme pasientene til gode, som bedre symptomlindring og omsorg mot livet slutt.



Hege Birketvedt Eklund, kreftsykepleier i Vestre Slidre i Valdres

– Viktige verdier står på spill. Vi trenger tilstrekkelig kompetanse i palliasjon for alle grupper, og vi trenger rammer som muliggjør faglig forsvarlig helsetjeneste.

Helsetjenestens mandat er vern om verdighet. Et klokt grep vil være øremerkete stillinger for spesialsykepleiere i kommunene. Likeledes tilgjengelighet 24/7 til kompetent fagmiljø for råd og samarbeid.



Bente Ervik, kreftsykepleier og leder for Kompetansesenter i lindrende behandling, region nord

– Å få ut kunnskapen vi allerede har til alle deler av helsetjenesten, slik at den kommer alle til gode. I Nord-Norge har vi en spesiell utfordring på grunn av geografien. Pasientene bor spredt og det er lang reisevei.

Vi ønsker også flere engasjerte leger. Vi har noen, men etter samhandlingsreformen er det behov for enda flere.



Der ute

Les mer om:

34 Enkle grep kan redde liv »

36 Fant hverandre med NSF-hjelp »

38 Sykepleierforbundets jubileum »

42 Ny metode mot trykksår i Sverige »

Tekst **Eivor Hofstad**



Dansk likelønnstale

Nestleder i Dansk Sygeplejeråd, Dorte Steenberg, talte nylig om likelønn på damebladet Feminas kvinnemesse. Til tross for at danske kvinner er bedre utdannet og har samme arbeidsmarkederfaring, så tjener de i gjennomsnitt 18 prosent mindre enn menn. Steenberg mener noen av dagens forklaringer på dette direkte reproducerer ulikelønn. Som eksempel på slike forklaringsmodeller, nevnte hun:

- Undervurdering av kompetanse: «Kvinner kan ikke forhandle».

- Å gjøre det til et spørsmål om fritt valg: «Dere kan jo bare velge annerledes».

- Å gjøre det til et spørsmål om biologi: Kvinner er biologisk sett annerledes enn menn og velger derfor annerledes, for eksempel deltidsarbeid. Eller at menn har fortjent makten – og at maktfordelingen er et uttrykk for menns talent og arbeidsomhet.

Kilde: dsr.dk



Rekruttering av sykepleiere i nord

HVORFOR: Er det naturopplevelsene som lokker sykepleiere til å slå seg ned i Europas nordområder? Arkivbilde: Ingun Alette Mæhlum.

Det EU-støttede prosjektet Recruit and Retain har hatt en spørreundersøkelse blant helseprofesjoner i Europas nordområder og Canada. Her svarer blant annet norske, svenske, skotske, irske, islandske og grønlandske sykepleiere, jordmødre og leger på hvorfor de har søkt seg til nordområdene og hva som får dem til å bli i yrket.

Det kom inn 4800 svar, drøyt 1100 av dem fra primær- og sekundærhelsetjenesten i Norge. De skal gi et grunnlag for å utvikle tiltak som skal gjøre det lettere å rekruttere og beholde arbeidskraft i griskgrendte strøk. Norge er representert i prosjektet gjennom Helse Finnmark. Resultatene blir klare i begynnelsen av november.



BLOGGER: Forfatter Nicola White ønsker seg flere sykepleiere som skriver skjønnlitterært. Foto: privat.

Skotske sykepleierstudenter blir forfattere

Den irske novelleforfatteren Nicola White er bosatt på vestkysten av Skottland. Nå har hun fått et stipend for å oppholde seg ved sykepleierutdanningen ved Universitetet i Edinburgh i et års tid. I denne perioden blogger hun om sykepleiere og deres skjønnlitterære skriftligheter. Hun forundres over at det er såpass mange leger som er forfattere, men såpass få sykepleiere. White sier hun har en todelt rolle i Edinburgh. Dels vil hun fungere som en katalysator som skal få frem forfatteren i sykepleierstudentene, dels vil hun gjøre taleopptak av sykepleiere over hele Skottland, og la dem forteller om sine erfaringer. Når oppholdet er over, vil hun publisere et utvalg av sykepleiernes tekster, en CD med sykepleiernes fortellinger samt sine egne tekster fra året i Edinburgh.

Adressen til bloggen er <http://nursingwriter.blogspot.co.uk>



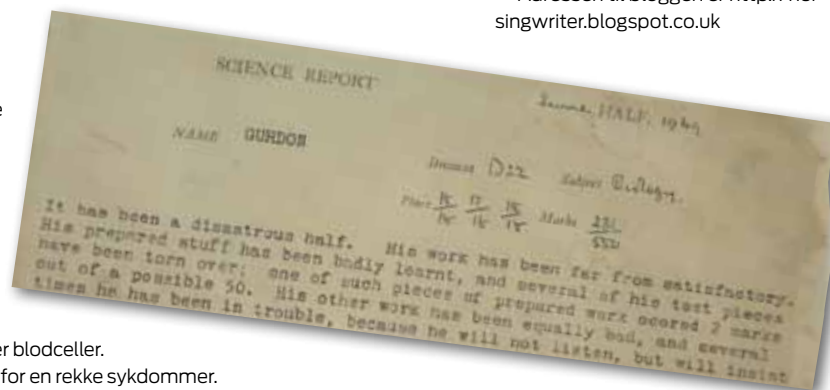
FIKK HEVN: Sir John B. Gurdon.
Foto: Wellcome Library, London

Nobelhevn fra britisk stamcelleforsker

Nobelprisen i medisin gikk i år til britiske Sir John B. Gurdon og japanske Shinya Yamanaka for å ha gitt oss et nytt bilde av cellers og organismers utvikling. De har på hver sin måte vist at modne spesialiserte celler kan omprogrammeres til umodne celler (stamceller) som i sin tur kan utvikles til vev i hele kroppen. Det kan for eksempel handle om å lage hjerte- eller hjerneceller fra hud- eller blodceller.

Dette åpner nye behandlingsmuligheter for en rekke sykdommer.

For professor Gurdons del, står prisen i sterk kontrast til hva hans biologilærer mente om hans forskertalent som 15-åring: «Det virker som Gurdons har ideer om å bli forsker. Med hans nåværende prestasjoner er dette ganske tåpelig. Hvis han ikke kan lære seg enkle biologifakta vil han ikke ha sjanse til å klare å jobbe som spesialist, og det ville være helt bortkastet tid, både for hans egen del og for dem som må undervise ham.»



Kilde: BBC, Gurdon Institute

LÆRERSLAKT: Her er lærerens slakt av Sir John B. Gurdons arbeidsinnsats i biologi, den gang han var 15 år. Foto: John Gurdon.



Foto: Colourbox

Britiske helsearbeidere vil slutte

Britiske fagforeninger advarer om at ansatte vil slutte hvis lønnen fortsatt skal stå på stedet hvil, slik den har gjort en stund nå. En tredel av alle ansatte i det offentlige helsevesenet i Storbritannia har seriøst vurdert å slutte i jobben, på grunn av trusselen om dårligere lønns- og arbeidsforhold. Det viser en spørreundersøkelse gjengitt i Nursing Times.

Jobbstress gir diabetes i Canada

Kvinnelige ansatte som har dårlig kontroll over jobben sin, har dobbelt så høy risiko for å rammes av diabetes, viser en canadisk studie. Det samme gjaldt ikke for menn. Forskerne fulgte 7 500 ansatte i Ontario mellom 35–60 år i en niårs periode. Ingen hadde noen diabetesdiagnose fra før. Studien er publisert i Occupational Medicine.



Foto: Colourbox



SKJULT LIDELSE: Å revne fra skjeden til endetarmsåpningen i forbindelse med forløsning er en skade som kan gi livslange komplikasjoner hvis det ikke opereres med en gang. Foto: Colourbox.

Svenske jordmødre kritiseres

Ifølge offisiell statistikk rammes 4 000 kvinner i Sverige hvert år av den alvorlige forløsningsskaden sfinkterruptur, der skjeden revner hele veien til endetarmsåpningen. Når det skjer, skal kvinnen opereres av lege innen en viss tid. Får hun ikke operasjon raskt, øker risikoen for langvarige problemer både med å ha samleie og å holde på avføringen. I det svenske dokumentarprogrammet «Skammen», av redaksjonen Uppdrag Granskning, sier eksperter at antallet sfinkterrupturer antakelig er mye høyere, rundt 10 000. Jordmødre rapporterer ikke skadene som de skal, og dokumentaren forsøker å finne svar på hvorfor. Ved siden av å ha liten kunnskap om hvordan en slik ruptur faktisk ser ut, virker det som om noen jordmødre skjuler slike skader bevisst. En grunn kan være skammen over å ha gjort en dårlig jobb, mens i Västra Götaland kan det også være økonomi. Der praktiserer de et bonussystem med 2,7 millioner svenske kroner i potten til jordmødre som holder nede antallet rapporterte forløsningsskader. Programmet kan ses på nettsiden til SVT 1.



Amerikansk pasientmåned

For sjette året på rad er oktober måneden for at helsepersonell skal bli mer bevisst rundt pasientsentrert omsorg. I USA kaller de oktober for Patient-Centered Care Awareness Month (PCCAM). Det er en global bevisstgjøringskampanje, og i år er temaet «Bygg tillitt hos pasienten». Praktiske råd for hvordan man gjør det, finnes på nettsiden til plantree.org under menyen «Resources & Tools». Der oppfordres sykehus og institusjoner å gi sine ansatte klistrelapper hvor det står «jeg lytter».

IKKE SLIK: Visuelt fascinerende, men neppe på tipslisten til plantree.org. for å bygge opp pasientens tillit. Foto: Colourbox.

Riskhospitalet



Magene til de underernærte babyene tåler ikke mye.

Enkle grep kan reddde liv



I byen Bol i det vestafrikanske landet Tsjad er det to leger for 160 000 innbyggere.

– Ifølge statlige reguleringer skal det være fire sykepleiere per klinikk, men det er vanligere at en sykepleier må jobbe på fire klinikker, sier doktor

mangler både ressurser og utdannet personell.

– De få sykepleierne, jordmødrene og legene som blir utdannet blir i de store byene etter utdannelsen. Regjeringen har ingen strategi for å bemanne sykehus og klinikker i

og de minst syke må bo i buegangene mellom husene.

«Hvite mennesker-sykehuset»

Noen mil fra Bol, i byen Massakory, har Leger Uten Grenser opprettet en klinikk med plass til 190–200 pasienter. Syv sykepleiere og fem leger bor i en stråhytte ved klinikken. Der har de sine avlukker med en seng og noen hyller. De deler kjøkken, to dusjer og noen latriner.

Lege Claus Heinde fra Sveits har jobbet på klinikken i fire måneder. På runden sin stopper han ved Kadidja Moussa og sønnen Mohammat Adoum. Da de kom til klinikken, var Mohammat Adoum underernært,

«Bare 3 prosent av kvinner i Tsjad fullammer barna sine til de er seks måneder.» *Yorsala Tao, helsesjef i Bol*

Yorsala Tao, myndighetenes helsesjef i Bol.

Tsjad er et av verdens fattigste land og har gjennomgått flere sultkatastrofer det siste tiåret. Helsevesenet

landsbyene, så mange må stenge eller drives av hjelpeorganisasjonene, forteller Tao.

Klinikken der han har kontoret sitt, har allerede sprengt kapasiteten,



anemisk og hadde lungebetennelse.

– Nå har vi vært her i ti dager og Mohammat kaster ikke opp lenger og er mer livlig, sier Kadidja.

Hun var litt engstelig for å forlate landsbyen og dra til klinikken som er kjent som «hvite mennesker-sykehuset» og «plumpy nut-sykehuset».

– Etter hvert har jeg vent meg til å være her. Jeg har blitt kjent med noen av de andre kvinnene, og det er betryggende når jeg ser at sønnen min blir friskere, sier hun.

– Når babyene kommer inn og er underernærte, får de som regel melk med lavt protein og sodium-innhold de første fem til syv dagene. Magene og kroppene deres tåler ikke mer. I to

til tre dager øker vi energi-innholdet i melken for å se om de tåler det. Etter det får de høyenergitilskuddet Plumpy Nut for å øke vekten. De fleste blir fulgt opp med tilskuddet i flere måneder etter at de er tilbake til landsbyen, forklarer Heinde.

Informasjon kan redde liv

Ernærings ekspert ved Unicefs kontor i hovedstaden N'Djamena, doktor Roger Sodjinou, understreker både det akutte og kroniske ved krisesituasjonen i Tsjad.

– Samtidig med å arbeide mot den akutte matvaremangelen og sulten, må det humanitære samfunnet jobbe for et bedre helsevesen, informasjon

og implementering av enkle hygiene- og sanitærtiltak, sier Sodjinou.

På klinikken i Bol ser man hvordan enkle grep kan forbedre situasjonen.

– Bare 3 prosent av kvinner i Tsjad fullammer barna sine til de er seks måneder. De fleste slutter å amme når de blir gravide igjen, fordi de tror det er farlig for fosteret. På grunn av varmen gir også mødre barna sine vann, som ofte er skittent og kan gi dem sykdommer. En styrking av helsevesenet og riktig informasjon kan redde mange barn. Og gi grobunn for en bedre fremtid for Bol og Tsjad, sier Tao. ■■■

Tekst **Kaja Haldorsen** Foto **Rune Eraker**

FØRSTE UNDERSØKELSE: Mange av barna som kommer til klinikken i Massackory er sterkt underernærte. I det utarmede landet oppsøker ofte ikke mødre hjelp før de blir sendt av omreisende helseteam.

På 90-tallet var de i krig. Nå samarbeider sykepleiere på Vest-Balkan.

Fant hverandre med NSF-hjelp

Branka Rimac (bildet) i det kroatisk sykepleierforbundet tok sammen med Norsk Sykepleierforbund (NSF) initiativet til et samarbeid mellom sykepleiere på Vest-Balkan i 2010. De fire tidligere delrepublikkene i Jugoslavia, Kroatia, Serbia, Montenegro og Makedonia, er

100-årsmarkering. Sammen med det montenegrinske forbundets leder Nada Rondovic presenterte de samarbeidsprosjektet på Vest-Balkan i en av posterne på fagkongressen.

– Vi var ikke trygge på hverandre i begynnelsen. Motsetningene fra krigen på 90-tallet satt i følelsesmessig.

«Motsetningene fra krigen på 90-tallet satt i følelsesmessig.»

alle kandidater eller i en prosess for å bli kandidater til EU-medlemskap. Kroatia blir EU-medlem i 2013.

Tilpasning

Med EU-tilnærming følger kravet om å tilpasse sykepleierutdanningene til det såkalte EU-direktiv 2005/36 om gjensidig godkjenning av yrkeskvalifikasjoner. Det omfatter blant annet sykepleieryrket, og stiller en rekke krav til sykepleierutdanningen. Det er også et sterkt behov for å heve standarden i sykepleierfaget og på helse-tjenestene i de tidligere jugoslaviske delrepublikkene.

Samarbeidsprosjektet kalles Sens (South East Nursing skills). Branka Rimac var en av de internasjonale gjestene til Norsk Sykepleierforbunds

Det preget kongressen vi hadde i Zagreb i 2010, som var starten på Sens, forteller Rimac til Sykepleien.

Utdanningen først

Organisasjonene på Vest-Balkan har nå gjennomført seks workshops med støtte fra NSF, det siste ble holdt i Dubrovnik i juni. Her samles cirka tre representanter fra hvert av forbundene.

– Det å få utdanningen opp til bachelornivå står øverst på agendaen, forteller Rimac.

Fremdeles har flere av landene sykepleier- og jordmorutdanning som et yrkesfag på videregående skole.

– Ringer hverandre

Foruten utdanningen, jobber Sens



INTERNASJONAL: Branka Rimac er nestleder i det europeiske sykepleiersamarbeidet EFN, og har ledet det kroatisk sykepleierforbundet inntil nylig.

med lederutvikling. Det er et stort ønske for å få sykepleiere sterkere inn i ledelsen i eget fag. En utfordring er også hvordan man skal samarbeide med myndighetene for å heve kvaliteten på helsetilbudene og forbedre arbeidsforholdene for sykepleiere.

– Disse temaene jobber vi med. Vi

samarbeider godt, og ringer hverandre mellom workshopsene for å be om råd eller diskutere ting vi kommer opp i, forteller Rimac.

Hun har nå gått av som leder av det kroatisk forbundet og er sjefsykepleier på det store Zagreb-sykehuset Rebro. ■■■

Tekst og foto **Ellen Morland**



Kommunetorget.no

– for planlegging av folkehelse- og rusarbeid i kommunene

Alle priser nå med
FRI FRAKT!

PÅ TIDE MED NYE SKO!



799,-

Art 400 Lilla og sort. Str.36-42.

Den ekstremt støtdempende
GRETE WAITZ-SÅLEN
i alle modeller!

Grete Waitz

Besøk vår nettbutikk og se
mange spennende produkter!

OBS! Fri retur.

Bestill nå!

www.footcare.no

Tlf. 67 97 80 40

post@footcare.no

Foot Care as
Pb 75 | 1471 Lørenskog

FootCare

TA VARE PÅ FØTTENE DINE.

HØSTENS NYHETER!



799,-

Art 901 Flower. Str. 36-41.
Finnes også i sort og hvit. Str. 35-47.



1.150,-

Art 630 Sort/grønn. Str.36-46.
Finnes også i antrasitt/sort.

Inkludert
Grete Waitz-
sålen, verdi
349,-



1.150,-

Art 627 Camel. Str.36-41.
Flere modeller.

Inkludert
Grete Waitz-
sålen, verdi
349,-

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

**20%
rabatt på**
TigerWash



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%

Da Sykepleierforbundet feiret sitt hundreårs jubileum i Operaen i Oslo, var hele Norge med på notene.



DRONNINGEN KOMMER: Forbundsleder Eli Gunhild By i NSF er klar til å ta imot Dronning Sonja som skal overvære festforestillingen i Operaen. Godt hjulpet av statsminister Jens Stoltenberg, NSF's generalsekretær Olaug Flø Brekke og Operasjef Tom Remlov, skal By geleide Hennes Majestet inn i salen hvor over 1000 sykepleiere venter.

Velkommen



til fest



STAS I FOAJEEN: Det var til dels trengsel i foajeen i Operaen da feststemte sykepleiere fra hele landet hevet glasset og spiste en liten matbit, mens de ventet på å komme inn i storsalen.



GODT ØYE TIL HVERANDRE: Jens Stoltenberg kan dette med å sjarmere damer i senk. Allerede i foajeen har han og forbundsleder Eli Gunhild bra kontakt. Som hovedtaler leverte Stoltenberg senere en beveget tale til jubilanten. – Det som særpreger NSF er at dere ikke bare stiller krav. Dere tar også ansvar. Derfor oppnår dere makt: Dere en er en verdig og viktig organisasjon, mente han.

Hennes Majestet Dronning Sonja var der. Statsminister Jens Stoltenberg (Ap) smilte sitt aller mest sjarmerende smil. Statsråder, partiledere fra Høyre til Venstre, representanter fra alle søsterorganisasjonene og arbeidsgivere nærmest overgikk hverandre i ros da over 1000 sykepleiere fra hele landet troppet opp i Operaen for å feire «superdivaen», hundreårsringen NSF. Det ble en mektig mønstring av bunader og politisk makt, en anerkjennelse av den betydningen Sykepleierforbundet har i dagens sanfunn.

24. september slo NSF på stortromma. Det var hundre år siden Bergljot Lrasson hadde siftet forbundet. Organisasjonen har vokst og vokst, fra 44 medlemmer i 1912 til nesten 100 000 i september. For å markere dette inviterte forbundet medlemmer og venner til en kjempfest i Oslo. Fotograf Erik M. Sundt var der også og dokumenterte den historiske begivenheten. ■■■

Tekst **Barth Tholens**

Feiring

Det er hundre år siden NSF ble stiftet av Bergljot Larsson. Det ble feiret med en forestilling i Operaen 24. september. Dagen etter startet den store Sykepleierkongressen, med nesten 2000 sykepleiere til stede.



STORTROMMA: Trommekorpene fra flere fylker hadde for anledningen slått seg sammen og markerte taktfast starten på festforestillingen i Operaen.



BUNADER OG FEST: En delegasjon fra Sogn og Fjordane stiller villig opp for fotografen på operataket. Fra venstre: Wenche Kristin Røkenes, Veronica Offerdal, Stein Erik Lunde, Gerd Torkildson, Britt-Iren F. Helle, Ingrid Finden Bekkedal, Toril Bjørkum Strandos, Liv Stokkenes Jacobsen, Norunn Midthjell, Merete J. Dale, Tone Gjelsvik Sellevold, Gunn Bente Levik, Joril Viken Sandnes, Gunn Borthheim Odéen, Åshild Ulvedal Bøe, Trine Muri Krogh, Oddgeir Lunde, Arthur Norevik, Siri Merete Solheim Fossheim, Elsa Aslaug Ommedal og Astrid Sunde.



HELE NORGE PÅ FØRSTE BALKONG: På første rad, første balkong, fant vi blant andre NSF's 2. nestleder Karen Bjørø, 1. nestleder Solveig Kopperud Bratseth, forbundsleder Eli Gunhild By, Hennes Majestet Dronning Sonja, NSF's generalsekretær Olaug Flø Brekke, kommunalminister Liv Signe Navarsete, arbeidsminister Anniken Huitfeldt, Oslo-ordfører Fabian Stang, UNIO-leder Anders Folkestad, Høyres Erna Solberg, KS-leder Sigrun Vågeng, Spekter-leder Lars Haukaas og leder for helsepolitisk avdeling i NSF Arvid Libakk. Til venstre på fremste rekke, forbundsstyret i NSF.



GRATULERER MED DAGEN: Seniorsykepleierne stilte villig opp som verter da 1200 gjester skulle tas i mot. Her tar Ingeborg Hindal (t.v.) og Synnøve Espå en liten skål.



ANDEKTIG: Anne Lise Rørtveit hører på Stoltenbergs tale.

Svenske forskere kan oppdage trykksåret før det vises på huden.

Ny metode skal hindre trykksår

Trykksår krever mye behandling og bruker tid på å gro. Forsker og sykepleier Eila Sterner mener at det verken finnes dokumentasjon eller retningslinjer for best mulig behandling. Sterner jobber med kvalitetsutvikling og forskning ved Karolinska Sjukhuset.

– Disse sårene er et stort problem i helsetjenesten. Når det kommer inn eldre pasienter er det vanskelig å definere hvem av dem som er risikopasienter. Et nytt instrument som kan vurdere risikoen kan derfor være svært nyttig, forklarer André Stark, professor i ortopedi ved Karolinska institutet/Danderyds Sjukhus og veileder ved forskningsarbeidet.

– Dessverre kan trykksårene lede til både omfattende og kompliserende inngrep, og det kan være krevende for eldre pasienter.

En standardmetode som brukes i dag er å kjenne med fingrer eller pleksiglasskive på det område som utsettes for trykk for å vurdere risikoen for trykksår.

– Det finns ingen akseptert diagnostisk metode.

Mange pasienter mangler innsikt i hvordan liggesår oppstår og hvilke konsekvenser de kan få. Enkelte medisiner kan påvirke og redusere sirkulasjonen, og da vil ikke pasienten like lett merke tegnene på begynnende liggesår.

Vanskelig å se

Sterner har testet metoden sin på 78 pasienter og konstatert at man kan oppdage liggesår tidnok til å sette i gang god behandling. I studien ble pasienter som har gjennomgått opera-

sjon etter hoftebrudd fulgt i fire dager. I forbindelse med morgenrunden observerte to sykepleiere pasientens korsrygg ved ulike anledninger, og uavhengig av hverandre noterte de sin vurdering av området og hvor stor risiko de mente det var for trykksår. Sykepleiernes vurderinger varierte. En årsak kan være at huden blir ulikt belyst av dagslys og lampelys. I sin innledende studie kunne forskeren dermed påvise at det er vanskelig å gjøre såkalt fingertrykkstest på en objektivt måte.

Instrument med lys

I en oppfølgingsstudie testet Sterner om man kan forebygge trykksår ved å måle risikoområdet med et instrument som registrerer graden av rødhet på huden. Forsøkene viste at instrumentet målte en annen verdi på hud med rødhet enn for hud uten rødhet.

– Det registrerer til og med under huden, og man kan avgjøre om rødhet finnes før den kan oppfattes visuelt.

Måleinstrumentet koster cirka 70 000 kroner og krever ikke spesielt mye opplæring for bruk.

Det er kjent at personer som får hoftebrudd er utsatt for risiko for å få trykksår. I studien løfter forskeren også frem andre pasientgrupper: De med hjerte- og karsykdom, væskeubalanse og de som er inntørrket, samt de pasientene som er eldre enn 71 år.

– Det er stor interesse for studien, og nå fortsetter vi å utvikle metoden. Håpet er at den etter hvert kan brukes klinisk, sier André Stark. ■■■

Tekst **Johan Erichs**

C Imigran «GlaxoSmithKline» Migrenemiddel. **ATC-nr.: N02C C01**
T INJEKSJONSVÆSKE 12 mg/ml: 1 ml inneh.: Sumatriptan. succin. aeqv. sumatriptan. 12 mg, natr. chlorid. 7 mg, aqua ad inject. ad 1 ml.
T NESESPRAY Juvenil 10 mg/dose: Hver dose inneh.: Sumatriptan. 10 mg, const. q.s.
T NESESPRAY 20 mg/dose: Hver dose inneh.: Sumatriptan. 20 mg, const. q.s.
T STIKKPILLER 25 mg: Hver dose inneh.: Sumatriptan. 25 mg, const. q.s.
T TABLETTER 50 mg og 100 mg: Hver tablett inneh.: Sumatriptan. succin. aeqv. sumatriptan. 50 mg, resp. 100 mg, lactos. 207 mg, resp. 140 mg, const. q.s. Fargestoff: 50 mg: Jernoksid (E 172), titandioksid (E 171). 100 mg: Titandioksid (E 171).
T TABLETTER Radis 50 mg og Radis 100 mg: Hver tablett inneh.: Sumatriptan. succin. aeqv. sumatriptan. 50 mg, resp. 100 mg, const. q.s. Fargestoff: 50 mg: Rødt jernoksid (E 172), titandioksid (E 171). 100 mg: Titandioksid (E 171).
Indikasjoner: *Injeksjonsvæske:* Akutte anfall av migrene med eller uten aura. Clusterhodepine. *Nesespray, stikkpiller og tabletter:* Akutte anfall av migrene med eller uten aura. **Dosering:** Til behandling av akutte anfall av migrene og cluster hodepine. Må ikke brukes profylaktisk. De anbefalte doser bør ikke overskrides. *Clusterhodepine: Voksne (18-65 år): Injeksjonsvæske:* Dosering, se tabell. *Migrene: Voksne (18-65 år): Injeksjonsvæske, nesepay, stikkpiller og tabletter:* Dosering, se tabell. *Ungdom (12-17 år): Nesepay:* Dosering, se tabell.

	Vanlig dosering	Maks. døgndose	Tid mellom dosene
Injeksjonsvæske:			
Migrene:	1 sprøyte (6 mg) s.c.	2 injeksjoner (12 mg)	Min. 1 time
Cluster-hodepine:	1 sprøyte (6 mg) s.c.	2 injeksjoner (12 mg)	Min. 1 time
Nesespray:			
Voksne:	1 dusj (20 mg) i det ene neseboret	2 doser (40 mg)	Min. 2 timer
Ungdom (12-17 år):	1 dusj (10 mg) i det ene neseboret	2 doser (20 mg)	Min. 2 timer
Stikkpiller:	1 stikkpille (25 mg) i endetarmen	2 stikkpiller (50 mg)	Min. 2 timer
Tabletter:	1 tablett à 50 mg ev. 100 mg	3 tabletter (300 mg)	Min. 2 timer

For tabletter er anbefalt startdose 50 mg, men 100 mg kan være nødvendig ved enkelte anfall og for enkelte pasienter. Injeksjon eller nesepay bør brukes hvor raskt innsettende effekt er nødvendig eller ved kvalme, oppkast og lysamtillighet. Det anbefales å starte behandlingen ved de første tegn på migrenehodepine. Sumatriptans effekt er imidlertid uavhengig av hvor lenge anfaller har vart når behandlingen starter. Dersom symptomene først lindres, men kommer tilbake, kan en ny dose gis innen 24 timer, se tabell for tid mellom dosene og for maks. døgndose. Hvis en pasient ikke responderer på 1. dose, bør det ikke tas ytterligere en dose for samme anfall. Antallet kan i stedet behandles med paracetamol, acetylsalisylsyre eller NSAID-preparater. Imigran kan imidlertid forsøkes ved neste anfall. **Injeksjonsvæske:** Bare til s.c. injeksjon. Pasienten bes lese bruksanvisningen nøye, og spesielt legge merke til håndtering av brukt sprøyte. En ferdigfylt sprøyte (6 mg) injiseres s.c. Barn og ungdom (<18 år) og eldre (>65 år): Bruk anbefales ikke grunnet utilstrekkelig data. Tabletter: Tablettene svelges hele med et ½ glass vann. Pasienter med selvegevansker kan løse opp Imigran Radis i en liten mengde vann. Imigran Radis oppløst i vann har en bitter smak. **Kontraindikasjoner:** Hypersensitivitet for innholdsstoffene. Tidligere hjerteinfarkt, iskemisk hjertesykdom, Prinzmetals angina/koronar vasospasme, perifer karsykdom, symptomer eller tegn på iskemisk hjertesykdom. Tidligere cerebrovaskulær sykdom (CVA) eller transitoriske iskemiske anfall (TIA). Moderat, alvorlig eller ukontrollert hypertensjon. Alvorlig nedsatt leverfunksjon. Samtidig bruk av ergotamin, ergotaminderivater eller 5-HT₁-reseptoragonist. Samtidig bruk av monoa-minoksidasehemmere eller bruk innen 2 uker etter slik behandling. **Forsiktighetsregler:** Skal ikke injiseres intravenøst. Sumatriptan bør kun brukes i tilfeller hvor det ikke er tvil om diagnosen migrene eller clusterhodepine. Ved tvil bør pasientene henvises til nevrolog. Sumatriptan er ikke indisert ved hemiplegisk, oftalmoplegisk eller basilarismigrene. Som ved annen akutt migrenebehandling, bør alvorlige nevrologiske tilstander utelukkes før en behandler hodepine hos pasienter uten migrenediagnose eller migrenepasienter med atypiske symptomer. Migrenepasienter kan være spesielt utsatt for cerebrovaskulære hendelser (f.eks. CVA, TIA) som i enkelte tilfeller kan forveksles med symptomer på migrene. Sumatriptan bør ikke gis til pasienter med risikofaktor for iskemisk hjertesykdom, inkl. personer som røyker mye eller bruker nikotinretningspreparater uten tidligere kardiovaskulær utredning. Ta særlig hensyn til postmenopausale kvinner eller menn >40 år med disse risikofaktorene. Etter inntak kan sumatriptan være assosiert med forbigående symptomer, inkl. smerte og stramminger i bryst og halsregion. Dersom disse symptomene antas å indikere iskemisk hjertesykdom, skal ikke flere sumatriptandoser gis, og passende utredning bør igangsettes. I sjeldne tilfeller er det rapportert serotoninerg syndrom (inkl. endret mental status, autonom ustabilitet og nevro-muskulære abnormiteter) etter samtidig bruk av selektiv serotoninreopplaskemidler (SSRI), eller serotonin-noradrenalinreopplaskemidler (SNRI). Forsiktighet vises hos pasienter med sykdom som kan føre til endret absorpsjon, metabolske eller utskillelse av legemidlet, som f.eks. nedsatt nyrefunksjon. Lavere dosering bør vurderes til pasienter med nedsatt leverfunksjon. Særlighet kan opptre som et resultat av migrene eller behandling av denne. Dette kan innvirke på evne til å kjøre og håndtere maskiner. Pga. begrenset erfaring, bør sumatriptan inntil videre ikke brukes av pasienter under 12 eller over 65 år. Langvarig inntak kan medføre en forverring av hodepinen (medication overuse headache (MOH)). Ved overforbruk av smertestillende bør MOH mistenkes dersom pasienten har daglig hodepine til tross for (eller på grunn av) regelmessig inntak av smertestillende for hodepine. Legge bør da kontaktes og behandlingen seponeres. Bivirkninger kan forekomme hyppigere ved samtidig bruk naturpreparater med johannesurt.**Interaksjoner:** Ergotamin. MAO-hemmere. Teoretisk mulighet for interaksjoner med litium. I sjeldne tilfeller er det observert en interaksjon mellom sumatriptan og SSRI/SNRI (se Forsiktighetsregler). **Graviditet/Amming:** *Overgang i placenta:* Det sees ikke tendens til økt risiko for medfødte misdannelser, men data er utilstrekkelige til å kunne trekke endelig konklusjoner. Sumatriptan skal kun brukes hvis fordelene oppveier en mulig risiko. *Overgang i morsmelk:* Utskilles i morsmelk. Unngå amming 12 timer etter behandling. **Bivirkninger:** *Injeksjonsvæske:* Svært vanlig for forbigående smerte på injeksjonsstedet. Stikkende/brennende følelse, opphovning, erytem, blåmerke og blødning er også rapportert. *Nesespray:* Svært vanlig er dysgeusia/ubehagelig smak. Vanlig er lett, forbigående irritasjon eller brennende følelse i nese/svelg, eller neseblødning. *Alle administreringsformer:* Vanlige (≥1/100 til <1/10): Gastrointestinalt: Kvalme og oppkast. Hjerne/kar: Forbigående blodtrykksstigning. Rødme. Luftveier: Dyspné. Muskel-skjelettsystemet: Forbigående følelse av tyngde, kan oppleves intens og ramme alle deler av kroppen inkl. bryst og halsregion. Myalgi. Nevrologiske: Svimmelhet, desorientasjon, sensoriske forstyrrelser inkl. parestesi og hypostesi. Øvrige: Smerte, følelse av varme eller kulde, trykk eller stramminger i deler av kroppen, inkl. bryst og halsregion. Symptomene kan i enkelte tilfeller være intense, men er vanligvis forbigående. Mild til moderat følelse av svakhet og utmattelse. *Svært sjeldne (<1/10 000), ukjent:* Gastrointestinale: Iskemisk kolitt, diaré. Hjerne/kar: Bradykardi, takykardi, hjertebank, hjertearytmi, forbigående iskemiske EKG-forandringer, spasmer i koronararteriene, angina, hjerteinfarkt. Hypotensjon, Raynauds syndrom. Hud: Hyperhidrose. Immunsystemet: Hypersensitivitetsreaksjoner (fra hudreaksjoner til anafylaksi). Muskel-skjelettsystemet: Nakkestivhet, artralgi. Nevrologiske: Krampeanfallet, tremor, dystoni, nystagmus, skotom, serotoninerg syndrom. Undersøkelser: Mindre endringer i leverfunksjonsparametre. Psykiske: Angst. Øye: Flimmer, dobbeltsyn, og nedsatt syn. I svært sjeldne tilfeller er forbigående tap av syn rapportert. Synsforstyrrelser kan også skyldes selve migreneanfallet. Sumatriptan er assosiert med forbigående symptomer som brystsmerte og stramminger, også i halsregion. Disse kan føles intense. Symptomene kan forveksles med angina pectoris og kan i sjeldne tilfeller være forårsaket av koronarvasospasme. Nødvendige undersøkelser må foretas dersom symptomene tyder på iskemisk hjertesykdom. Serotoninerg syndrom er svært sjeldent rapportert etter kombinasjon av sumatriptan og SSRI/SNRI. **Overdosering/Forgiftning:** Se Giftinformasjonsenhetens N02C C01 side 101 d i Felleskatalogen 2012. **Egenskaper:** *Klassifisering:* Vaskulær 5HT₁-reseptoragonist. *Virkningsmekanisme:* Selektiv 5HT₁-reseptoragonist uten effekt på 5HT₂- og 5HT₇-reseptorer. 5HT₁-reseptorer er funnet i hovedsak i carotissirkulasjonen. Dilatasjon av disse kar antas å være den underliggende mekanisme ved migrene. Selv om anbefalt peroral dose av sumatriptan er 50 mg er det store intra- og interindividuelle variasjoner. Sumatriptan har også effekt ved akutt behandling av migreneanfallet i forbindelse med menstruasjon. *Absorpsjon:* Subkutan injeksjon: 100% fullstendig. Klinisk effekt etter 10-15 minutter. Biotilgjengelighet: 96%. *Nesespray:* Raskt. Klinisk effekt etter ca. 15 minutter. Biotilgjengelighet: 15%. *Stikkpiller:* Raskt. Klinisk effekt etter ca. 30 minutter. Biotilgjengelighet: 19%. *Tabletter:* Klinisk effekt etter ca. 30 minutter. Biotilgjengelighet: 14%. C_{max} for sumatriptan øker med 15% ved inntak av Imigran Radis etter et måltid med høyt fettinnhold. *Proteinbinding:* 14-21%. *Halveringstid:* Ca. 2 timer. *Metabolisme:* Metaboliseres hovedsakelig til et indoleddiksyrederivat av sumatriptan uten 5HT₁ eller 5HT₂ aktivitet. *Utskillelse:* Urinen. **Oppbevaring og holdbarhet:** Ingen av formuleringene skal oppbevares over 30°C. Nesepayen må ikke fryses. Injeksjonsvæske, nesepay og tabletter beskyttes mot lys. **Pakninger og priser:** *Injeksjonsvæske:* 2 × 0,5 ml² (doseamp. m/GlaxoPen) kr 448,50. 6 × 0,5 ml² (doseamp. for GlaxoPen, refill) kr 1143,30. *Nesespray:* **Juvenil 10 mg/dose:** 6 doser¹ (endosebeholder m/spraypumpe) kr 343,50. **20 mg/dose:** 6 doser¹ (endosebeholder m/spraypumpe) kr 434,80. 18 doser¹ (endosebeholder m/spraypumpe) kr 1234,40. **Stikkpiller:** 6 stk.¹ kr 262,70. **Tabletter:** 50 mg: 6 stk.¹ (blister) kr 272,40 (trinnpri: kr 68,50). 12 stk.¹ (blister) kr 511,10 (trinnpri: kr 137,00). **100 mg:** 6 stk.¹ (blister) kr 357,90 (trinnpri: kr 124,30). 18 stk.¹ (blister) kr 1003,60 (trinnpri: kr 373,00). **Radis 50 mg:** 6 stk.¹ (blister) kr 272,40 (trinnpri: kr 68,50). 12 stk.¹ (blister) kr 511,10 (trinnpri: kr 137,00). **Radis 100 mg:** 6 stk.¹ (blister) kr 357,90 (trinnpri: kr 124,30). 18 stk.¹ (blister) kr 1003,60 (trinnpri: kr 373,00).

Refusjon:			
'N02C C01_1 Sumatriptan - Tablett, nesepay, stikkpille			
Refusjonsberettiget bruk: Akutte anfall av migrene med eller uten aura.			
Refusjonskode:			
ICPC	Vilkår nr	ICD	Vilkår nr
N89	Migrene	G43	Migrene
			140
'N02C C01_2 Sumatriptan - Injeksjonsvæske			
Refusjonsberettiget bruk: Akutte anfall av migrene med eller uten aura. Cluster-hodepine.			
Refusjonskode:			
ICPC	Vilkår nr	ICD	Vilkår nr
N89	Migrene	G43	Migrene
N90	Cluster-hodepine	G44.0	Cluster-hodepinesyndrom
			140

Vilkår: (140) - Ved oppstart og endring av behandling til pasienter over 18 år skal sumatriptan tabletter søkes først. I tillegg kan inntil 2 andre triptan-preparater forskrives samtidig. Hvert forskrevne triptan-preparat skal søkes ved minst 3 migreneanfallet med mindre pasienten opplever uakseptable bivirkninger. Pakningsstørrelsen foreskrevet skal være tilpasset antall doseringer nødvendig for utprøving. - Hvis pasienten ikke oppnår ønsket effekt eller får uakseptable bivirkninger av triptan-preparatene som er forskalt, kan ytterligere 3 triptan-preparater forskrives samtidig. - Etter utprøving kan pasienten fortsette behandling med andre triptan-preparater enn sumatriptan tabletter kun dersom det er vist at: 1. De har bedre effekt og/eller mindre bivirkninger enn sumatriptan tabletter, eller 2. Sumatriptan tabletter ikke er tilstrekkelig for optimal anfallsbehandling. - Årsaken til behandling med andre triptan-preparater enn sumatriptan tabletter skal dokumenteres i journalen. Sist endret: 19.08.2010. (Priser og ev. refusjon oppdateres hver 14. dag)

Ved uønskede medisinske hendelser, kontakt GlaxoSmithKline AS på telefonnr. 22 70 20 00.



Vi i GlaxoSmithKline AS er stolte av å sponse Ingvill Måkestad Bovim, Norges raskeste kvinne på 800 meter. Ingvill har ikke migrene og ingen erfaring med Imigran. Imigran står ikke på Wada's dopingliste.

rask raskere raskest

Imigran Radis 100 mg tablett

Klinisk effekt
begynner etter:

30 min¹



Imigran Nesespray

Klinisk effekt
begynner etter:

15 min¹



Imigran Injeksjon

Klinisk effekt
begynner etter:

10 - 15 min¹



Referanse: 1. Imigran Summary of Product Characteristics (SPC)

Imigran® - rask effekt i alle administrasjonsformer

Er du interessert i en rask migreneoppdatering med noen av Norges fremste migreneeksperter?

GlaxoSmithKline AS vil høsten 2012 arrangere en møteserie for leger, farmasøyter og sykepleiere i 5 byer:
Oslo 30. oktober, Tromsø 6. november, Trondheim 13. november, Stavanger 20. november og Bergen 27. november.

Dersom du ønsker å få tilsendt invitasjon til et av disse møtene, ta kontakt på e-post: kjersti.bratland@gsk.com



GlaxoSmithKline

GlaxoSmithKline AS

Postboks 180 Vinderen, 0319 Oslo.

Telefon: 22 70 20 00. Telefaks: 22 70 20 04

www.gsk.no

IMIGRAN®
R A S K E F F E K T

HVEM BETALER REGNINGEN? Greske Paraskevi Petropoulou (i midten av bildet) er sykepleier ved en privat klinikk i Athen og har ikke fått lønn på fem måneder fra sin arbeidsgiver. 28 september protesterte hun sammen med flere hundre andre helsearbeidere foran Helsedepartementet i den greske hovedstaden og vifter sint med en strømmregning hun ikke har råd til å betale. Regjeringen, som nettopp er blitt enig om nye kutt på nærmere 100 millioner kroner, har unnlatt å betale helseinstitusjoner for utførte tjenester. Disse har så unnlatt å betale lønn til sine ansatte. Nå krever helsearbeidere at regjeringen etterkommer sine forpliktelser overfor arbeidsgiverne. Bevilgningene til greske sykehus og andre helsetjenester er blitt drakatisk redusert som følge av den økonomiske krisen. Helsekøene er blir stadig lengre. Krisen gjør at stadig flere blir rammet av psykiske lidelser og rusproblemer. Samtidig mangler helsetjenesten personell, fordi det ikke finnes penger til lønninger. Foto Luisa Gouliamaki, AFP/Scanpix.





André Thoresen

Alder: 47 år

Stilling: Redningsmann

Arbeidssted: Norsk Luftambulanse. Hovedsakelig ved basen i Bergen.

Uten høyde-
skrekk

Uforutsigbarheten i yrket er noe av det beste.

En typisk dag på jobben kjennetegnes best ved at jeg aldri på forhånd vet hva som vil skje. I det ene øyeblikket sitter jeg i en sofa, i det neste er jeg på livreddende oppdrag sammen med lege og pilot. Uforutsigbarheten er noe av det jeg liker aller best med jobben min.

Men selv i en uforutsigbar jobb, finnes rutiner og prosedyrer. Utstyr skal testes og situasjoner skal øves på. Mens vi holder på med slike rutiner, har vi hele tiden i bakhodet at et reelt oppdrag kan dukke opp når som helst.

Når vi drar ut på oppdrag er vi tre stykker: En pilot, en lege og en redningsmann. En redningsmann er en altnuligmann: Når vi er i luften, er jeg pilotens assistent. Det betyr at jeg hjelper til med å lese av instrumenter og med navigasjon. Når vi er på ulykkesstedet, er jeg legens assistent.

Men er det et redningsoppdrag, er det jeg som har ansvaret for å utføre oppdraget. Det kan være at et snøskred har gått eller at noen sitter fast oppe i en fjellvegg.

Oppdragene kan som sagt være hva som helst. Vi rykker ut til både ulykker og medisinske oppdrag. Fellesnevneren er at respirasjon eller sirkulasjon er truet hos pasienten og at tiden er avgjørende for utfallet.

Innimellom tar vi noen serviceoppdrag, først og fremst fordi det er samfunnsmessig lønnsomt. Da kan det for eksempel dreie seg om å hente en person med ankelbrudd ned fra fjellet. Vi kan begynne behandling med en gang og få pasienten fraktet til sykehus for operasjon raskt. Det forebygger komplikasjoner og reduserer liggetid på sykehuset.

Mange av Norsk Luftambulanse sine redningsmenn er sykepleiere, og vi ser en tendens til at flere og flere som søker har denne utdanningen.

Hvis det er noe jeg synes er vanskelig, må det være å treffe hardt skadede personer som er i sitt livs verste situasjon. Spesielt når barn er involvert er det tøft. Samtidig tenker jeg at dette er en viktig jobb og at noen må gjøre den. ■■■

NB: Bildet er fra en øvelse.

Fortalt til Kari Anne Dolonen Foto Norsk Luftambulanse

Fag

bøker
& kultur



FORFATTERINTERVJU:
– Det er synd
ungdom ikke får
mer informasjon
om hiv på skolen.
Side 62

RIKTIG BRUK AV TOLK:

40 prosent av innvandrerne
som bor i Norge har bodd her
i mindre enn fire år. De fleste
av disse vil trenge tolk i
møte med helsepersonell.
Les mer om kvalitetssikring
av tolketjenesten i fagtema
om tolking i helsevesenet.
Foto: Ann-Kristin
Bloch Helmers.

Side
48

Interpreter
Jeg trenger tolk!

Understand – and be understood!
Let the nurse or doctor know if you need an interpreter.
You can show them this card.



Lovisenberg Diakonale Sykehus
0440 Oslo, www.lids.no

Side
70

«Går man til barnevernet, ødelegges tillitsforholdet
man som sykepleier har til mor.» **BERIT STØRE BRINCHMANN**

Rom for tolking

Treveiskommunikasjon krever en skjerpet hjerne.

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



TOLKEN: Milica Javdan tolker fra farsi til norsk.

Ni av ti Oslo-tolker uten formelle kvalifikasjoner

88 prosent av tolkene ved Oslo universitetssykehus, Ahus og Sunnaas, er uten formelle kvalifikasjoner. Disse kjøper tjenestene fra en privat tolketjeneste. Tallene fra Lovisenberg Diakonale Sykehus og Oslo kommune, som har egne tolketjenester, er betydelig bedre.

Dette avdekkes i en ny rapport om kvaliteten på tolketjenesten, skrevet på oppdrag fra Helse Sør-Øst og Oslo kommune. – Dårlige tolketjenester setter pasientenes sikkerhet i fare. Vi har lenge hatt mistanke om at tolketjenestene i helsesektoren ikke fungerte tilfredsstillende, men denne rapporten viser at det er verre enn vi fryktet, sier Nakmis direktør Bernadette Kumar til nakmi.no. Nakmi viser også at forskning peker i retning av stort underforbruk av tolker.

Sykepleier Ellen Magritt Skogrand kikker på klokka inne på undersøkelsesrommet til hjertesviktpoliklinikken på Lovisenberg Diakonale Sykehus. Klokka viser litt over elleve. Tolken er på plass, og hun venter bare på pasienten. Det er ikke helt uvanlig at pasienten ikke dukker opp til avtalt time. Hun tar en kjapp telefon mens hun venter – og så er pasienten der.

Trekant-samtale

Mohammad Karimi har kommet til Norge som flyktning fra Iran, hvor han jobbet som journalist. Han har tidligere vært innlagt på Lovisenberg med hjertesvikt. Nå er han inne til kontroll.

Tolken er Milica Javdan. Hun har ingen formell tolkeutdanning. Hun studerer statsvitenskap og tar tolke-

oppdrag ved siden av. Mohammad Karimi fikk tildelt henne som tolk forrige gang han var på Lovisenberg, og ønsket å bruke henne i dag også.

De hilser og setter seg i en trekantformasjon. Undersøkelsen kan starte.

– Du kan oppleve at du blir mer tungpustet, sier sykepleier Ellen Magritt.

Milica Javdan oversetter til farsi. Mohammad nikker og forteller på morsmålet mens han gestikulerer forsiktig og holder seg til brystet for å forklare hvor han kjenner trykket.

– Jeg har tidligere kjent det. Det kjentes ut som jeg holdt på å bli kvalt, gjentar tolk Milica Javdan på norsk, og gestikulerer akkurat slik som Mohammad Karimi.

– Du kan også oppleve at du blir

stinn i magen, en slags metthetsfølelse, sier sykepleier Ellen Magritt. Mohammad Karimi nikker. Milica Javdan nikker.

Lukket rom

Bare to ganger i løpet av samtalen bryter Milica Javdan gjennom sitt anonyme skall: En gang for å stille et tilleggsspørsmål, en annen gang sier hun «unnskyld, nå gikk det litt rundt for meg her,» inne i en rekke av medikamentnavn som skulle vide-reformidles. Ellers sitter hun ytterst på stolen, lytter og gjentar. Hun ser på den som til en hver tid snakker, snur seg videre til den som skal mota budskapet.

Hun gjentar enkelte av fingerbevegelsene til sykepleieren. Når Ellen Magritt Skogrand viser med to hen-



PASIENTEN: Mohammad Karimi har hatt hjertesvikt. Da er det tryggest å kunne snakke språket han kan best: farsi.



SYKEPLEIEREN: Ellen Magritt Skogrand forteller via tolken hvordan medisinerne skal brukes, og hvilke symptomer pasienten må være oppmerksom på.

der hvordan hjertet slår, gjør tolken det samme når hun videreformidler. Og motsatt: Når Mohammad Karimi peker på hvor smertene stråler fra kjeven, gjentar hun de samme bevegelsene.

Men – ingen som ikke kan deres språk kan vite hva som egentlig blir formidlet. Tolking er et lukket rom inne i det allerede lukkede rommet. Ut fra spørsmålene Mohammad Karimi stiller tilbake, virker det som informasjonen kommer frem. Spørsmålene er relevante.

Så tar Ellen Magritt Skogrand blodtrykk, vekt og sjekker hevelser. Alt ser etter forholdene bra ut, og Karimi blir sendt videre til blodprøvetaking. Neste time kommer i posten, og da skal han ta blodprøver tre dager på forhånd.

– Jeg har blitt en del av familien her oppe, sier han via Milicia Javdan.

Sykepleier Ellen Magritt hilser både pasienten og tolken en god dag videre.

– Familie kan tolke

Alene på kontoret strekker hun ut litt og ser på klokka at det er blitt langt over lunsjtid.

– Egentlig er det best å spise før man skal bruke tolk. Det er en krevende situasjon. Jeg må konsentrere meg mer og forsøke å snakke i korte setninger, ikke bruke unødvendige ord. Da må hodet være skjerpet, sier hun.

For Ellen Magritt Skogrand er det viktig at pasienten er komfortabel med tolkesituasjonen.

– Hvis en pasient ønsker å bruke

barn eller andre familiemedlemmer som tolk, er det greit dersom barnet er over 18 år og det ikke er noe spesielt vanskelig som skal tas opp under samtalen. Jeg synes det er viktig ikke

«Det er en krevende situasjon.»

Sykepleier Ellen Magritt Skogrand

å overstyre pasientens egne ønsker. Jeg kan ikke tvinge noen til å bruke en annen tolk enn den de selv ønsker. Ofte fungerer det helt greit med familiemedlemmer dersom pasienten ønsker det: Vi kan få tilleggsopplysninger om forhold rundt pasienten, og de pårørende kan følge opp informasjonen vi gir hjemme, sier hun.

– Sånn sett er ikke det å ha en tolk fra egen familie så veldig forskjellig





«Det å ha en tolk fra egen familie er ikke så veldig forskjellig fra det å ha med en pårørende der begge snakker norsk.»

Sykepleier Ellen Magritt Skogrand

Personvekker

- medisinsk godkjente

MS5400 Stolvekt

med BMI funksjon
Max 300 kg.

10.995,-
(eks. mva)



MS2400 Babyvekt

1.695,-
(eks. mva)

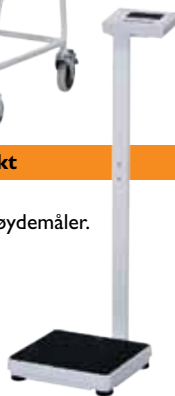


MS80D
Lengdemåler
til babyvekt
kr. 1.195,-
eks. mva.

MS4900 Søylevekt

med BMI funksjon
Kan påmonteres høydemåler.
Max 300 kg.

3.995,-
(eks. mva)



MS4400 Bismervekt



1.295,-
(eks. mva)



**Arcus
Vita as**

Pb 213, 5591 Etne • Tlf 53 75 77 50
Epost: post@arcus-vita.no

Flere vekter og høydemålere
samt informasjon og bestilling på
www.arcus-vita.no

fra det å ha med en pårørende der begge snakker norsk, sier Ellen Magritt Skogrand.

Kurser tolkene i fagspråk

Chanden Dhirad er faglig leder ved tolketjenesten på Lovisenberg Diakonale Sykehus (les også fagartikkel side 52). Der har hun jobbet i 13 år, og er den som har bygget opp det tolketilbudet som finnes ved sykehuset i dag.

Rett ved hovedinngangen ligger bestillerkontoret for tolker, og rundt omkring ligger det små kort hvor det står «Jeg trenger tolk» på forskjellige språk.

– Jeg brenner for dette, og jobber hver eneste dag for å forbedre tolketjenesten. Hvorfor? Fordi det er til pasientens beste. Jeg mener at det er bedre ikke å tilby tolk, enn å tilby en dårlig tolk. Det kan gjøre skade i stedet for å forebygge.

I tolkestallen har hun nå rundt 250 tolker. Langt fra alle er på øverste hyll: Statsautoriserte tolker. Men mange har tolkeutdanning, og en god del er studenter. Det er også en del sykepleiere som jobber ved andre sykehus, og som tar tolkeoppdrag som frilansere når de har fri. Men Chanden Dhirad mener tolkene er gode og jobber systematisk med å finne ut hva som

eventuelt ikke fungerte i en tolkesituasjon – og hvorfor.

Skaper miljø

Mange tolker velger å jobbe for domstolene eller ta private oppdrag. Det er bedre betalt, og oppdragene går gjerne over lengre tid enn en 40 minutters konsultasjon med lege eller sykepleier.

Likevel, Chanden Dhirad jobber for å skape et miljø rundt frilanstolkene, slik at de føler en tilhørighet, selv om de bare er innom på korte oppdrag. To ganger i året arrangerer hun fagkurs for tolkene på sykehusene.

– Vi har for eksempel hatt kurs i psykiatri. For hvordan tolke når pasienten er psykotisk? Eller i en akutsituasjon? Tolker trenger å være forberedt på situasjoner de går inn i.

Ifølge Chanden Dhirad er det et problem at oppdragets art ofte er mangelfullt beskrevet. Når beskrivelsen som står i bestillingen er «lege» eller «sykepleier» gir det ikke tolken mulighet til å forberede seg mentalt. Det er heller ikke alltid at tolken selv tar initiativ til å finne ut mer om temaet på forhånd, forteller hun.

Når pasienten så ankommer er det ifølge Chanden Dhirad sykepleieren eller legen som skal presentere



Les også fagartikkelen om tolking på de neste sidene. →

tolken. Pasienten skal få tydelig beskjed om følgende punkter: Tolken er nøytral. Tolken har taushetsplikt. Tolken tolker alt som blir sagt.

– En annen utfordring er selve den fysiske plasseringen i rommet. Hvor skal tolken sitte for å være mest mulig nøytral? I teorien kan jo egentlig tolken sitte bak en vegg. Jeg mener det er viktig at pasienten og legen eller sykepleieren har øyekontakt. Dersom tolken sitter litt bak den som skal gjøre undersøkelsen, blir det ikke så tett kontakt mellom tol-

ken og pasienten. Hovedpersonen i rommet er alltid pasienten.

– Selv om en pasient snakker godt hverdagsnorsk, så er det ikke sikkert at pasienten forstår alt helsepersonell sier, sier Chanden Dhirad.

Kan unngå vanskelige situasjoner

Dersom pasienten får tilbud om en profesjonell tolk, men ønsker å bruke et familiemedlem, mener jeg at dette MÅ skrives ned i epikrisen, sier hun.

– Vi kan jo tenke oss hvor van-

skelig det kan bli dersom en kvinne kommer inn skadet og den som har forårsaket skadene også skal fungere som tolk og nærmeste pårørende.

Hun nevner tuberkulosepasienter som et annet eksempel hvor profesjonell tolk er viktig:

– Det er vanlig at tuberkulosepasienter tar medikamenter i seks til ni måneder avhengig av hvor kraftig de er rammet. Medisinene har kraftige bivirkninger, noe som ikke alltid kommer frem når det ikke benyttes tolk, sier hun.

Det kan være fare for at en pasient slutter å ta medisiner når bivirkningene starter.

– Ved bruk av tolk kan pasienter bli bedre forberedt med tanke på bivirkninger og hva en vanligvis kan forvente ved en slik kur. Dette kan være med på å hjelpe en pasient til å fullføre behandlingen. Disse medisinene er dyre, og for pasienter som avbryter kuren kan dette bety at de må starte på ny, med nye medisiner samt en ny medisineringsperiode, sier hun. ■■■

SILENTIA SKJERMSYSTEM

Optimal hygiene & fleksibel funksjon



Silentia skjermvegger er svaret på kravene som stilles til avskjerming i sykepleien. Systemet er fleksibelt og kan tilpasses ethvert pasientrom. Du får et godt overblikk over stuen samtidig med at pasientens privatliv sikres. Silentia skjermvegger er lette å holde rene, lukker ikke lyset ute og har flott design.

EasyClick™

Mobilt eller fast montert

EasyReturn™

Lett å folde sammen og trekke ut

EasyClean™

Lette å rengjøre



SKJERMER UTEN Å LUKKE INNE



AVALON MEDICAL AS
TEL: 23 63 63 70
INFO@AVALON-MEDICAL.NO
WWW.AVALON-MEDICAL.NO



Chanden Dhirad,
faglig leder ved
tolketjenesten
på Lovisenberg
Diakonale Sykehus.



Anita Dhirad, lege
under spesialisering
på Hudklinikken ved
Centralsjukhuset i
Karlstad.

FAG Tolking

Tolking må kvalitetssikres

For å ha utbytte av tolketjenester er det viktig at man bruker tolken på riktig måte.

I perioden 1990 til 2010, økte innvandringen til Norge med 471 000 innbyggere (1). Blant de 655 000 innvandrerne som bor i Norge i dag har cirka 40 prosent bodd her i mindre enn fire år (2). Det er viktig å huske at selv om personer har bodd i Norge i flere år, kan de ha behov for tolk for å forstå en fagperson. Etterspørselen etter tolk har lenge vært større enn tolkekapasiteten. Tidligere var det tolker i språkene arabisk og urdu som var mest etterspurt, men nå er behovet større i språkene polsk og somali. Lavere terskel for tolkebruk har gjort at tolketemaet har fått mye oppmerksomhet i media i den siste tiden. Fokuset har for det meste vært på distinksjonen mellom flinke og mindre flinke tolker. Målet mitt med å skrive denne artikkelen er å nå dem som bruker tolk, gi riktig bruk av tolk og å komme med forslag til kvalitetsheving av tolketjenester. Eksempel på brukere kan være helsepersonell, rettsvesenet, konsulenter på sosialkontor eller i barnevernet. Riktig tolkebruk krever at faglighet hos bruker og tolk er i balanse. Denne artikkelen

er skrevet ut ifra mine egne erfaringer gjennom over 30 år som tolk, tolkekoordinator og senere som faglig ansvarlig for tolketjenesten på Lovisenberg Diakonale Sykehus.

Tolkens rolle

Høgskolen i Oslo og Akershus har tilbudt tolkeutdanning siden 2007. Siden en tolks primære oppgave er å formidle budskapet som kommer fram i en konsultasjon ordrett, er det viktig at det satses på rollespill i tolkeutdanningen. Det er helt essensielt at tolken forstår sin rolle. Som faglig ansvarlig observerer jeg at ikke alle tolker mestrer sin rolle som tolk godt nok. Dette gjelder også tolker med autorisasjonseksamen. En annen ting er at enkelte tolker i helsevesenet ikke behersker den anatomiske terminologien. Dette er viktig kunnskap når man skal tolke i helsevesenet. Det er krevende å være god tolk når man skal beherske et fagspråk man ikke egentlig kjenner. Heller ikke etniske nordmenn forstår alle fagspråk innenfor ulike felt. Saksbehandleren bør derfor snakke et enklere språk om hun eller han vil nå sin klient.

Plassering

De som har erfaring i å jobbe som tolk og senere tar tolkeutdanning, har et mye bedre utgangspunkt enn de som ikke har noen tolkeerfaring. De med tolkeerfaring kan i større grad relatere tolkningen til praksis. Å tolke går ikke bare ut på å tolke det verbale, men også til en viss grad formidle det nonverbale. For eksempel hvis klienten er lei seg, må tolken også gi inntrykk av å være lei seg. Tolk kan ikke sitte og smile dersom klienten er trist. Derfor er plassering av tolken i forhold til klient og saksbehandler viktig. Tolk bør sitte skrått bak saksbehandleren slik at det blir naturlig for klienten å vise sin nonverbale kommunika-

sjon ovenfor saksbehandleren og vice versa. På denne måten vil saksbehandleren kunne rette full oppmerksomhet mot sin klient, og man oppnår god kontakt mellom klient og saksbehandler. Hvis tolken sitter skrått bak klienten, er det ofte slik at klienten vil snu seg mot tolken i stedet for å se på saksbehandleren når vedkommende snakker. Man har lenge ment at tolkesamtaler skal plasseres i en triangel. Men da er det økt fare for at klienten vender seg mer mot tolken som vedkommende forstår språket til, enn mot saksbehandleren.

Faglig påfyll

Tolker trenger faglig påfylling av forskjellige temaer på lik linje med andre profesjonsutøvere. Det skjer stadige endringer i ulike fagfelt, og dermed endres også språket og fagforståelsen. Språket tar opp nye emner og betydninger, det er derfor viktig at tolker får med seg disse endringene. Tolk trenger et språkverksted der de kan diskutere og komme fram til synonymer sammen med kollegaer. Språkverksted er en fin måte å jobbe på for å utvikle språk i begge retninger. I et slikt forum får også tolker en mulighet til å stille faglige spørsmål. En tolk tolker innenfor forskjellige kategorier og fagfelt hver dag. Det er derfor viktig med oppdateringer.

Unngå tidspress

Når man skal bruke tolk er det viktig å planlegge i så god tid som mulig. På grunn av manglende planlegging blir det ofte slik at tolken ikke er kvalifisert, fordi det ikke er mulig å skaffe en som er kvalifisert tolk i det aktuelle språket. Brukeren har dessverre ikke alltid forståelse for dette. Tidspress kan også føre til at det blir telefontolk i stedet for oppmøtetolk. Det er kanskje bedre enn ikke å ha tolk i det hele tatt, men det viser tyde-



Hovedbudskap

En god tolk er avhengig av at brukeren vet hvordan tolken skal brukes, for å få en god kvalitet på samtalen. Artikkelen kommer med forslag til hvordan en god samtale skal gjennomføres med bruk av profesjonell tolk. I tillegg kommer det forslag på hvordan man kan heve kvaliteten på tolketjenester.



Søkeord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

- » Språk » Kommunikasjon » Kvalitet
- » Helsepersonell » Pasientrettighet



IKKE BARE ORD: En tolk skal også til en viss grad formidle det nonverbale; hun skal ikke smile hvis pasienten er trist. Foto: Ann-Kristin Bloch Helmers

lig hvor viktig det er å planlegge i tide. Et annet problem ved tidspress, er at helsepersonell ofte ikke vil bruke telefontolk. I visse språk fins det få tolker som er gode, og disse er gjerne godt likt både av brukere og klienter. Derfor er de heller ofte ikke tilgjengelige på kort varsel.

Riktig bruk av tolk

Brukere av tolk kan oppleve det som merkelig at en ekstra person, altså en tolk, er til stede. Tolken er den personen som har mest språkmakt under konsultasjonen. Brukeren er den som bør vite hvordan han eller hun skal anvende tolken på en korrekt måte, slik at både brukeren selv og klienten føler seg trygge under samtalen. Derfor er det viktig at alle som skal jobbe med mennesker med minoritetsspråklig bakgrunn blir pålagt å lære å bruke tolk i praksis. For eksempel er dette nå en integrert del av kommunikasjonsundervisningen på medisinstudiet ved Universitetet i Oslo. Hvis brukere ikke får mulighet til å lære dette, kan det lett oppstå misforståelser. Terskelen for å bestille og bruke tolk ved behov blir også mindre når man lærer hvordan man skal forholde seg til tolk på riktig måte. Det er også økonomisk lønnsomt å bestille tolk fordi det gir bedre forutsetninger for en samtale. Man slipper å ha samtalen gjentatte ganger fordi klienten ikke har forstått premissene. Bruk av tolk kan forebygge misforståelser mellom

pasient og lege, sosialkontor og klient, barnevern og foreldre.

Respekt

Tolkeprofesjonen nyter ikke samme respekt som andre yrker. En tolk blir ofte ansett som en assistent istedenfor som en profesjonell medarbeider. Dette kan ha sammenheng med at en tolk ikke er fast ansatt, men jobber på timebasis. En tolk har som regel en utdanning, og tolker ut ifra tolkefaglige regler som for eksempel taushets-

spekten tolken blir mottatt med tar hun eller han med videre i konsultasjonen. Gjensidig respekt er viktig. Hvordan en tolk blir tatt imot kan påvirke kvaliteten på tolkesamtalen. Trygghet og trivsel er viktig for alle parter i en samtale.

Konsultasjon

Hvis det er en familiesamtale, er det saksbehandlers oppgave å informere tolken om det er barnet, moren eller faren som er hovedperson i samtalen. Dette er spesielt viktig ved konsulta-

«Bruk av tolk kan forebygge misforståelser mellom pasient og lege, sosialkontor og klient, barnevern og foreldre.»

sjon på sykehus. Først har pasienten vært gjentatte ganger hos sin fastlege før vedkommende har fått henvisning til spesialist på sykehus. Hos spesialisten forventer pasienten ofte en tilrettelagt og faglig konsultasjon. Man hører ofte: «Legen tar meg ikke på alvor» eller «leggen forstår meg ikke». Pasienter blir fortvilet og vet ikke hvor de skal søke hjelp. Det er mye som kan gå galt i en konsultasjon selv med etniske nordmenn som pasienter, og da er det viktig å unngå tilleggsfaktorer som gjør at etniske minoritetspasienter mister tilliten til det

plikt, tolkning i jeg-form og så videre. En annen mulig årsak til at tolker ikke får samme respekt som andre fagpersoner er at pårørende eller barn er blitt brukt som tolker. Andre ganger har man bestilt tolk på kort varsel og fått en tolk uten tolkeutdanning. Det kan medføre at kvaliteten på tolkningen ikke nødvendigvis blir så god. Å bruke uerfarne og ukvalifiserte tolker kan gå ut over profesjonelles tolkers renommé. Mange tolker klager på at de blir møtt med et nedlatende tonefall av personer som tar dem imot. Den re-



offentlige helsevesenet. Når man har bestilt tolk skal ikke klienten tas inn i rommet uten at tolken også blir med inn. Slik viser man både pasienten og tolken respekt. Pasienten har krav på fullverdig konsultasjon slik at vedkommende forstår det som blir sagt og kan stille spørsmål. Dette er også i samsvar med pasient- og brukerrettighetsloven § 3–2. Pasientens og brukerens rett til informasjon og § 3–5 Informasjonens form (1).

Krav til tolken

Det er viktig at tolken er fullstendig integrert i det norske samfunnet slik at vedkommende overholder oppmøtetider, gir beskjed hvis han eller hun er syk, og gir tilbakemelding dersom vedkommende ikke kan ta tolkeoppdraget. Dette tar vi for gitt i det norske samfunnet, men er ikke en selvfølge i alle kulturer. Sykepleiere og leger sliter av og til med pasienter som ikke kommer til avtalt tid. Det

jobbe som tolk, er han eller hun pålagt å overholde taushetsplikten. Det er ikke alle som vet hvor omfattende taushetsplikten er. Den gjelder overfor alle oppdragsgivere og overordnede.

Krav til bruker

Saksbehandler bør presentere tolkens rolle. Det er saksbehandleren som er faglig ansvarlig og skal lede samtalen. Hvis tolken starter samtalen eller presenterer seg selv, blir rollene ofte misforstått av pasienten. Det blir mer naturlig for pasienten å snu stolen mot tolken enn å vende seg mot saksbehandleren. Brukerne må huske at pasienten har mye mer til felles med tolken enn med saksbehandleren da de ofte har felles språk og kulturbakgrunn. Hvis brukerne følger disse retningslinjene, slipper de å oppleve at samtalen i stor grad foregår mellom tolken og pasienten. Slik kan man unngå misforståelser.

Når flere fagpersoner skal ha samtale med en klient samtidig, som ved et tverrfaglig møte, bør en fagperson snakke om gangen. Når det er flere, er det viktig at samtalen foregår på en systematisk og ryddig måte. Dette er best for alle parter i saken. Fagpersonen må beregne dobbel så lang tid til tolkesamtale sammenliknet med en vanlig konsultasjon. I tillegg må setningene være korte, ellers blir det vanskelig for tolken å huske alt som skal tolkes. Tolken snakker dobbelt så mye som klient og saksbehandler, og bør ved lengre samtaler få pause etter 45 minutter.

Noen saksbehandlere tror at pasient og tolk ikke har lov å snakke med hverandre mens de venter på saksbehandler i venterommet. Slik er det ikke.

Hvis vi skal være så strenge, må vi skaffe egne venterom for tolker. Hvis en landsmann henvender seg til tolken i venterommet, er det uhøflig ikke å svare.

Alle blir dyktigere av erfaring. Dette gjelder også tolker. Å være tolk er en veldig ansvarsfull og krevende jobb. Jobben er i tillegg meget ensom, særlig ettersom få har mulighet for debrifing. Hvis vi hadde fått i gang et system for debrifing, hadde kanskje flere dyktige tolker fortsatt i jobben i stedet for å slutte på grunn av utbrenthet.

Avslutning

For at en samtale med tolk til stede skal bli så bra som mulig, må både tolken og brukeren innfri krav på flere plan. For tolken er det ikke nok å ha en autorisasjon, det er også mange andre kvaliteter som spiller inn. Tolken har taushetsplikt og bør holde oppmøtetider, gi beskjed om vedkommende er syk, og melde fra hvis vedkommende ikke kan ta tolkeoppdraget. For brukere er det viktig å planlegge i god tid slik at han eller hun får en kvalifisert tolk som er egnet for tolkeoppdraget. Saksbehandleren er faglig ansvarlig og skal gi en kortfattet presentasjon av tolken. En tolk og en klient skal tas inn i rommet samtidig. Oppdragsgiver må vise tolken respekt på lik linje med andre medarbeidere. ■■■

LITTERATUR

1. SSB. Innvandring og innvandrere. <http://www.ssb.no/innvandring/> (Nedlastet 23.08.12).
2. Lovdata. Lov om pasient- og brukerrettigheter, 2. juli 1999; nr 3. (Pasientrettighetsloven). Tilgjengelig fra <http://www.lovdata.no/all/hl-19990702-063.html>. (Nedlastet 22.08.12).

«Tolkeprofesjonen nyter ikke samme respekt som andre yrker.»

samme gjelder i barnevernet. På den andre siden hender det at tolken ikke møter til tolkeoppdraget, uten å ha gitt beskjed til tolkebestilleren. Hvis tolken under oppdraget merker at hun eller han er inhabil eller inkompetent, har vedkommende imidlertid rett til å trekke seg fra oppdraget. Tolken har taushetsplikt, og signerer en taushetsplikterklæring. Det betyr at selv om tolken slutter å



Xwear.no

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

Til arbeid, sport og fritid!

I fengsel for hjemmefødsler

I Ungarn sitter jordmor og gynekolog Ágnes Geréb i husarrest fordi hun har hjulpet kvinner som vil føde hjemme.

Dette får lederen av den svenske jordmorforbundet til å reagere.

– EU har slått fast at det er den enkelte kvinnes rett å bestemme hvor hun vil føde barn, sier Ingela Wiklund til svenske Vårdfokus.

Hun mener det fra et juridisk og medisinsk per-

spektiv er veldig alvorlig at en profesjonell yrkesutøver kan bli fengslet for å ha bidratt med sin fagkunnskap under en hjemmefødsel.

Ifølge Vårdfokus kan kvinner i Ungarn velge mellom å føde på sykehus eller uten hjelp hjemme. Inntil nylig har det vært forbudt for jordmødre å hjelpe til ved hjemmefødsler i Ungarn.

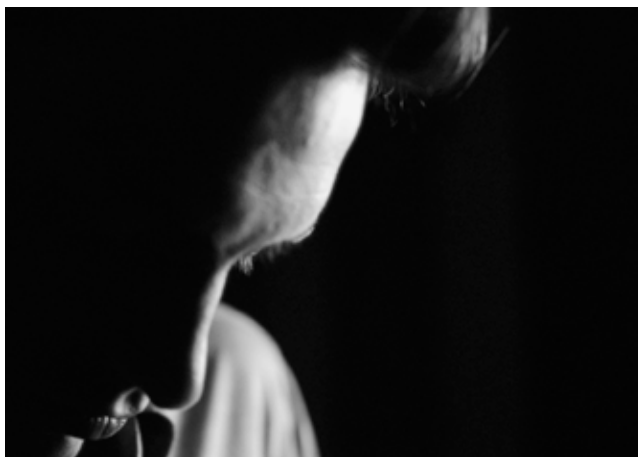
Kilde: Vårdfokus

Sliter etter depresjon

Unge gutter som har symptomer på angst og depresjon får større sosiale problemer enn jenter med slike symptomer seinere i livet. Det er et av funnene i en ny doktorgrad fra NTNU.

Ruth Derdikman-Eirons har sett på hvordan unge voksne med og uten symptomer på angst og depresjon fungerte psykososialt fra ungdom til voksen alder.

Kilde: Forskning.no



Farlig blanding

Sjåfører som blander alkohol med beroligende midler eller sovemedisiner har svært høy risiko for ulykke. Det viser en ny undersøkelse fra Oslo universitetssykehus, Folkehelseinstituttet og Statens institutt for rusmiddelforskning. Førsteforfatter på studien er stipendiat og sykepleier Stig Tore Bogstrand.

I 2008 ble skadede bilførere som kom til akuttmottaket på Ullevål spurt om å bli med i en studie. 96 svarte ja, og ble testet for alkohol, narkotika og enkelte legemidler. Resultatene ble sammenliknet med 5 000 sjåfører som ble stanset tilfeldig i trafikken.

En av fem av de skadete sjåførene hadde ett eller flere stoffer i blodet. Blant sjåførene som ble stanset tilfeldig hadde tre av hundre stoffer i blodet.

Forskerne bak studien beregnet at risikoen for ulykker var 200 ganger større når sjåføren var påvirket av ett eller flere stoffer. Aller størst risiko var det når sjåføren kombinerte alkohol med narkotika, sovemiddel eller beroligende. Dette funnet samsvarer med funn i tidligere studier.

Kilde: Folkehelseinstituttet



Mange spørsmål?

Har du eller noen nære fått henvisning til behandling, undersøkelse, utredning eller vurdering? Du får oversikt på nett og veiledning av pasientrådgiver på telefon:

www.frittsykehusvalg.no og 800 41 004



FRITT SYKEHUSVALG • NORGE

Helsedirektoratet

– Minoritetspasienten krever mer tid

Når hjemmetjenesten drives etter markedsmodell, går det særlig hardt ut over pasienter med minoritetsbakgrunn, advarer Jonas Debesay. Tekst og foto Eivor Hofstad

Den erfarne hjemmesykepleieren Solveig kjenner litt uro i kroppen. Hun har fått beskjed fra bestillerkontoret om å besøke en 45 år gammel mann fra Somalia for å hjelpe ham med insulinbehandling. Han har bodd et år i Norge. Vel framme ved pasientens leilighet står hun noen sekunder foran døren og tenker nærmere på hvordan hun skal introdusere seg selv. Holder det å si «Hei»? Skal hun hilse på ham med et håndtrykk? Besøket kan ikke vare i mer enn ti minutter, slik det står i vedtaket. Derfra må hun videre for å rekke neste pasient.

Usikkert og ubehagelig

Hun blir geleidet inn i stua av kona som snakker litt norsk etter fem år i landet. Der sitter tre menn i sofaen og drikker te. Solveig spør etter medisinen og om de kan finne et egnet

og kvinner å konversere. Burde hun håndhilde på dem også?

Etter en stund får hun komme inn på soverommet og kan sette insulininjeksjonen etter å ha målt blodsukkeret. Solveig forsøker å fortelle om prosedyren og at blodsukkeret er litt høyt. Pasienten ser spørrende på henne og kona må trå til som tolk. Hun går fra hjemmet med en følelse av ubehag og at hun ikke fikk den kontakten hun hadde håpet på. Har hun fornærmet familien ved å takke nei til teen? Formidlet kona informasjonen til pasienten godt nok?

Lojalitet mot arbeidsgiver

Den fiktive historien om Solveig er hentet fra doktorgradsavhandlingen i profesjonsstudier av sykepleier og statsviter Jonas Debesay, lektor ved Høgskolen i Oslo og Akershus. 19 dybdeintervjuer av hjemmesykepleiere i ulike bydeler i Oslo utgjør bakgrunnsstoffet til avhandlingen «Omsorgens grenser – en studie av hjemmesykepleiers rammebetingelser i pleie av og omsorg for etniske minoritetspasienter».

Her omtaler Debesay velkjente konsekvenser av å organisere hjemmetjenesten etter markedsmodellen, slik vi kjenner det gjennom New Public Management (NPM)-tankegangen som hersker i det meste av Norges

hjemmetjeneste: Nemlig at tidspresset og den standardiserte «stoppeklokkeomsorgen» bidrar til en avprofesjonalisering. Dermed blir sykepleierne ansatte med lojalitet mot arbeidsgiver fremfor en helsefaglig profesjon med lojalitet mot pasienten. Det nye Debesay viser, er at NPM særlig går utover minoritetspasientene.

Standard er etnisk norsk

– Hva tenker du på da?

– NPM standardiserer alt. Men man kan ikke standardisere menneskelig kontakt eller kulturelle møter. Med NPM blir marginer for forsinkelser mye mindre, men etniske minoriteter krever mer tid, både på grunn av språkbarrierer og på grunn av den kulturelle forskjellen.

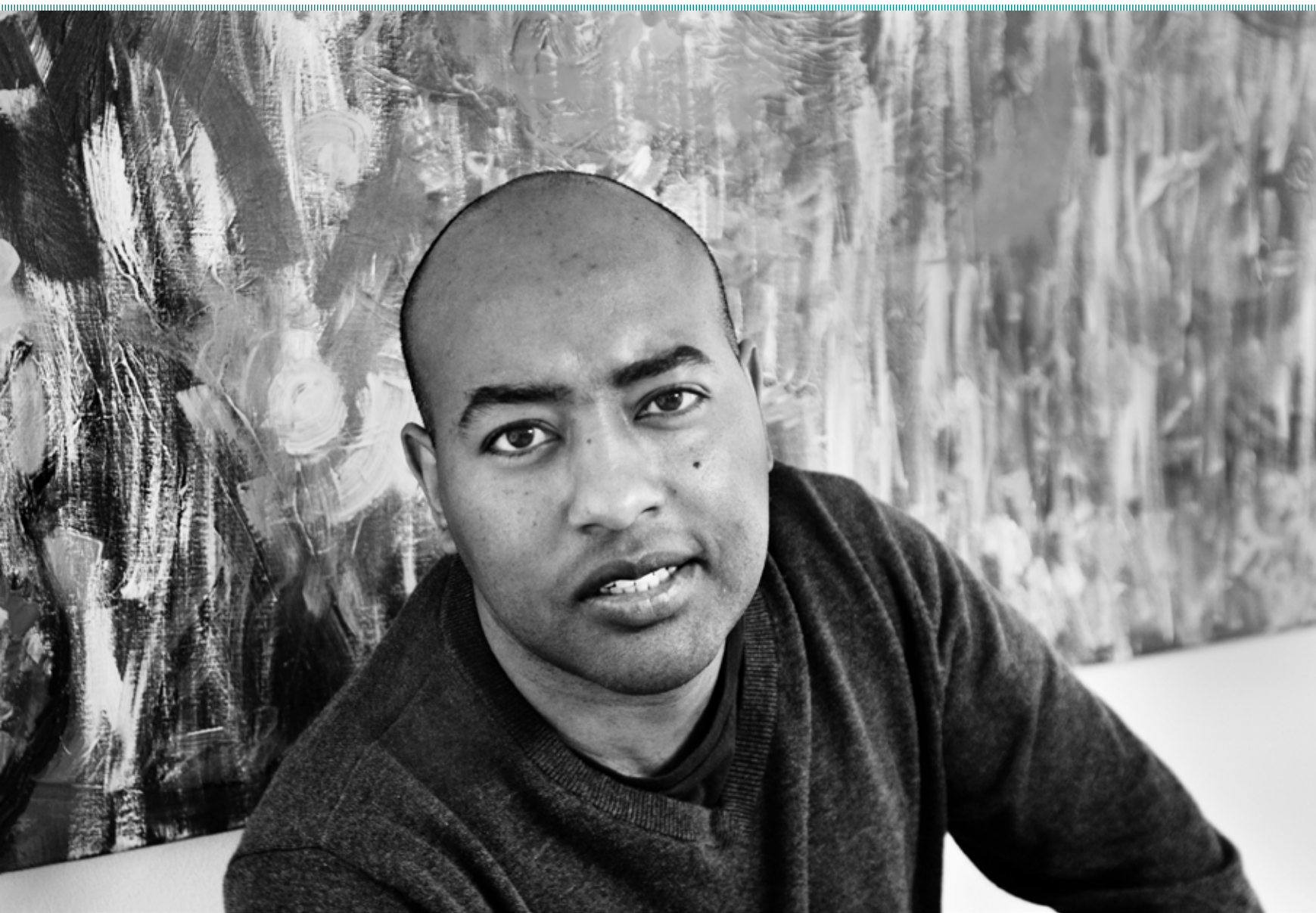
– Men er det ikke bare å bevilge mer tid – kan ikke sykepleierne eller utførerne gi tilbakemeldinger til bestillerkontoret om at disse pasientene krever mer tid?

– Jo, i prinsippet, men systemet gir lite rom for det i den praktiske arbeidshverdagen. Dessuten er alle prosedyrer tidsangitt på forhånd ut fra standardmodeller som er tilpasset en gjennomsnittlig etnisk norsk pasient. Hjemmetjenesten i Oslo mangler for eksempel system for å bestille tolk.

– Hvilken annen organiseringsmodell skulle du ønsket deg?

«Man kan ikke standardisere menneskelig kontakt eller kulturelle møter.»

sted hvor han kan få den. Kona går for å hente den, mens hun ber Solveig om å sette seg ned og ta en kopp te. Solveig vet at hun må takke nei til teen, men setter seg og smiler pent til mennene. Hun er usikker på om de snakker norsk, men også om det sømmer seg i deres kultur for menn



– Velferdsprofesjonsmodellen er et mer tillitsbasert system hvor faglig ledelse beholdes hos profesjonene og hvor det åpnes mer opp for anvendelse av skjønn. Her ser man også på pasientene som mer avhengige og sårbare. I markedsmodellen kalles de brukere og blir mer sett på som suverene konsumenter som er i stand til å kreve og forstå alt som står i kontrakten med kommunen. Dette er ofte en misvisende antakelse overfor mange svakere stilte pasienter. NPM er dessuten et mer mistillitsbasert system.

Administrativt problem

I avhandlingen møter vi også fiktive Samira som betjener mange ulike minoritetspasienter. Hun er lojal mot pasienten og bruker gjerne mer tid enn hun er tildelt. Ofte rekker hun ikke å ta matpausen. Når det er tid for fastemånedens ramadan, forsø-

ker hun å legge oppdragsbesøket til nattevakten, slik at pasientene ikke skal bryte fasten når de tar tabletter. Dermed oppstår det konflikter med kolleger. Andre ansatte hevder at alle skal behandles likt og at rutiner skal følges. Dersom alle skulle ta seg av pasientene slik hun forsøker å gjøre, ville «vi ikke overlevd lenge i denne jobben», blir hun fortalt.

Debesay mener at den enkelte sykepleier verken er problemet eller løsningen på utfordringene NPM reiser. Mange av dem er bevisst på at ulike kulturer krever ulike tilnærmingmåter. Han tror problemet mer ligger på det politiske og administrative nivået i kommunene, og hos politikere sentralt.

Sykepleiere har relasjonskompetanse

– Kommunene mangler kompetan-

seinfrastruktur, de har ikke styringsverktøy som fanger opp behovet for kompetanse. Og på et mer fundamentalt nivå skyldes problemene at politikerne ikke verdsetter omsorgens relasjonelle aspekt.

– *Den menneskelige kontakten, mener du?*

– Ja, man må innse at å møte noen i deres hjem ansikt til ansikt er komplekst og emosjonelt krevende. Det er ikke bare å sette en injeksjon eller å kateterisere. Både kjønn, humør, dagsform og kulturelle aspekter kommer inn her og gjør besøket utfordrende og uforutsigbart. Se på psykologene. Der er relasjonskompetanse verdsatt. Sykepleierne har denne kompetansen, de scorer høyt på tillitsundersøkelser. De må bare få en anerkjennelse av det, som faktisk tillater dem å opptre profesjonelt i møtet med pasientene der ute. ■■■

DOKTORGRAD: Sykepleier og statsviter Jonas Debesay synes politikerne må verdsette den menneskelige kontakten i omsorgen og innse at den er kompleks og emosjonelt krevende.



Haci Akman, etnolog,
Universitetet i Bergen.

Kulturmøter i psykisk helsevern

Møtet mellom flyktninger med psykiske lidelser
og behandlingsapparatet byr på mange utfordringer.

Mitt mål med denne artikkelen er å undersøke flyktningers erfaringer og opplevelser i møte med det norske psykiatriske behandlingsapparatet. Jeg tar sikte på å få fram tanker, erfaringer og holdninger fra kommunikasjonen og meddelelser mellom aktørene. Informantene i undersøkelsen hevder at fagpersoner i behandlingsapparatet og flyktninger ofte har ulik forståelse av psykiske lidelser, årsaker til disse og behandlingsmetoder. Mange flyktninger er skeptiske til behandlingen de får hos psykolog eller psykiater, og til at de kan få hjelp av dem. Enkelte flyktninger følger behandlingen på grunn av pliktfølelse og lydighet mot autoriteter. Å motsette seg behandling er uholdig mot dem som henviser og mot behandleren. Noen forstår ikke hva tilbudet innebærer, andre opplever møtet med psykolog eller psykiater som en invadering av det private rom.

Flere flyktninger

Det globale presset har påvirket norske myndig-

heter til å motta blant annet kvoteflyktninger. I en periode fant et større antall individuelle asylsøkere veien til Norge. Noen av dem ble innvilget asyl eller opphold på humanitært grunnlag, men like mange fikk avslag og ble sendt ut av landet. De siste 30 årene har det vært en økende strøm av flyktninger til Norge. På grunn av det økende antallet kommer stadig flere fagpersoner, innen ulike profesjoner, i kontakt med flyktninger. Dette gjelder også fagpersoner innen mottaksapparatet, helse-tjenesten, sosialkontor, barnevernet, skoler og utdanningsinstitusjoner. Psykologer og psykiatere kommer inn i bildet dersom problemene er av en slik art at de ikke kan løses praktisk ved hjelp av nettverket eller i samhandling med de personer som skal overta førstehåndshjelpen. Det finnes fortsatt fagpersoner innen behandlingsapparatet i Norge som ikke har erfaring med flyktninger eller ser kultur eller flerkulturell forståelse som et viktig ledd i planleggingen av behandlingen. Et viktig spørsmål å stille da er: Hvilke kulturelle forståelsesrammer fremmer eller hemmer dialogen mellom behandler og flyktning/pasient i norsk helsevesen?

Teoretisk perspektiv

Hvis man snakker om møtet mellom behandler og pasient som et kulturmøte, legger man en tverrfaglig tilnærming til grunn for møtet i behandlingsapparatet. Den allmenngyldige definisjonen på kulturmøte står for personens beskrivelse av møtet med personer som har et annerledes tankesett og andre normer for atferd. Å beskrive kommunikasjonen mellom behandler og flyktning som et kulturmøte kan

gi inntrykk av et syn på kultur som noe statisk og fiktivt eller rigid, der de møtende er bærere av nedarvete kulturmønstre. Et annet syn på kultur er at den stadig endres. Behandler og pasient møtes med sine ulike kulturelle bakgrunner og hvert sitt utgangspunkt. Møtet gjør at begge parter endrer seg litt, man åpner og fornyer seg, og det skjer en revidering av den ene partens syn på den andre og vise versa.

I kulturelle endringsprosesser utvikler behandler og flyktning/pasient nye mønstre som skapes i møtet mellom ulike tankesett og strategier. Behandler og flyktning/pasient får roller som aktive aktører i en kulturskaperprosess i stedet for å være passive kulturbærere. Dermed vil de betrakte møtet som en pågående endringsprosess. Men dette skjer ikke av seg selv. For å oppleve kulturmøtet som pågående endringsprosess må de møtende gripe inn på ulike måter, og de må ha et ønske om å gjennomføre møtet. De må ha vilje til dialog. De må ha et ønske om å åpne seg opp for den andre, for på den måten å legge grunnlaget for endring.

Metode

Ettersom innvandringen til Norge har økt, har også omfanget av forskningsarbeider på det psykososiale feltet økt (1–6). Undersøkelsen artikkelen bygger på er basert på et kulturell-analytisk og etnologisk perspektiv og utført ved hjelp av kvalitative undersøkelsesmetoder; intervju og observasjon. I perioden fra 1995 til 1996 foretok jeg en intervjuundersøkelse blant ulike fagpersoner ved et psykiatrisk sykehus og en psykiatrisk avdeling ved et annet syke-

Hovedbudskap

Artikkelen fokuserer på det ofte vanskelige møtet mellom ansatte innen psykisk helsevern og pasienter med flyktningbakgrunn. Artikkelen belyser de utfordringer og dilemmaer som gjerne oppstår i slike møter. Selv om det her dreier seg om et terapeutisk møte, er det på samme tid et kulturmøte.

Søkeord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

» Helsevesen » Kultur » Flyktning



LIDER I STILLHET: Blant flyktninger er det færre kvinner enn menn som går til behandling for psykiske lidelser. En av legene som er intervjuet i denne undersøkelsen mener kvinner som for eksempel har blitt voldtatt vegrer seg for å oppsøke hjelp før de blir alvorlig psykisk syke. Illustrasjonsfoto: Colourbox



hus, begge i Vestlandsregionen. Fagpersonene hadde til felles at de behandlet nyankomne flyktninger med psykiske symptomer og lidelser. Av ulike årsaker ble den første empiriske undersøkelsen aldri publisert. Bortsett fra at den er viktig i historisk perspektiv, er det også interessant å intervju noen av de samme fagpersonene for å se hva som har endret seg på dette feltet, og om det overhodet har endret seg. Derfor ønsket jeg å foreta en mindre undersøkelse i 2011, hvor jeg hadde mer uformelle samtaler med noen av de samme fagpersonene som ble intervjuet i 1995. Disse fagpersonene er i dag tilsatt i de Regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS). To av dem svarte på spørsmål via post. Hensikten var å undersøke hvorvidt disse fagpersonene ser noen av de samme mønstrene for samhandling mellom fagperson og pasient i dag som i 1995, og hva de tenker hemmer eller fremmer dialog og kultur møteprosesser.

Informanter

Den første undersøkelsen besto av intervjuer med 12 informanter med ulike profesjoner innen psykisk helsevern; lege, sykepleier, sosi-

onom, psykolog og psykiater. Informantene gir sin versjon av hvordan de opplevde møtet med flyktninger og eventuelt deres familie i psykisk helsevern. Det er altså beskrivelsene av kultur møtet mellom behandler og pasient/flyktning som er vektlagt i undersøkelsen. Intervjuene ble gjennomført på informantens arbeidsplass og varte i gjennomsnitt to timer. Intensjonen med intervjuene var at informantene skulle få mulighet til å formulere hva arbeidet med flyktningene innebar for dem og hvordan de opplevde møtene – hva de eventuelt erfarte som hemmet eller fremmet dialogen i kultur møtet. Spørsmålene berørte temaer knyttet til arbeidet generelt samt mer konkrete beskrivelser av det aktuelle kultur møtet med pasienten. Flere av disse fagpersonene har lang arbeidserfaring innen sitt felt, også når det gjelder flyktninger. Informantene var alle tilsatt ved de nevnte institusjoner som mottok flyktninger til behandling

Behandling

På tross av at flere av fagpersonene har lang erfaring med behandling av norske pasienter med psykiske lidelser, sier de at de likevel er usikre på metoder og behandling når det gjel-

der pasienter med annen etnisk og kulturell bakgrunn og hva som er riktig tilnærming til deres problemer. De er usikre på hva i prosessen som kan tilskrives flukt, migrasjons- og diasporaprosesser, og hva som eventuelt kan forklares på annen måte. Enkelte vektlegger

«De fleste flyktningene som henvises til psykiatrien er enslige.»

pasientens familienettverk, og at familiemedlemmer kan bidra positivt til behandlingen. Flyktningene og deres familier har sin egen forståelse og definisjon av lidelsene sine.

Tolkens rolle

En viktig funksjon i møtet mellom behandler og pasient/flyktning, er tolking, og tolkens rolle i møtet. I arbeidet med flyktninger er bruk av tolk vanlig og ofte helt nødvendig for å forstå og bli forstått. Tolkens rolle og hvem tolken er, kan ha stor betydning for hvordan behandlingsmøtet forløper og for om pasienten åpner seg for behandleren. Man må derfor

vie forhold som omhandler tolk og bruk av tolk oppmerksomhet og ta det med i vurderingen etter møtet med klienten. Det er viktig at tolken er profesjonell.

Dialog

Kunnskap om arbeid med flyktninger blir erfart gjennom praksis og over tid. Etablering av tillit mellom pasient og behandler legger det første grunnlaget for positive kulturmøter mellom partene. Med kultur tenker jeg her på de møtende parter ulike etniske referanser. Det kan også referere til partenes ulike kulturelle møtepraksiser, hvor de stiller med ulike forventninger til hverandres roller avhengig av den kunnskap og erfaring som hver av dem har med seg til møtet. Begreper som psykolog og psykiatri blir av mange i denne

levd traumatiske opplevelser i forbindelse med flukt, men det kan også omfatte barn som er født i eksil.

Barn

Behandlere opplever av og til at en pasient kan være frustrert og gi uttrykk for dette med aggressiv atferd. Andre kan gi uttrykk for bitterhet, kanskje fordi tilværelsen i eksil ikke innfridde forventningene de hadde. Også barn og ungdom kan gi uttrykk for frustrasjon og sinne, ikke sjelden får det konsekvenser i skolesituasjonen og virker inn på konsentrasjon og oppmerksomhet, atferd, sosial tilpasning og samhandling. Barna påvirkes av foreldrenes problemer, som slår dobbelt tilbake på dem. At både foreldre og barn lider, bringer familien inn i en ond sirkel. En psykiater har følgende eksempel på dette: «En gutt ble henvist til barnepsykiateren etter at problemene på skolen var blitt så alvorlige at læreren ikke taklet dem. Læreren innkalte mor til samtale og fortalte at gutten var urolig og ukonsentrert. Læreren ba moren snakke med ham. Han mente også at gutten burde henvises til PPT. Mor hadde ingen kunnskap om PPT og ingen ga henne informasjon heller. Morens håndtering av situasjonen var å gi gutten straff. Han fikk ikke se på TV, han fikk heller ikke gå ut. Som forventet hadde tiltakene liten effekt i den foreliggende situasjonen, og atferden fortsatte som før. Etter en tid ble gutten henvist til psykiatrien».

Kunnskap

Manglende kunnskap, misforståelser og skepsis gjør veien til behandlingsapparatet unødvendig lang, men skepsis og mistillit skaper også behandlingsmessige dilemmaer. Noen flyktninger har vært utsatt for misgjerninger utenfor vår fatteevne. Misgjerningene kan i tillegg være forbundet med skam. Eksempler kan være: Tortur, tap av ære, overgrep, eller voldtekt. En annen psykiater sier: «Fortellingene deres beretter om en virkelighet som ligger langt fra vår egen. Det er ikke lett å få tak i de kulturelle kontekster eller å forstå de innebygde kulturelle sammenhenger. Dette vanskeliggjør tiltaksarbeidet. I tillegg er mange flyktninger også skeptiske til norske behandleres tiltak, eller de vegrer seg for å fortelle hva de har opplevd».

Mange behandlere etterlyser som nevnt mer kunnskap og det å kunne fordype seg i spørsmål omkring flyktningenes bakgrunn.

Dette er for å kunne møte dem mer forberedt, med bedre tilnærminger til deres problemer og med større forståelse.

Nettverk

Det sosiale nettverket er et velkjent begrep innen psykiatrien. Et slikt nettverk, som kunne vært en styrke i tiltak og oppfølgingsfasen, kan være utilgjengelig for denne pasientgruppen av flere årsaker. Blant annet kan nettverket mangle helt, være svakt eller vanskelig å kartlegge. En årsak til at det er svakt kan være brudd med nettverket som følge av åpenlyse eller skjulte årsaker. En psykiater beretter om dette: «Kartlegging av nettverk i Norge og eventuelt også i flyktningenes hjemland, er en vesentlig del av arbeidet. Som terapeut er det viktig å finne ut hvem personen var før han kom til Norge, selv om slik kartlegging kan ta tid og kompliseres ved at flyktningene ofte er svært dårlige og står midt i et livskaos.

De fleste flyktningene som henvises til psykiatrien er enslige. Noen av dem har kanskje forsøkt å etablere familie i Norge, men har mislyktes i dette. En av informantene meddeler: «Felles for flyktningene er at det sosiale nettverket rundt dem er svakt eller mangler helt. De blir sårbare, noe som kan vanskeliggjøre sosial samhandling, i forhold til egne landsmenn og i forhold til nordmenn». Når situasjonen er slik gir det liten mening for pasienten å snakke om nettverkets betydning, funksjon og rolle. Det stiller imidlertid ytterligere krav til behandler og de instanser som skal følge opp pasientene i ettertid. I denne fasen er det ofte avgjørende at det finnes eller etableres et nettverk rundt flyktningen.

Ensomhet

Personer som skal følge opp prosessen med nettverksstyrking eller nettverksetablering, bør ha noe kunnskap om flyktningenes bakgrunn, deres etniske, kulturelle, religiøse, og eventuelt politiske forankring. Spørsmålet blir da hvordan behandlere kan innhente slik kunnskap og hvordan de best kan iverksette behandling eller tiltak ut ifra en slik kunnskap. Det er lett å forestille seg at flyktninger som kommer fra samme land også har et felles nettverk. Dette stemmer ikke alltid. I grupper med svakt eller manglende nettverk er det nødvendigvis ikke mangel på andre landsmenn som er problemet, men at perso-

«Mange flyktninger synes å ha utviklet psykiske lidelser i eksil.»

pasientgruppen forbundet med galskap, skam, innesperring, utestenging, stigmatisering eller straff, herunder også straff som en følge av politisk virksomhet. Jeg vil i den sammenheng belyse hvordan ulike forståelsesrammer legger til rette for eller hindrer at dialog oppstår. Det dialogiske perspektivet legges til grunn for et utvalg fortellinger eller «biografier» som anskueliggjør det mangfold av individer og livsløp som flyktningene representerer. Det er en tendens til å betrakte flyktningene som en homogen gruppe. Det er viktig å framheve at det finnes faktorer som forener dem, men at det er minst like mange som gjør dem ulike. Dette gjelder også det enkelte individs eller families evne og mulighet til selv å gjøre noe med sin livssituasjon.

Tilbud

Det finnes mye skjult psykisk lidelse blant flyktninger og mange kommer ikke i behandling før de er svært dårlige. Årsakene er sannsynligvis mange og komplekse. Enkelte flyktninger kan være vanskelig å hjelpe, men for de aller fleste som utvikler psykiske lidelser, skulle det være mulig å gi et tilbud. Jeg tenker da både på individuelle tilbud og på tilbud som omfatter familier. Tilbud kan være rettet mot barn og ungdom i familier, eller mot enslige barn og unge som har opp-

nen av ulike grunner velger å holde avstand til disse. Motsatt hender det også at nettverket holder personen på avstand. Felles etnisk eller nasjonal opprinnelse er ingen garanti for medlemskap og inkludering i fellesskapets nettverk. Nettopp innen etniske eller nasjonale grupper kan det oppstå store motsetninger. Årsakene til dette går jeg ikke nærmere inn på her. Mange flyktninger kan ha gode grunner til ikke å ha dannet noe nettverk. Å bruke sosiale nettverk som diagnostisk forklaring kan derfor i mange tilfeller vise seg å være et feilgrep. Flyktninger unngår kanskje nettverket nettopp for å beskytte seg selv. På tross av dette framhever behandlerne at nettverk og nettverksetablering alltid vil være aktuelt. Flere informanter ser det som verdifullt å få kjennskap til flyktningenes tidligere nettverksstruktur, familietilknytning og venns-kapsrelasjoner i arbeidet med flyktningenes nåværende nettverk. Det er ikke til å komme bort fra at mange flyktninger lider under sterk ensomhet i Norge og at dette kanskje er en av hovedårsakene til at de utvikler psykiske lidelser.

Arbeidsløshet

De behandlerne som har uttalt seg i undersøkelsen mener at de fleste flyktninger som befinner seg i det psykiatriske behandlingsapparatet har vært ute av arbeidsmarkedet i lang tid. De har bare hatt korte arbeidsoppdrag som har hatt lite med profesjon, evner, eller interesser å gjøre. Denne utrygge økonomiske situasjonen oppleves som truende på familiens samhold og fører til dårlig selvtillit for den som definerer seg som familieforsørger. Videre er det en stor belastning for vedkommende sin sosiale status og personlige identitet. Mange flyktninger forsørger også slektninger i hjemlandet eller i andre land, noe som er en økonomisk og mental merbelastning når de økonomiske ressursene i familien er knappe. Arbeidsplassen er en arena hvor flyktningene har anledning til å snakke norsk og samhandle med nordmenn. Tap av arbeidsplass går hardt ut over familier med stor forsørgerbyrde, men rammer også enslige flyktninger som ikke har et familienettverk rundt seg.

Identitet

Arbeid og det å kunne utøve et yrke, er nært forbundet med selvfølelse og identitet. I mange land er håndverkstradisjoner knyttet opp mot familietradisjon, slik det også var i Norge

før i tiden. Utøvelse av håndverk og forsørgerrollen er to viktige aspekter ved den maskuline identiteten i mange land. Tap av slike identifiseringspunkter, kombinert med store endringer i livspraksis, er en enorm påkjenning og utfordring for de flyktningene som rammes av dette. Selvsagt er det ikke bare håndverkere som blir påvirket av en slik situasjon. Uansett er arbeidsledighet over lang tid, kombinert med en grunnleggende sårbar situasjon, en utfordring noen takler, men som får andre til å gå til grunne. En psykolog sa som følger: «Flyktningene som kommer til Norge har i utgangspunktet få forventninger til levestandard utover det å forbedre sin livssituasjon. Den vestlige levestandard og den norske velferdsstaten påvirker imidlertid dem som kommer hit og får opphold her. Kjøpepresset gjør noe med dem, deres barn og tenåringer. Arbeidsledighet er en felles svøpe som deles med nordmenn, men flyktningene sliter med store belastninger som kommer i tillegg til denne».

Det å kunne møte flyktninger som har slike og tilsvarende problemer er en viktig utfordring i psykiatrien. Identitetsproblematikken er helt sentral i behandlingen av flyktninger, og den kan være både komplisert og omfattende. Dette vil jeg ikke gå videre inn på i denne artikkelen, men det handler blant annet om endringer i atferd og praksis som påkledning, matvaner, livsstil, sosial samhandling og religiøs praksis.

Mistillit

Mange flyktninger synes å ha utviklet psykiske lidelser i eksil. Ofte blir den norske konteksten oppgitt som årsak til problemene. Som en av psykologene sa: «Noen flyktninger har utviklet en grunnleggende mistillit til mennesker. De føler seg uten fortid og kan ikke se noen framtid. Det menneskelige sikkerhetsnettet mangler ofte helt eller har gått i oppløsning. Konsekvensen er en sterk misnøye med seg selv og med majoritetssamfunnet. Mistilliten kan også rette seg mot egne landsmenn og forhold innad i den nasjonale eller etniske gruppen. Det skal mye kunnskap og erfaring til for å avdekke årsaker til flyktningers opplevelse av mistillit, og noen kunne kanskje fått hjelp på et tidligere tidspunkt etter at de kom til Norge.

Kjønn

Samtaler med fagpersoner innen det psykiske helsevernet har vist at det kommer flere menn

til behandling enn kvinner. En lege mener at: «Selv om vi får relativt få kvinnelig pasienter tror jeg likevel mange av dem har psykiske vansker. Muligens holder de seg hjemme og lider i stillhet. Kvinnenes lidelser kommer ofte til uttrykk på andre måter enn hos menn. Flere kvinner som har opplevd politisk vold, som ofte innebærer voldtekt, bærer denne opplevelsen inni seg. Det kan være vanskelig for helsevesenet å oppdage dette før kvinnen eventuelt utvikler alvorlige psykiske lidelser».

Avslutning

Med undersøkelsene fra 1995–1996, og oppfølgingen i 2011, har jeg søkt å få innsikt i noe av den kunnskap, erfaring, informasjon og de tanker som behandlere og andre fagpersoner innen psykisk helsevern besitter om pasienter med flyktningbakgrunn. Informantene som inngår i dette materialet har tilknytning til de institusjonene som mottar flest flyktninger til behandling i regionen. Informantene representerer ulike grupper behandlere. Intensjonen med undersøkelsen var å gi et bilde av møtet mellom flyktning og behandler og de utfordringer og dilemmaer som gjerne oppstår i møtet mellom dem. Selv om det er et terapeutisk møte, er det også et kulturmøte. De siste 30 årene er det hentet inn mye erfaring fra arbeidet med flyktninger innen helsevesenet, og det er gjort undersøkelser og forskning på det psykososiale området. Behandlerne og fagpersoner i helsevesenet, og særlig innen psykisk helsevern, mener at de mangler basiskunnskap om pasienter med flyktningbakgrunn og deres livssituasjon i Norge. De savner særlig kunnskap om kulturelle forhold. Grunnleggende kunnskap om flyktningenes bakgrunnshistorier er viktig for å forstå konteksten deres – både den de befant seg i i hjemlandet og den norske. ■■■

LITTERATUR

1. Ahlberg N. På flukt fra virkeligheten med eller uten retur. Noen kulturpsykologiske synspunkter på muslimske flyktninger. Tidsskrift for Kirke og Kultur 1991. Hefte nr. 4: 309–315
2. Akman H. Landflyktighet. En etnologisk undersøkelse av vietnamesiske flyktninger i eksil. Bergen: Bergen. Migrasjonsforlaget, 1995.
3. Andersen JH, Roland AD. Etniske minoriteter: kulturmøder i sundhedsvæsenet. København: Munksgaard, 2001.
4. Austveg B. Helsearbeid og innvandrere. Oslo: Tano, 1989.
5. Hauff E. (1989): Psykososiale konsekvenser blant flyktninger. Tidsskrift for den norske legeforening. 1989. Nr. 17-18: 867–70
6. Kemp C, Rasbridge LA. Refugee and immigrant health: a handbook for health professionals. Cambridge: Cambridge University Press, 2004.
7. Lavik NJ, Sveaas N. Psykososial konsekvenser av organisert vold. Noen inntrykk fra Latin- Amerika. Tidsskr nor legeforen 1990. Nr. 17: 253–7

Togturen

O lykke! Totalt seks timers togtur til Stockholm ligger foran meg, og jeg gleder meg som et barn. Nå skal jeg kose meg med en bok, te på termosene, god mat og utsikt til det svenske landskapet. Thrilleren *Skyggelandet* av Bjørn Olav Nordahl ligger pakket og klar i kofferten, den har ligget og ventet noen uker allerede, men jeg har bare ikke tatt meg tid til å begynne på den. Jeg setter meg godt til rette, tar mobilen på lydløs og ser fram til å slappe av med den deilige virkelighetsflukten det kan være å lese, med en lang togtur foran meg.

Det har nesten blitt et ritual, alt skal være «riktig» på togreisen. Jeg må ha te, ta av skoene og ha på ullsokker, og selvfølgelig må akkurat den boka jeg har lyst til å lese nå være med i sekken.

Fram til Kongsvinger snegler toget seg av sted, men vel over grensen begynner det å røre på seg. Jeg registrerer det knapt, boka er så spennende som forhåndsmeldt, og jeg bare nyter. Titter ut av og til, røda stugor, bondegårder med hester og små vann farer vi forbi. Etter Karlstad er det raka vägen mot Stockholm, toget er oppe i 200 kilometer i timen, men jeg enser det egentlig ikke. Er oppslukt av historien om mafiatilstandene i finansverdenen i Oslo på 1990-tallet, som virker skremmende troverdig.

Når toget nærmer seg den svenske hovedstaden er jeg fortsatt helt fanget, registrerer bare at vi har brukt rundt 2,5 timer på 300 kilometer, mens jeg har lest et par hundre sider. Vel framme i den enorme toghallen skjønner jeg ikke helt hvor tida ble av, reisen kunne godt vært lenger. Og jeg vet at på returen, da skal resten av thrilleren til pers.



Kjetil Skott

– Kan for lite om hiv

Åse Haugstvedt ble så frustrert at hun begynte å skrive.

Tekst **Nina Hernæs** Foto **Stig Weston**

Jeg satt her og hørte den ene rare historien etter den andre, sier Åse Haugstvedt, overlege på Olafia-klinikken midt i Oslo.

Her følger hun opp mennesker som er smittet med hiv, fra de får diagnose til de trenger behandling.

Historiene hun sikter til er blant annet at hivsmittede får beskjed om at de ikke lenger kan ta blodprøver hos fastlegen eller få time hos sin faste tannlege.

– Himmell og hav tenker jeg når jeg hører sånt, sier hun og rister på hodet.

Frustrasjonen hun følte fant veien til papiret, og i høst kom boken «Hiv for helsepersonell – en innføring».

– Jeg så et behov for mer informasjon, sier hun.

– Jeg kunne ikke bare sitte her og være sjokkert. På en måte kan jeg også forstå usikkerheten i møte med hiv. Det er en sjelden diagnose, og de fleste leger og sykepleiere møter ikke mange som er smittet. Det hender leger ringer hit og ber om råd fordi de har en hiv-smittet pasient og ikke vet hvordan de skal forholde seg.

Mellom 3 500 og 4 000 mennesker lever med hiv i Norge. Det er svært langt unna det man fryktet da viruset kom hit på 1980-tallet. Helsedirektoratets verstefallscenario var at det i 1990 ville være 280 000 hivsmittede. På 1980-tallet skapte smitten stor angst i befolkningen, og man diskuterte tvangstesting av risikogrupper og internering av smittede. Den gangen døde unge mennesker av hiv, som særlig rammet homofile. Viruset, som

smitter gjennom blod, sæd, vaginalsekret og morsmelk, blir først og fremst overført ved sex. Smittefaren er større ved analsex enn vaginalsex.

At hiv ikke spredte seg så raskt som fryktet, skyldes ifølge Haugstvedt i stor grad at de homofile selv tok ansvar for å forebygge smitte. Kondombruken var høy. I tillegg kom det i 1996 effektive medisiner som gjorde at hiv-smittede kunne forvente å leve like lenge som andre. Det var ikke lenger en dødsdom å få påvist viruset. Og etter hvert sluttet mediene å skrive så mye om det.

– *Er kunnskapen om hiv gått i glemmeboken?*

– Jeg tror det, og jeg synes det er synd ungdom ikke får mer informasjon om hiv på skolen. Vi vet at norsk

antallet som har vært for ett enkelt år. De fleste er smittet i Oslo. Selv om hiv er en sjelden sykdom i Norge, er den ikke så uvanlig i homofile miljøer.

Haugstvedt sier hun er veldig bekymret for unge, homofile gutter som har liten kunnskap om hiv.

– Det kan føles som jeg snakker med to tunger. På den ene siden vil jeg støtte dem i å leve ut seksualiteten sin, samtidig må jeg informere om hvor høy risiko de har for å bli smittet, sier hun.

I boken er det flere historier om mennesker som har viruset. Ingen av dem står fram med navn. Det ønsket heller ikke Haugstvedt at de skulle gjøre.

– Fremdeles er det slik at de som er åpne kan oppleve å bli stigmatisert.

«Når noen ikke vil behandle hiv-smittede, kan man lure på hva slags smittevern de har til daglig.»

ungdom er dårlige til å bruke kondom, og det er ting som tyder på at analsex er blitt mer vanlig også blant heterofile. Begge deler øker smittefaren, sier hun.

Hvert år påvises 200–300 nye tilfeller av hiv i Norge. De fleste er menn. Mange, både menn og kvinner, er innvandret til Norge og ble smittet før de kom hit. Det som særlig foruroliger, er økningen i smitte blant menn som har sex med menn. I 2011 var 97 menn smittet homoseksuelt, det høyeste

Samtidig tror jeg at det å være anonym gjør det lettere å være ærlig i boken.

En historie er om 21 år gamle Maria. At hun kunne få hiv, hadde ikke falt henne inn. Da hun fikk kjæreste på ferie, brukte de kondom, men det sprakk. En stund etter ringte han og sa hun måtte teste seg. Han hadde fått påvist hiv. Også Maria var smittet. Det Maria synes er vanskeligst med diagnosen, er alle fordommene. Moren og de nærmeste vennene vet det, ikke faren og ingen på jobben.

– Jeg vil vise at hiv er noe alle kan få, sier Haugstvedt.

Hun erfarer at det er stor forskjell på hvor mye de smittede vet om hiv.

– Menn som har sex med menn vet ofte en del og kjenner andre som er smittet, sier hun.

– Men mange tar det hardt. Heterofile kjenner som regel ingen andre som er smittet, og noen tror de skal dø av viruset. Men de fleste går det bra med.

En annen historie er om homofile Lars. Han hadde selv fordommer mot dem som fikk hiv, og tenkte at de ikke tok godt nok vare på seg selv. Lars ble smittet av sin faste partner, som hadde vært utro. Da hiv-testen var positiv, trodde legen det var noe galt med prøven fordi Lars var en «så orentlig fyr».

Haugstvedt oppfordrer helsepersonell til både å tenke risiko og å tenke at alle kan bli smittet.

– Det er økt risiko for hiv og andre seksuelt overførbare infeksjoner som gonoré og syfilis blant menn som har sex med menn, understreker hun.

– Derfor er det viktig å vite hvilket kjønn pasienter har sex med for å kunne vurdere hvilke prøver som er relevante. Vi må tørre å spørre fordi svaret er av faglig interesse.

Samtidig mener hun man ikke må se seg blind på risiko.

– Kan symptomene skyldes hiv, så ta en test, selv om pasienten ikke passer inn i en risikogruppe.

Å få påvist viruset er viktig, slik at

pasientene kan få behandling når de har behov for det. Og det er viktig å kjenne sin hiv-status for ikke å smitte andre.

I helsevesenet er det basalt smittevern som gjelder. Man skal beskytte seg i kontakt med kroppsvæsker fra alle pasienter.

– Når noen ikke vil behandle hiv-smittede, kan man lure på hva slags smittevern de har til daglig, kommenterer Haugstvedt.

Da hun fikk høre at en fastlege ikke ville ta blodprøver av en hiv-smittet, ringte hun legen, spurte hvordan det kunne ha seg og forklarte hvordan viruset smitter og ikke smitter.

– Men jeg måtte vente tre dager, sier hun.

– Jeg var så sinna. ■■■



Åse Haugstvedt

Aktuell med: Hiv for helsepersonell – en innføring



De bortgjemte

– og hvordan ME ble vår tids mest omstridte sykdom
Av Jørgen Jelstad
311 sider
Cappelen Damm, 2011
ISBN 978-82-02-34863-2
Anmelder: Inger Frogg Jørgensen, psykiatrisk sykepleier

Taler de ME-sykes sak

ANMELDELSE: Det er en provosert og engasjert forfatter vi møter i denne boken. Fysioterapeut og journalist Jørgen Jelstad tar hardt i, og han fatter seg ikke i korthet i sin kamp for at ME/CFS (kronisk utmattelsessyndrom) skal bli en mer anerkjent diagnose.

Han mener sykdommen er framkalt av virus. Medisinere med et mer sammensatt syn enn forfatteren får det glatte lag. Her er det ikke snakk om at psyke og soma kan henge sammen. Utgangspunktet for boken er hans egen ME-syke mor, så det er sterke følelser i sving.

Jelstads hovedanliggende er å dokumentere at kronisk utmattelsessyndrom er et resultat av ulike infeksjoner, ikke minst herpes – og kyssesykeviruset. En generell feilfunksjon i immunsystemet tillegges stor vekt. Her gjør han en grundig jobb, og kildene er ikke få. Den høye temperaturen i debatten innen

forskningsmiljøer som har ulikt syn på sykdommen får han framstilt godt. Det er mye å lære for en som selv ikke er noen ekspert.

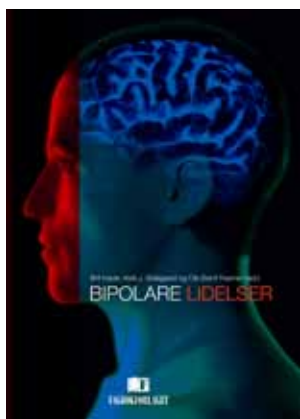
Jelstad har tatt stilling og er svært tydelig, på grensen til å virke skråsikker. Men han har gjort et møysommelig forarbeid over år, så det er grunn til å vise stor grad av ydmykhet. Vi får store mengder konkret informasjon om nyere forskning. Han beskriver også sykehistorier. De er mer emosjonelle i formen, noe som gir en fin balanse. Og slurv finnes ikke i boken. Den er preget av grundighet hele veien. Vi trenger engasjerte mennesker som Jelstad som er villige til å påta seg jobben med å skrive en bok som dette.

I etterordet settes de årelange lidelsene ME medfører opp mot lidelsesfulle, men mer kortvarige dødsleier, begrunnet med at døende blir behandlet med større verdighet. Denne sammenlik-

ningen, ja, i det hele tatt å sette pasientgrupper opp mot hverandre, finner jeg utidig.

Boken kan også – med noe uvilje – oppleves å stigmatisere psykiatriske diagnoser. Det er i alle fall ifølge forfatteren ingen ME-pasienter som er rammet av noe slikt. Ellers er det nok å ta av når det gjelder helter og antihelter i det medisinske fagmiljøet, både nasjonalt og internasjonalt.

Denne boken kunne nok nådd flere i en forenklet utgave. Den blir vel langdrøy og detaljorientert, og passer best for spesielt interesserte. Jeg overdriver ikke når jeg hevder at diagnosen ME/CFS nevnes i gjennomsnitt 12–13 ganger på hver side. Det vekker ikke en lezers årvåkenhet gjennom over 300 sider. Jeg hadde forventet en noe større variasjon i språket fra en journalist. Men at ME-syke her har fått sin talsmann er hevet over tvil. ■■■



Bipolare lidelser

Av Brit Haver, Ketil J. Ødegaard og Ole Bernt Fasmer
494 sider
Fagbokforlaget, 2012
ISBN: 978-82-450-0585-1
Anmelder: Kjetil Skotte, sykepleier

Bra om bipolare lidelser

ANMELDELSE: Bipolar lidelse er en svært sammensatt og alvorlig psykisk sykdom, både for dem som rammes og deres pårørende. For helsevesenet er lidelsen en stor utfordring, siden ingen sykdomsforløp er like og sykdommen er så sammensatt og mangeartet.

Med denne boken kan både sykepleiere og andre fagfolk lære om hvordan sykdommen best kan behandles, mens pasienter og pårørende vil finne økt kunnskap og forståelse. Ifølge forfatterne er det mulig å få bipolare lidelser delvis eller helt under kontroll med adekvat behandling.

Redaktørene Brit Haver, Ketil J. Ødegaard og Ole Bernt Fasmer tilhører det medisinske miljøet i Bergen, men fagfolk fra hele landet bidrar til denne boken. De skriver godt og grundig om forskjellige temaer, som hvilken medisin

som passer best til de forskjellige typene bipolar lidelse, og bivirkninger. Hvordan bør en pasient følges opp, hvilke tiltak settes inn? Hva med dem som lider av ADHD, epilepsi og migræne? Hva med barn og unge?

De viser også til ny forskning, for eksempel innenfor genetikk og hjerneforskning, og forklarer hvordan man stiller en diagnose når sykdomsbildet er så sammensatt, med store variasjoner blant enkeltindivider.

Bokas forfattere understreker hvor viktig det er at pasientene (og deres behandlere) ikke avslutter medisineringen, selv om pasienten synes å ha vært symptomfri lenge. De påpeker nødvendigheten av at pasient og behandler utarbeider en strategi, sammen med pårørende, om hvilke tiltak pasienten skal foreta når symptomstrykket øker, enten

det er i form av tegn på depresjon eller mani. De gir konkrete råd om hvilke hensyn en pasient bør ta til sin sykdom, som at et mest mulig stabilt liv med gode søvnvaner gjør risikoen for tilbakefall mindre, og at rus kan forsterke sykdommen og gjøre livssituasjonen enda vanskeligere. De eksemplifiserer dette ved å ha med en rekke sitater fra pasienter. Dette er pasienter som har hatt sine utfordringer, men som nå bedre klarer å leve med sykdommen.

Boka er gjennomarbeidet og vil kunne være med på å lette hverdagen for mennesker med denne diagnosen, uansett fagbakgrunn og uten forkunnskap om psykiske lidelser. Den er lettlest, oversiktlig og logisk inndelt i en rekke forskjellige kapitler. Det er lett å slå opp i akkurat det emnet man søker dypere kunnskap i. ■■■



Jordmødre avnavler forskjellig

Forskning har vist at det beste tidspunktet for avnavling er ved opphør av pulsasjon. En undersøkelse publisert i Sykepleien Forskning viser at praksis likevel varierer.

Tekst **Susanne Dietrichson**

LØSRIVELSEN: Tidspunktet kan variere, men før eller siden vil det skje; denne nyfødte krabaten har akkurat fått klippet navlestrengen. Foto: Erik M. Sundt.

Jordmor Katrine Aasekjær fikk ideen til å undersøke jordmødres avnavlingspraksis da de skulle endre praksis på posten der hun jobbet.

Engasjerte

– Avnavling er et tema som engasjerer både jordmødre og gynekologer. Gynekologene på vår avdeling mente veldig sterkt at man skulle ta syre-/baseprøve av navlestrengblodet etter fødselen for å få en indikator på hvordan barnet hadde tålt den påkjenningen det tross alt er å bli født, forteller Aasekjær.

– Lav surhetsgrad i blodet indikerer at barnet er stresset, og prøven må tas raskt etter at barnet er født. Men diskusjonen førte til at vi ble oppmerksomme på når vi faktisk avnavlet. Vi innførte da en metode der vi kunne

ta prøven raskt uten å avnavle tidlig.

Aasekjær ble oppmerksom på at avnavlingspraksisen varierte fra jordmor til jordmor og fra fødsel til fødsel. Dette ble bakgrunnen for undersøkelsen, en klinisk audit, hvor 112 jordmødre på et større sykehus deltok.

– En audit vil si en evaluering av praksis der man måler det som gjøres opp mot hva forskningen tilsier og ser på en eventuell diskrepans, forklarer hun.

Avvikende

Aasekjær og hennes medforfattere spurte jordmødrene når de avnavlet i den normale fødselen og hvordan de begrunnet sine faglige avgjørelser.

– Vi fant at cirka 50 prosent av jordmødrene avnavlet ved opphør

av pulsasjon, som er det forskningen tilsier. Resten gjorde litt forskjellig. Resultatet viste altså at praksis var avvikende, sier hun.

Aasekjær forteller at selv om 50 prosent av jordmødrene svarte at det varierte når de avnavlet, begrunnet de likevel den faglige avgjørelsen med forskningsbasert kunnskap.

– Dette paradokset overrasket meg, men viser at vi ikke alltid handler i henhold til det vi vet er best, mener hun.

Endrer praksis

Aasekjær tror undersøkelsen allerede har bidratt til å endre praksis.

– Jeg var litt engstelig for å spørre mine egne kolleger om hvordan de avnavlet, men samtlige reagerte positivt på å bli spurt. Flere har kommet til meg i

ettertid og fortalt at undersøkelsen har fått dem til å tenke over hvordan de gjør ting og til å jobbe mer forskningsbasert, forteller hun.

– Dette viser at vi liker å diskutere faget vårt og at forskning kan bidra til at vi endrer praksis. ■■■

Les mer på side 216–222
i Sykepleien Forskning nr. 3–2012.

sykepleien

forskning



Håkon Jensen-Tveit, sykepleier og klinisk spesialist med videreutdanning i flerkulturell helse, OUS, Rikshospitalet og i organisasjonen «Folk er folk».

Sykepleie til alvorlig syke og døende muslimer

Når muslimer ligger for døden på norske sykehus, er det viktig at sykepleier har elementær kunnskap om islam.

Stadig flere pasienter på norske sykehus har muslimsk kulturbakgrunn. Statistisk sentralbyrås tall fra 2008 sier at det bor cirka 170 000 mennesker, som enten har vokst opp i muslimske land eller har foreldre som kommer derfra, i Norge (1). For å lære mer om dette har jeg gjort artikkelsøk på nettet. Jeg finner da at muslimer kan ha andre ritualer, holdninger, forestillinger og ønsker i møtet med sykehuset enn hva som er vanlig blant etnisk norske pasienter. Som sykepleiere trenger vi å øke vår kunnskap for å kunne møte denne pasientgruppen på en sensitiv og tillitskapende måte. Mennesker med muslimsk bakgrunn er selvfølgelig like forskjellige som folk med oppvekst i Norge. Men i en kort fagartikkel som dette må mange nyanser, forbehold og mer filosofisk pregete betraktninger utgå.

Litteratursøk

Jeg har søkt i Pubmed, Evidence-Based nursing, The Cochrane Library, Joanna Briggs Institute,

Pubmed, British Nursing Index og Embase med søkeordene «islamic» og «muslim». For å snevre inn søkene har jeg kombinert disse ordene med «sykepleier», «sykeplejerske», «sjukskøterska», «nurse», «dying», «spiritual», «rituals», «care» og «palliative». Antall treff synker da raskt og svært ofte henvises det til de samme artiklene. Jeg har begrenset søket til artikler som omhandler voksne pasienter innlagt på sykehus. Siste literatursøk ble foretatt 4. juli 2011. I de nordiske sykepleierbladene er det sparsomt med artikler om temaet. Sykepleien har to artikler som er aktuelle å referere til (2,3). Svenske Vårdbladet (tidl. Vårdfacket), hadde mange artikler om islam, men ingen av dem omhandlet alvorlig syke og døende muslimer. Danske Sykeplejersken har hatt flere artikler om emnet (4,5).

Tildekket

Muslimer er nøyer med å dekke til kroppen enn hva vi er vant til. Det bør være en av samme kjønn som pasienten til stede ved stell og undersøkelser hvis det er mulig. Å bli stelt, undersøkt eller måtte kle av seg foran en ansatt av motsatt kjønn, kan oppleves som svært negativt for pasienten. Dette gjelder ikke bare for den enkelte, men for hele slekten (4,6,7,8). Vi må derfor være nøye med å banke på før vi går inn i sykeværelset. Deretter må man vente litt, slik at pasient og pårørende kan få tid til å dekke seg bedre til.

Måltider

Å spise betraktes som en hellig handling. Det er viktig at man ikke gir medisiner, mat og drikke med venstre hånd fordi den betraktes som uren

(9). Ofte har de pårørende med seg mat til den syke. Som sykepleiere må vi signalisere at dette er helt greit og være behjelpelig med oppvarming og oppbevaring av maten (9,10). Muslimer er også ofte restriktive til rusmidler. Dette kan gi seg utslag i at pasienten ikke ønsker så mye smertestillende eller sovemidler, dersom disse har som bivirkning at pasienten blir uklar eller sover unormalt mye. Det er velkjent at muslimer ikke spiser svinekjøtt. Vær oppmerksom på at enkelte medikamenter inneholder bestanddeler som kommer fra gris. Om det ikke finnes alternativ medisin vil de vanligvis allikevel bli godtatt. Jeg har også hatt en rekke muslimske pasienter som ikke er opptatt av dette.

Bønn

Man skal ta opp om pasienten og pårørende trenger tilrettelegging i forhold til eventuelle åndelige og religiøse behov, selv om man selv ikke er troende (5). Ofte får jeg inntrykk av at det viktigste er å unngå svinekjøtt. Jeg hører lite om andre spesielle behov eller ønsker. Min erfaring er at pasient og pårørende likevel setter stor pris på å bli spurt. Islamsk bønn er preget av både intellektuell meditasjon, åndelig tilbedelse, moralsk opphøyelse og fysisk øvelse. Hvordan den enkelte ber og hvor mange ganger, avhenger av hvilken islamsk trosretning personen tilhører. Pasient og pårørende har selvfølgelig krav på å få være i fred når de ber. Bønnen utføres stående, utstrakt på magen og knelende. Bønnen varer i fem til ti minutter (9). Bønnetider og et passende vers fra Koranen kan man få tilsendt per sms. Mange har med seg sitt eget

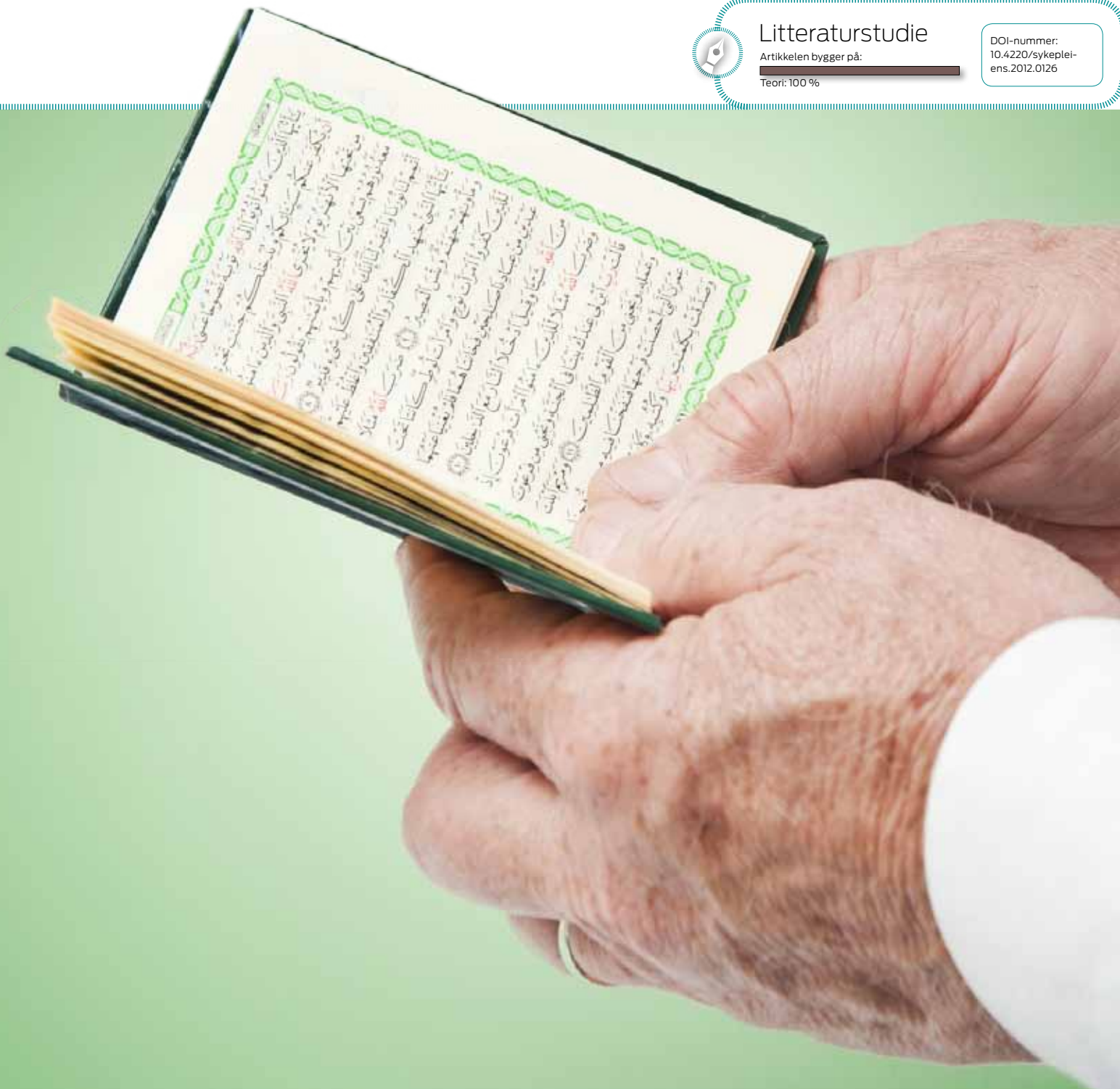
Hovedbudskap

Artikkelen beskriver hvordan man kan gi sykepleie til alvorlig syke og døende muslimer på en respektfull og verdig måte tilpasset pasientens religion og kultur, innenfor det norske sykehusets rammer og regler.

Søkeord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

» Religion » Ritual » Kultur » Død



HELLIG BOK: Ikke alle musliker liker at ikke-muslimer berører Koranen, det må helsepersonell respektere. Foto: ©midosemsem/NTBscanpix.

bønneteppe og kanskje et kompass for å finne retningen mot Mekka. Før bønnen vaskes, hvis mulig, hender, underarmer, føtter og ansikt, inkludert rensing av ører og nese.

Koranen

Renhet og anstendighet er to av grunnbegrepene for den troende (4). Dette har en åndelig dimensjon fordi det å være fysisk og åndelig ren regnes som halve troen. Også når man ber er det viktig å være ren. Pasienten bør derfor tilbys et lite lager av håndklær og kluter og kan ha behov for hjelp (7). Deres hellige bok Koranen skal behandles med stor respekt. Ikke alle muslimer liker at ikke-muslimer berører Koranen. Vi skal være oppmerksom på dette og derfor ikke uten

videre rydde pasientens nattbord. Muslimer pleier å vaske hendene før de leser Koranen. Er de alvorlig syke, kan de trenge hjelp og tilrettelegging for dette. Boken finnes selvfølgelig også i diverse nettutgaver.

Evig liv

Troen på et evig liv er grunnleggende. Det er Allah som bestemmer den enkeltes livslengde (11). Å avslutte aktiv behandling, holde noen kunstig i live eller gi noen slags form for passiv dødshjelp er sykehusbegreper som ikke gir noen mening for en troende muslim. Døden er en del av livet og dermed ikke noe man nødvendigvis skal slåss mot. Livets avslutning er derfor også tiden for å gjøre opp og be om tilgivelse. Det kan være viktig ikke å

klage, vise tålmodighet, aksept og takknemlighet og be Allah gjøre plagene mindre.

Faste

Under fastemånedens Ramadan kan en del muslimer reagere negativt på at man tar mange blodprøver av dem. Spesielt gjelder dette på fredager, som jo er deres helligdag. Vi må derfor spørre pasienten om han eller hun har noen synspunkter eller ønsker i så måte. Faste for oss, i forbindelse med prøver og undersøkelser, vil gjerne si ifra midnatt. Fastetiden under Ramadan i Norge er på om lag 18 timer i døgnet. Opplysninger om dette er lett tilgjengelig på internett. Ved sykdom kan man unntas fra fasten. Men mange synes den er viktig og kan



få en sorgreaksjon dersom de av helsemessige årsaker må avstå (12).

Familie

For muslimer er gjerne familie og fellesskap av stor betydning. Følelsen av samhörighet kan være intens. Å besøke syke er i tillegg en religiøs plikt (13). Vi må huske på at mange pasienter har vanskeligheter med å forstå og bli forstått på norsk. I den stressituasjonen det innebærer å være alvorlig syk kan språkkunnskapene bli ytterligere svekket. Pasientenes norske ordforråd kan også være for dårlig til at de makter å beskrive hvordan de har det og hva som plager dem. En utdannet og erfaren sykehustolk kan være til svært god hjelp. Men mange muslimer kommer også helt alene til Norge. De kan ha kone og barn i hjemlandet og treffer disse kanskje bare en gang i året. Krieger og konflikter kan gjøre at de kanskje ikke har noe nettverk. Familie og venner kan være drept eller forsvunnet.

På dødsleiet

Vi skal være oppmerksomme på at i mange muslimske miljøer er ikke døden noe man snakker direkte med pasienten om. Sykdom, død og ulykke omtales sjelden med åpenhet. Det skjer da eventuelt trinnvist og pakket inn i setninger som for eksempel: Liv og død er i Allahs hånd (5). Muslimske pasienter kan ønske at smertestillende og beroligende midler blir redusert mot slutten av livet for at man skal være i stand til å kunne be (14). Om man tror pasienten vil sovne inn i løpet av kort tid, skal den syke ligge på ryggen med den høyre side vendt mot Mekka. Hodet skal dreies litt i samme retning. Fotenden av sengen skal vende bort fra Mekka. Dette er svært viktig. Jeg har sett pårørende ha med kompass for å ta ut retningen mot Mekka. Pårørende vil sitte rundt sengen, be og lese islams mest grunnleggende setning: «Det er ingen annen gud enn Allah og Muhammed er hans budbringer.» (15) Bønnen leses med høy stemme. Den døende oppfordres også til å lese trosbekjennelsen. Pasientens siste ønsker bør oppfylles så raskt som mulig og all gjeld slettes. Etter døden sier de som står rundt sengen: «Det er sikkert at vi tilhører Allah, og til ham skal vi vende tilbake. Etter islamsk tradisjon må alle døde mennesker krysse broen Al Sirat. Denne er veien til himmelen. Broen er <tynn som et hårstrå og skarp som et sverd.>» (15)

Stell av avdøde

Den avdøde skal behandles med samme ver-

dighet og respekt som da han eller hun var i live (10). Stortærne bindes sammen med en tøystrimmel og man legger et laken over den avdøde. Det anbefales at man legger noe tungt oppå magen for å tømme den for luft. Kroppen skal vaskes snarest mulig, av muslimer av samme kjønn som avdøde. Man skal bruke mye vann og vaske grundig og over hele kroppen med kroppstemperert vann og såpe. Vaskingen skjer etter en bestemt rekkefølge. Området fra navlen ned til knærne skal alltid være tildekket. Overkroppen vaskes først, alt unntatt ansiktet. Overkroppen skal være lett hevet. Deretter vaskes området fra navlen og ned til knærne. Så renses munnen med bomullstøy. Videre renses neseborene, tre ganger eller mer. Ansiktet vaskes fra pannen til haken. Deretter fra det ene øret til det andre. Høyre overarm vaskes først, deretter venstre overarm til og med albue. Hodet og nakken vaskes. Deretter vasker man kroppen om igjen. Først hodet, så høyre øvre del av kroppen, så venstre del av kroppen. Tradisjonelt bruker man kamfer og sandeltreoljer i vannet.

Avdøde svøpes i hvitt bomullsstoff uten sømmer. Det er ett kledestykke for menn og fem for kvinner. Kledet har påtrykt sitater fra Koranen. Selv om kroppen svøpes helt inn må det være tydelig hvor hodet er, da legemet skal ligge med ansiktet i retning Mekka.

Den døde stelles så sant det er mulig av de eldste familiemedlemmene av samme kjønn. Å være med på dette er ansett som en ære og som en hellig handling (8). Renhet er som vanlig viktig. Dette gjelder både de som steller og sjåføren som frakter den døde. Helsepersonell som hjelper til bruker selvfølgelig hansker. Menstruerende kvinner kan ikke bistå med stell av den døde. Ullevål universitetssykehus har innredet et eget rituelt vaskerom. Andre sykehus kan bruke dette. Her er retningen mot Mekka markert. Dersom den avdøde har vært i Mekka, får han en egen pilgrimsdrakt. Denne er helt enkel og hvit. Dette symboliserer at alle mennesker er like innfor Allah. Familie og venner vet vanligvis nøyaktig hvordan de vil ha utført stellet av den døde. Vi skal også spørre om de trenger praktisk hjelp. Det finnes muslimske begravellesbyråer i tillegg til norsk-baserte med gode kunnskaper om dette (15). De kan også bistå med å sende den avdøde til sitt opprinnelsesland, for gravferd der. Dette er nokså vanlig, spesielt i pakistanske og tyrkiske miljøer. Men avdøde blir i økende grad lagt i jorden i Norge.

Begravelse

Pårørende er opptatt av å få dødsattest og andre papirer svært raskt. Begravelsen holdes tradisjonelt innen få timer. Solen skal ikke gå ned to ganger over den avdøde. Er dødsfallet uventet, skal man likevel vente til dødstegetene er helt tydelige. Den raske begravelsen kan kanskje hjelpe de sorgende til å komme videre. Nære slektninger unngår ofte å spise i perioden mellom dødsfallet og gravferden. Dette er et tegn på respekt. Det holdes gravferdsbønn i den moskeen vedkommende har tilhørighet til. Kvinner deltar ikke i begravelsen. Sørgeperioden varer vanligvis i tre dager. De etterlatte vil vanligvis få svært mye besøk. Både ved dødsleiet og i sørgeperioden er det forventet at man viser selvkontroll og ikke gråter. Dette gjelder spesielt menn. Troen på et liv etter døden er svært sentral og hjelper de sorgende til å komme seg videre. Det brukes ikke spesielle klær i sørgeperioden, men det forventes at kvinnene ikke bruker sminke eller har på seg smykker (14). Organtransplantasjon er vanligvis godtatt. Obduksjon godtas bare dersom det er nødvendig for å fastslå dødsårsaken eller for viktige vitenskapelige formål. Kremasjon brukes ikke.

Det er viktig at helsepersonell har kjennskap til andre kulturers regler og ritualer i forbindelse med sykdom og død og strekker seg for å etterkomme ønsker og krav hos pasienter og pårørende i forbindelse med sykehusinnleggelse, i den grad det lar seg gjøre. ■■■

LITTERATUR

1. Statistisk sentralbyrå. Tabell 2: Innvandrere og norskfødte med innvandrersforeldre fra land der islam er hovedreligionen. <http://www.ssb.no/ssp/utg/200903/03/tab-2009-06-15-02.html>
2. Flaathen EK. Kultursensitiv sykepleie. Sykepleien 2006; 07: 52–53.
3. Bechenstein ÅM. Tro og tradisjoner ved dødsleiet. Sykepleien 2002; 16: 45–48.
4. Pedersen H L. Sykepleie til muslimske pasienter. Sykeplejersken 2003; 19.
5. Oberleitner. Grunnleggende doktriner i islam. Sykeplejersken 2003; 19.
6. Cultural diversity in death and dying. Nursing management. Volume 11 (8), December 2004, pp. 32–36.
7. Khlood S, Rick Z. Considering faith within culture when caring for the terminally ill muslim patient and family. Journal of hospice and palliative nursing 2010; 3: 116–123.
8. Priebe S, Sandu S, Dias S, Gaddini A, Greacen T, Ioannidis E, et al. Good practice in the health care for migrants: views and experiences of care professionals in 16 European countries. BMC Public Health 2011; 11: 187–197.
9. Wehbe A. Bridging generic and professional care practices for Muslim patients through use of Leininger's cultural care modes. Contemporary Nurse April 2008; 28: 83–97.
10. Lawrence P, Rozmus C. Culturally Sensitive Care of the Muslim Patient. Journal of Transcultural Nursing 2001; 12: 228–33.
11. Gatrad AR, Brown E, Notta H, Sheikh A. Palliative care needs of minorities. British Medical Journal 2003; 327: 176–77.
12. Abdulaziz S. End-of-life: the Islamic view. Lancet 2005; 366: 774–79.
13. Zafar-al-Shahri M, al-Khenaizan A, Al-Khenaizan A. Palliative Care for Muslim Patients. The Journal of supportive oncology 2005; 3: 432–36.
14. Tayeb M, Al-Zamel E, Fareed M, Abouellail H. A «good» death: perspectives of Muslim patients and health care providers. Annals of Saudi Medicine. Riyadh 2010; 3: 215–21.
15. Islam.no. Dette er et av flere nettsteder som har informasjon om islam.

Originalen!

Sterisol®System
Originalen!
30 års erfaring

Sterisol®System - den eneste komplette hudpleie-serien i bransjen, helt uten konserveringsmiddel!

✓ Originalen gir trygghet!

✓ Optimal effekt på bakterier og virus!



✓ **Komplett sortiment**
– uten skadelige tilsetningsstoffer!

Sterisol®System - **dokumentert bakterie- og lufttett.** Det betyr at Sterisol, til forskjell fra andre leverandører, kan tilby et **komplett sortiment av produkter uten konserveringsmidler.** (desinfeksjons-, såpe-, lotion- og krem-produkter).



✓ Minimal risiko for hud-problemer!

✓ 30 års erfaring er vanskelig å kopiere!

✓ Optimal økonomi!



Alle poser passer i alle dispensere!
- også i vår nyutviklede automattdispenser.



ETIKK

Berit Støre Brinchmann om tillit, taushetsplikt og opplysningsplikt.

Berit Støre Brinchmann, Professor i sykepleie ved Universitetet i Nordland og Universitetet i Stavanger, og medlem av Rådet for sykepleietikk.

Når tilliten står på spill

Det kan være etisk problematisk når man er nødt til å melde fra til politi eller barnevern om ulovlige forhold og dermed bryte tillit opparbeidet over lang tid.

Jeg er med i et forskningsprosjekt der vi deltar i refleksjonsgrupper og samtaler om etiske problemstillinger blant ansatte i kommunehelsetjenesten. På et møte var det helsearbeidere som jobber med brukere fra rus og psykiatri som skulle ta opp vanskelige og selvopplevde dilemmaer. Problemstillingene som kom opp handlet om vanskelige situasjoner og avveininger når en som helsearbeider har brukt lang tid på å opparbeide seg nødvendig tillit hos narkomane og rusavhengige, for så å se seg nødt til å melde fra til politi eller barnevern om ulovlige forhold eller situasjoner der for eksempel barns helse og liv er i fare.

Det kan dreie seg om en mor som er tidli-

vente av hensyn til barnas beste. Helsearbeideren opplever en lojalitetskonflikt i forhold til mor, og opplever en konflikt mellom å være støttespiller og anmelder. Går man til barnevernet, slik man må av hensynet til barna, ødelegges tillitsforholdet man som hjelper har til mor.

Plikt til å bryte taushetsplikten

I disse situasjonene er jussen klar. Helsearbeidere har plikt til å bryte taushetsplikten og melde fra i tilfeller der barns liv og helse står på spill. Likevel kan slike situasjoner oppleves vanskelige. Det tar tid å etablere tillit og kontakt slik at den unge jenta som ruser seg, skal føle seg trygg nok til å tørre å oppsøke

det de forteller helsearbeideren ikke kommer videre mot deres vilje.

Hvor mye må jeg si?

En av informantene uttrykte det slik: «Jeg hadde nettopp en sak hvor vi skulle gi en uttalelse til barnevernet. Jeg hadde vært på hjemmebesøk, og da satt jeg og reflekterte over hva jeg skulle si. For det var jo også spørsmål om mitt inntrykk av foreldrene. Jeg spurte meg selv om hvor langt jeg skal gå i å synse. Og jeg bestemte meg for ikke å utlevere alt jeg så til barnevernet. For jeg hadde ikke nok å bygge på for å si hva jeg syntes. Det handler jo også om hvordan man møter folk. Noe kan man tenke på som betroelser, og det må man være forsiktig med å servere videre. Det går riktignok en grense for hva som skal til barnevernet, og det er jo viktig at de får sentrale opplysninger med tanke på at det kan være barn som lider. Samtidig er det alltid en balansegang i forhold til hva du skal si og ikke si av det som jeg definerer som betroelser».

Tillit er grunnleggende

Mennesker vil vanligvis møte hverandre med tillit, sier Løgstrup. Den grunnleggende tilliten vi har til andre mennesker må ikke begrundes, det er det bare mistilliten som må. Når vi møter hverandre med tillit, utleverer

«Når vi møter hverandre med tillit, utleverer vi oss til hverandre.»

gere rusmisbruker og har psykiske problemer. Hun har vært i behandling, har omsorg for mindreårige barn og hevder at det går bra. Så kommer bekymringsmelding fra barnehuset, som har mistanke om at ting ikke er som de skal. Barna sliter, og de mistenker omsorgssvikt. Mor har det ikke bra, sliter kanskje psykisk, de lurte på om hun har begynt å ruse seg igjen. Spørsmålet er hvor lenge man skal

hjelp når hun trenger det. I mange situasjoner der det handler om ungdom kan det være en fordel om foreldrene blir orientert og involvert. Mange foreldre og pårørende kan være viktige ressurspersoner for unge som er i ferd med å havne på skråplanet. Likevel er det en uskreven lov å ikke informere foreldre mot ungdommers vilje. Dette er nødvendig for at dem som trenger det skal være helt sikre på at

vi oss til hverandre. Vi legger noe av vårt liv i den andres hender og forventer dermed at vi blir sett, møtt og tatt vare på.

Når man jobber med mennesker som sliter med rus og psykiatri er det helt grunnleggende å ta vare på tilliten som man må ha for å være til hjelp. Hvis jeg skal kunne hjelpe denne personen, må jeg ha vedkommendes tillit, og vi må finne tonen. Og hva skjer hvis jeg bryter tilliten? En siste informant sammenlignet opplevelsen av slike tillitsbrudd med å oppleve utroskap i ekteskapet: «Hele verden raser sammen, for hvordan skal jeg noensinne kunne tro på noen igjen, når jeg endelig hadde funnet noen jeg trodde jeg kunne stole på og snakke med, og så går denne personen videre med det jeg har gitt av helt fortrolige opplysninger». ■■■

 Rådet for sykepleietikk tar imot spørsmål og innspill om etiske dilemma. Telefon: 99049169, e-post: berit-daae.hustad@sykepleierforbundet.no



Illustrasjon: Kathrine Kristiansen

Quiz

Tekst **Barth Tholens**
og **Nina Hernæs**

Er du en kompetent sykepleier?

Test kunnskapene med vår aktuelle og nådeløse quiz!

1 Hvor mange sykehjem i Norge drev Adecco Helse da det i 2011 ble at selskapet drev med ulovlige turnuser på Ammerudlunden sykehjem i Oslo?

- A 13
- B 9
- C 5

2 Når ble det første sykehjemmet i Norge konkurranseutsatt – og hvor var det?

- A I 1991 i Oslo
- B I 1996 i Asker
- C I 1997 i Moss

3 Hva slags virus er SARS?

- A Sengana
- B Corona
- C Sengalona

4 Hva slags sykdom gir SARS?

- A Magesjau
- B Luftveisinfeksjon
- C Kjønnssykdom

5 Hva er babesiose?

- A Et virus
- B En bakterie
- C En zoonose

6 Hva slags symptomer gir babesiose?

- A Akutt forvirring
- B Langvarig diaré
- C Malarialiknende symptomer

7 Hva anbefales nå for å redusere forekomst av hodelus?

- A Hyppigere barbering
- B Hyppigere sjekking for lus hjemme
- C Tvangskontroller av alle skolebarn

8 Hva betyr egentlig ordet penis?

- A Hale
- B Vedheng
- C Orm

9 Hvor mye sæd skilles ut under en utløsning?

- A 2–5 milliliter
- B 10–20 milliliter
- C 1–2 liter

10 Og hvor mange sædceller skilles ut under en utløsning?

- A 40–150 millioner per milliliter
- B 150–200 millioner per milliliter
- C 200–300 millioner per milliliter



SÆDCELLER: Hvor mange skilles ut under en utløsning? Illustrasjon: 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.)

FAGNYHET

Kartlegging

Kritiserer tidlig innsats

Jakten på avvik kan sette diagnoser på helt normale barn, mener forfattere av ny bok.

Tekst **Nina Hernæs**

Barnehager bruker kartleggingsverktøy i stor stil, ifølge Mari Pettersvold og Solveig Østrem ved Høgskolen i Vestfold. «Alt fra lese- og skrivevansker og frafall i videregående skole til vold, kriminalitet og sosial ulikhet skal elimineres gjennom tidlig innsats», skriver de i en kronikk i Tidsskrift for helsesøstre. Ifølge de to er det stor tiltro til denne kartleggingen, som de mener er feilslått og forenklet.

Bekymringsindustri

De skriver at det kan virke uskyldig å avdekke mulige avvik hos små barn, men mener det handler om rekruttering til en «bekymringsindustri», der man forledes til å bekymre seg for en uheldig utvikling som viser seg ikke å være noe problem.

Mari Pettersvold og Solveig Østrem har gitt ut boken «Mestrer, mestrer ikke», og skriver at de kan dokumentere at lover og forskrifter brytes i kartleggingen. «Det mangler samtykke, opplysningene oppbevares og behandles ikke i henhold til loven», skriver de.

Syn på barn

De kritiserer også synet på barn som kartleggingene fører til. Deres egen gjennomgang av ulike verktøy viser at rammene for hva som er «nor-



EGET TIDSSKRIFT: Denne saken er hentet fra Tidsskrift for helsesøstre, et fagblad som sendes til alle medlemmer i NSF's landsgruppe av helsesøstre.

malt» er trange, og at det er lett å bli definert som avviker. De viser også til at fagpersoner som er tilhenger av ulike verktøy, også er med på å produsere dem og de kritiserer også studiene som viser god effekt av ulike verktøy.

Ifølge Pettersvold og Østrem går kartleggingen mest utover barn som virkelig trenger hjelp. De må vente i kø sammen med barn som egentlig ikke trenger hjelp. ■■■

SVAR: 1C, 2C I 1997 i Moss, 3BCorona, 4BLuftpveisinfeksjon, 5CEn zoonose, 6CMalaria-liknende symptomer, 7BHyppigere sjekking for lus, 8AHale, 9A2–5 milliliter, 10A40–150 millioner per milliliter

Ulovlig dårlig ernærings-
oppfølging av eldre. Side 78.

Eldreomsorgen skin ikkje meir
enn ei gamadags fjøslykt. Side 80.

Fått for mye utbetalt
i lønn? Se side 86.

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 JONAS GAHR STØRE

Det er ikke struktur, men
innhold og organisering
som er viktig.

82

KRONIKK ANN KRISTIN S. AUSTARHEIM

Jeg syntes det er oppsiktsvekkende
at studenter ikke kan svare på grunnleggende
faglige spørsmål etter åtte uker i praksis.

75



NSF HAR ORDET Forbundsleder Eli Gunhild By

Stilling: Forbundsleder i NSF

E-post: eli.gunhild.by@sykepleierforbundet.no

Regjeringen gir for små doser

Jeg har nylig hatt min statsbudsjettdebut i Stortingets vandrehall. I møte med et tallrikt pressekorps fikk jeg anledningen til å kommentere regjeringens statsbudsjett sett med sykepleiernes øyne.

Mens andre som søkte medias oppmerksomhet i Stortingets vandrehall var opp-tatt av handlingsregelen og veiutbygging, kunne jeg snakke meg varm om forebygging, IKT på sykehus og brystrekonstruksjon for kvinner som har hatt brystkreft.

Det er en spesiell atmosfære på Stortinget den dagen statsbudsjettet legges frem. Da samles mediene og de i norsk samfunnsliv som har sterke meninger om neste års prioriteringer. Vi slåss med opposisjonspartiene om journalistenes oppmerksomhet, men må kaste kortene i det øyeblikket statsrådene og partilederne kommer ut igjen fra stortingssalen. Da er all oppmerksomhet rettet mot dem.

Idet budsjettet frigjøres, kaster administrasjonen i NSF seg over budsjettene til de departementene som angår oss sykepleiere, og finner de gode og dårlige nyhetene. Disse blir fortløpende videresendt til oss utsendte som befinner oss på Stortinget, slik at vi kan bringe budskapene videre. Interessen for våre meninger er stor, men det er ikke alltid at sykehus og sykehjem klarer å konkurrere med andre brennaktuelle poster på budsjettene.

NSF skulle gjerne ha ønsket øremerkete midler til helsesøstre

I år fikk regjeringspartiene vite at NSF er fornøyd med at det neste år er avsatt penger til rekonstruksjon av bryst til brystkrefteropererte. Vi var også veldig fornøyd med en økt satsing på tilbud til mennesker med demens, og at Arbeidstilsynet får 10 millioner kroner ekstra til tilsyn.

Når det gjelder det vi er misfornøyd med, fokuserte vi på to forholdt; manglende satsing på IKT i sykehusene og at det ikke gis penger til forebygging gjennom økt satsing på helsestasjon og skolehelsetjeneste.



FOREBYGGING: Regjeringen har tidligere påpekt at det er viktig å styrke helsestasjons- og skolehelsetjenesten, men dette følges ikke opp i neste års statsbudsjett, påpeker Eli Gunhild By. Arkivfoto: Erik M. Sundt.

I budsjettet blir det bevilget penger til meldingssystemer mellom sykehus og kommuner. Når det gjelder IKT-satsing utover det, er dette et altfor dårlig budsjett.

Uten en god og effektiv bruk av teknologi vil vi alle lide – pasienter, pårørende, helsepersonell. NSF mener derfor det er helt avgjørende at IKT, eHelse og teknologi blir gjenstand for et nasjonalt løft, der alle virksomheter og aktører bidrar, for å sikre at helsetjenesten blir godt nok rustet til å møte morgendagens helseutfordringer. Et slikt løft fikk vi dessverre ikke i statsbudsjettet for 2013.

I flere stortingsmeldinger har regjeringen påpekt at det er svært viktig å styrke helsestasjons- og skolehelsetjeneste for blant annet å forebygge psykiske lidelser, rus og kostholdsproblemer. Men heller ikke nå følges dette opp. Jeg er egentlig forundret over at politikere ikke er våkne nok til å se at satsing på helsestasjon og skolehelsetjeneste er god samfunnsøkonomi nettopp fordi vi hjelper på et tidlig stadium – før problemet har vokst seg stort. NSF skulle gjerne ha ønsket øremerkete

midler til helsesøstre for å tvinge kommunene til å satse.

Det er i statsbudsjettet gitt 50 millioner kroner til flere allmennleger. Regjeringen velger altså å styrke kommunehelsetjenesten med flere legeårsværk knyttet til samhandlingsreformen, men ikke noe for å styrke sykepleierbemanningen. Dette til tross for at vi nylig gjennomførte en undersøkelse der det kommer frem at en tredjedel av ordførere og rådmenn her i landet mener at fagkompetansen i egen kommune ikke er tilstrekkelig for at samhandlingsreformen skal lykkes. Av dem som oppgir at de mangler fagkompetanse, svarer 51 prosent at det er sykepleiere de mangler mest av. Jeg forventer at regjering og storting framover vil gjøre mer for at kommunene kan ansette den personellgruppen kommunene selv sier de har behov for.

Eli Gunhild By



Ann Kristin S. Austarheim er
anestesisykepleier på Ahus.

Utdanningen må moderniseres

Jeg kom rett fra praksis til jobben som lektor ved sykepleierutdanningen. Og så litt av hvert jeg ville endret på – både rekkefølgen på teoriopplæringen og på hvordan praksis blir gjennomført.

Jeg var lektor på grunnutdanningen i sykepleie på Diakonova i et halvannet år. Jeg avsluttet vikariatet mitt i juni 2012. Jeg stortrivdes sammen med studenter og andre lærere, og jeg har både positive og negative erfaringer angående dagens sykepleierutdanning. Det er dette jeg ønsker å luften i tidsskriftet Sykepleien.

Er tiden moden for å endre innholdet i sykepleieundervisningen for sykepleierstudenter på grunnutdanningen? Er det slik at sykepleieteori må ha høy prioritet i starten på studiet før studentene egentlig vet hva oppgavene til dagens sykepleiere er? Og til slutt; hvordan kan vi stille større krav til studentene i praksis? Jeg ønsker å legge disse temaene frem til debatt, da jeg ønsker at noe bør endres for å gi studentene en god forberedelse til yrket som rykende ferske sykepleiere.

Etter noen år som sykepleier i praksis på ulike avdelinger, mastergrad i sykepleieviten-skap og videreutdanning i anestesi, søkte jeg i en alder av 31 en stilling som høyskolelektor. Jeg brenner for sykepleiefaget, og har også alltid hatt en drøm om en undervisningsstilling på sykepleierutdanningen, da studentkontakt tiltaler meg. Jeg fikk 100 prosent vikariat ved Diakonova fra og med 1. januar 2011.

I starten tenkte jeg hvordan det ville bli å jobbe i et miljø hvor de fleste er mye eldre enn meg. Ville jeg bli hørt, og ville de andre lærerne være negative til en så ung lektor som meg? Det er kjent blant sykepleiestudentene i Norge at mange av lærerne ikke er oppdaterte i praksis og kanskje foreleser om temaer som ikke er relevant i dagens helsevesen. Jeg var derfor redd jeg skulle møte kommentarer som «Slik har vi

alltid gjort det, og dette skal vi fortsette med», eller «Du er så ung og uerfaren ...».

Modne for forandringer

På Diakonova har jeg imidlertid aldri blitt møtt med slike utsagn. Heller tvert imot. De var virkelig glade for å få en sykepleierlærer rett fra praksis, og de følte selv de var modne for forandringer i undervisningen. De satte også pris på unge spiser i miljøet. Lærerne kom stadig innom kontoret mitt og spurte hvordan praksisen er i dag og hva vi eventuelt måtte endre på for at det skulle bli relevant for studentene. Jeg fikk for eksempel gjennomslag da jeg ønsket å innføre prosedyren «blodprøvetaking» på øvingsposten. Jeg tror Diakonova er den eneste høyskolen i Oslo med øvelse i denne prosedy-

prøve, fordi hun var redd hun skulle få meg som sensor på PVK-innleggelse. Hvilket hun fikk. Vi måtte nesten le litt sammen, og jeg ble jo litt overrasket over at jeg ble oppfattet som så streng. Det gikk heldigvis veldig bra med denne studenten og vedkommende besto med glans.

Når det er sagt, så er det viktig å være streng på en konstruktiv måte, og vi lærere må stille krav til studentene. Hvis ikke føler jeg at vi gjør studentene en bjørnetjeneste. Når de kommer ut i praksis som nyutdannente sykepleiere kreves høy kompetanse og handlekraft. Vi har jo med alvorlige syke mennesker å gjøre i våre yrker, og dette må vi ikke glemme. Dette er også viktig å gjøre studentene oppmerksom på ganske ofte, slik at de skjønner alvorlet. Jeg gjentar meg selv ganske ofte når jeg sier at det

Etikk tar altfor stor plass i undervisningen.

ren. Jeg har nemlig erfart at sykepleiere mer eller mindre har overtatt denne prosedyren av bioingeniørene på en del sykehus, og derfor er det viktig at sykepleierstudenter kan dette før de slippes ut i praksis. Dette har derfor vært en stor suksess både blant lærere og studenter.

Ung og streng

Som ung lektor og nesten på studentenes alder, fryktet jeg at jeg skulle bli oppfattet som en «kul venninne» uten særlig respekt. Heldigvis har ikke dette skjedd. Jeg har vært veldig bevisst på å skille mellom privatliv og jobb, og jeg har heller hørt kommentarer som at jeg er veldig streng. En student kom bort til meg og fortalte at hun hadde mareritt i forkant av praktisk

er viktig å vite hva avvik fra normalen er når det gjelder vurderinger av pasientenes helsetilstand, og heller aldri i den forbindelse glemme å videreformidle avvikene til legen.

Kan ikke svare

Jeg ønsker videre å trekke frem erfaringer som lærerveileder i praksis. De har dessverre ikke bare vært positive. For eksempel får ikke alle studentene god og konstruktiv veiledning i praksis. Det stilles nemlig ikke krav til dem. De får diffuse tilbakemeldinger som «du var flink», «du er så god med pasientene». Dette sier alt og ingenting. Jeg gjennomfører en «miniquiz» på sluttvurderingen i praksis, med grunnleggende spørsmål som absolutt er forventet at studente-



ne har svar på etter åtte uker kirurgisk praksis. Dessverre klarer bare noen få av studentene å svare utdypende på disse tre-fire spørsmålene. Dette synes jeg er oppsiktsvekkende. Det har vist seg at praksisveilederne ikke stiller faglige spørsmål til studentene. Noen av studentene jeg har vært i samtale med i etterkant tror det kommer av at sykepleierne rett og slett ikke oppdaterer kunnskapen, og derfor ikke tør stille spørsmål til studentene fordi de ikke helt vet svarene selv. Jeg vet at det ikke alltid er en enkel oppgave å følge studenter i praksis. Praksisveilederne skal både ha hovedansvar for pasientene og gi god veiledning til studentene. Når det ikke settes av tid til dette og veilederne ikke får ekstra lønn for å ha studenter, ser jeg at det er faktorer som hindrer god veiledning i praksis. Mange avdelinger har ikke mer enn noen uker fri fra studenter i året, og det blir også en belastning for praksisstedene. Likevel er det jo fremtidige kollegaer vi skal veilede, og de trenger god oppfølging allerede i utdanningen slik at de blir gode sykepleiere.

Under en sluttvurdering i praksis var det en praksisveileder som sa til meg: «Så bra du stiller slike spørsmål. Da lærer jeg også noe». Dette forbauset meg. Det gjaldt spørsmål om ting som forventes å kunne, for eksempel symptomer på blødning, tiltak ved for lavt blodtrykk, årsaker til for lavt blodtrykk, postoperative observasjoner og preoperative forberedelser. Dessverre får ikke manglende svar noen konsekvenser for praksis, da vi ikke har noen felles rutine på å stille slike spørsmål. Jeg har for øvrig vært i dialog med høyskolen om hvilke tiltak som må settes i verk for at studentene skal bli bedre i praksis. Jeg som var tett på praksis ved siden av stillingen på høyskolen, ser hva som bør kreves av studentene. Det hjelper jo ikke å kunne selve prosedyren. Studentene må også kunne intensjonen bak hver prosedyre og hele tiden tenke hvorfor sykepleietiltak gjøres.

Bør testes etter praksis

For å heve kompetansenivået i praksis for studentene, har jeg hatt en idé om at samtlige studenter skal gjennomgå en slags sertifiseringstest på sluttvurderingen, der de blir utprøvd i ulike prosedyrer i avdelingen. Spørsmålene til de ulike prosedyrene skal utarbeides i samarbeid mellom praksisveileder og lærerveileder. Dette er da en skreddersydd praksisoppgave for hver avdeling da alle avdelinger har ulike prosedyrer. På den måten kvalitetssikrer praksisveileder at dette er gjennomgått i praksis, både kunnskap

bak prosedyren samt praktisk utførelse. Dette vil også bidra til et tettere samarbeid mellom praksis og høyskole, noe som har vært ønskelig mellom begge parter lenge. Man kan også se på testen som en forlengelse av praktisk prøve på øvingsposten. Stryker studenten på for eksempel 3 av 4 prosedyrer, må studenten ta hele praksisperioden om igjen. Dette er jo ikke en ønskesituasjon for noen, og på den måten blir studentene kanskje mer skjerpet i praksis og vil gjøre det bra når konsekvensene er så store hvis de stryker. Sertifiseringstester er jo også noe som nyansatte sykepleiere på en avdeling må gjennomgå. Da kan man like gjerne starte med det under utdanningen også.

Diakonova har lenge hatt et tett samarbeid med praksis, da vi lærere har følgedag med studentene en dag i første praksisperiode på sykehjem og en dag første praksisperiode på sykehus. Ideen i seg selv er god, men på en annen side så har jeg ikke fått særlig utbytte av det i praksis. Noen ganger følte jeg at praksis ser på meg som en ekstra sykepleier på jobb hvor det ikke forekommer noen dialog mellom meg og praksisveileder, hvilket var intensjonen. I andre tilfeller trodde noen praksisveiledere at jeg sådde tvil om deres veiledning, at jeg var der mest for å kontrollere. Selvsagt har jeg også positive erfaringer med å ha følgedag, men savnet litt mer pedagogisk opplegg for følgedager fra skolens side, bedre planlegging av hvilke pasienter studentene skulle ha når jeg hadde følgedag med dem samt sykepleiefaglig oppfølging av disse pasientene. Vi lærerveiledere har hatt forskjellig opplegg for studentene, avhengig av hvilken avdeling. Dette har også studentene kjent på, og ønsket et mer felles undervisningsprogram i praksis. Dette er nå under utarbeiding. Og jeg regner med at dette blir veldig positivt for alle parter. De avdelingene som startet med dette programmet, har hatt stort utbytte av det.

For stor vekt på etikk

Innlevering av ukeplaner, logger og refleksjonsnotater i praksis er kjent for de fleste sykepleiestudentene. Da jeg leste gjennom disse, og da spesielt refleksjonsnotatene, slo det meg hvor opptatt studentene var av etiske refleksjoner. Det ble skrevet side opp og side ned om dette. Ja, etikk er selvfølgelig veldig viktig når det kommer til syke mennesker, og vi skal være opptatt av det. Likevel mener jeg at etikk tar altfor stor plass i undervisningen til dagens sykepleierstudenter. Jeg tror en del

av grunnen til at det skrives mye om dette i refleksjonsnotatene, er at temaet er høyt fokusert i undervisningen på skolene. Det er mulig jeg kaster stein i glasshus når jeg sier at etikken overskygger læring om konkrete handlinger som må settes i verk hos kritisk syke pasienter. Det nytter for eksempel ikke å holde i hånden og gi en klapp på skulderen når pasienten er respiratorisk besværet og blir tiltakende cyanotisk. Da kreves det rask handling og kunnskap om hvorfor akkurat disse tiltakene settes i verk.

Jeg leste flere logger som inneholdt punktet «Pasienten hadde fall i metning, ga 02». Da forbauset det meg hvorfor ikke studentene skrev et refleksjonsnotat om dette, som er så viktig å kunne noe om. Nei, flere av studentene valgte heller da å skrive enda et etisk refleksjonsnotat om en annen pasient, selv om de også hadde skrevet et etisk refleksjonsnotat uken før. Dette ga jeg tilbakemelding på, og forklarte viktigheten av å reflektere over andre hendelser enn kun etiske spørsmål. Dette hadde også betydning for meg som lærerveileder i praksis. Studentene mine burde kunne bevise for meg at de er handlekraftige i det medisinske også. I de periodene hvor jeg ikke hadde følgedag med studentene, fikk jeg bare inntrykk av studentene gjennom logg og refleksjoner, samt samtaler med praksisveiledere. Og da er det også enda viktigere å skrive gode refleksjonsnotater.

Når sant skal sies er jeg sikkert preget av mitt yrke som anestesisykepleier med mest vekt på det akuttmedisinske hver dag i praksis. Men jeg mener jeg klarer å skille min hverdag og rollen som lektor på grunnutdanningen. På sengeposter hvor det gis mye smertestillende opiat, administrering av epiduralkatetere og hvor det er fare for blødninger og lignende, er det viktig å være oppmerksom på dette også. Noen studenter syntes jeg var for streng med denne type innlevering, men jeg hadde da også gode argumenter for hvorfor jeg ønsket å ha det slik. Jeg håper og tror flesteparten av studentene hadde godt læringsutbytte av å skrive utfyllende refleksjoner.

For mye sykepleieteori

Under vikariatet mitt som lektor satt jeg også igjen med tanker angående rekkefølgen på forelesningstemaene. Jeg synes det er på høy tid at rekkefølgen forandres, slik at vi faktisk formidler hva sykepleie er tidlig i utdanningsfasen og presenterer en spennende hverdag som

sykepleiere. At dette ikke skjer, tror jeg er en av årsakene til at mange sykepleierstudenter faller ut tidlig i utdanningen. Forelesningene i første semester starter i stor grad med å presentere ulike sykepleieteoretikere og hva disse står for. Jeg er for øvrig skeptisk til for mye oppmerksomhet rundt teoretikere. Om de fortsatt skal ha høy prioritet i sykepleierutdanningen, bør dette komme mye senere i utdanningen når studentene faktisk har skjønnet hva sykepleie i dagens praksis er. Da kan de sette teoriene sammen med praksis, og jeg tror det vil bli mye lettere å forstå sykepleieteori.

Studentene velger dette yrket fordi de ønsker å jobbe med det praktiske. Noen er også ute etter en spennende og uforutsigbar hverdag. At sykepleie er et praktisk fag, kommer dessverre ikke alltid til syne under utdanningen. Da tenker jeg spesielt på de første semestrene. Vi som er ferdig utdannet snakker ikke om sykepleieteori når vi kommer ut i jobb. For de fleste går de fort i glemmeboken etter at de er ferdig på skolen. Når jeg sensurerer oppgaver hvor sykepleieteori er et krav som en del av det teoretiske rammeverket, så blir ofte teorien hengende som en blindtarm i oppgaven, da det ikke er så mange som skjønner

hva de ulike teoriene dreier seg om. Jeg skjønner at det er viktig med teorier på utdanningen, men jeg tror noen av de sykepleieteoriene som det foreleses om i dag, er blitt for gamle. Da jeg gikk på masterstudiet i sykepleievitenskap, var det ingen krav til en sykepleieteori. Jeg tror jeg skrev to linjer om Orem i en 100 siders monografi.

Jeg håper jeg har engasjert noen i denne kronikken. Jeg synes det er viktig å diskutere hvordan vi kan forbedre grunnutdanningen i sykepleie for å rekruttere gode fremtidige kollegaer. Jeg ser iallfall at utdanningen i dag har et forbedringspotensial. ■■■

Trist



Glad



Inotyol®
Lindrende og beskyttende ved eksem, eksempelvis bleieutslett

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

Skal ikke brukes på væskende og infiserte sår.

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



Iktammol

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

Abbott
A Promise for Life

015-Ino-Jan-11



Wenche Skjær, seniorrådgiver i Statens helsetilsyn.



Marianne Noodt, fagsjef i Statens helsetilsyn.

KRONIKK Ernæring

Eldres ernæringsbehov – et felles mål

Sykepleiere med sine praktiske og teoretiske kunnskaper om ernæring er en viktig ressurs for å identifisere, forebygge og behandle underernæring.

Studier viser at mange eldre på sykehjem og i hjemmetjenesten er underernært eller står i fare for å bli det.

Statens helsetilsyn har gjennomført en bred satsing på tilsyn med tjenester til eldre. I 2010 og 2011 var satsingen rettet mot de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Den dekket flere tjenesteområder og temaer. Underernæring var ett av dem. Fylkesmennene gjennomførte tilsyn i hele landet. Det ble foretatt i overkant av 560 tilsyn, og om lag 70 prosent av landets kommuner og bydeler var omfattet. I tre av fire tilsyn ble det funnet at tjenestene ikke var i tråd med lovverket.

Et viktig tema

Viktigste enkeltårsak til underernæring i den vestlige verden er sykdom. Hos eldre kan også aldringsprosessen i seg selv gi redusert matlyst og lavt matinntak. Andre faktorer som kan ha negativ innvirkning på ernæringsstatus er redusert evne til å kjøpe, lage og innta mat, dårlig tannstatus, svelgvansker, ensomhet og isolasjon. I tillegg kan ernæringen påvirkes av måltidsfrekvens, mangelfulle rutiner for måltider og manglende oppmerksomhet og kunnskap hos helsepersonellet.

Underernæring gir redusert livskvalitet og kan gi alvorlige konsekvenser for den enkelte. Blant annet kan fysisk og mental funksjon bli dårligere, motstand mot infeksjoner bli nedsatt, tendensen til å falle øker, og rekonvalesens forlenges. I verste

messig risiko. Av disse ble om lag en fjerdedel kategorisert som underernærte.

Helsedirektoratet ga i juni 2009 ut Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring (IS-1580). Retningslinjene beskriver god faglig praksis og inneholder konkrete anbefalinger og praktiske verktøy. De retter seg både mot spesialisthelsetjenesten, institusjoner og hjemmetjenester i kommunene.

Mange brudd på lovkrav

Tilsynet i 2010–11 ble gjennomført som systemrevisjon. Det vil si at det ble undersøkt om kommunen gjennom systematisk styring (internkontroll) sikret at lovkrav på dette området ble etterlevd. Det ble undersøkt om kommunen hadde ordninger og systemer som sikret at eldre med ernæringsproblemer på sykehjem og i hjemmetjenesten ble identifisert og at underernæring ble forebygget og behandlet forsvarlig.

Det ble i alt gjennomført 37 slike tilsyn. Ved om lag 80 prosent av tilsynene ble det påvist brudd på aktuelle lovkrav. Antallet tilsyn er ikke så høyt, og funnene er ikke nødvendigvis representative for hele landet. Imidlertid peker de i samme retning. Det kan indikere at situasjonen er den samme i andre kommuner.

Det er kommunens ledelse som har ansvar for å sette i verk tiltak for å rette opp lovbrudd påpekt av fylkesmannen. Fylkesmennene følger opp kommunene til tjenestetilbudet er i tråd med aktuelt regelverk.

Et funn som gikk igjen i flere kommuner, og som lå til grunn for at fylkesmennene påpekte lovbrudd, var at ledelsen ikke hadde foretatt en risikovurdering av ernæringsområdet. De hadde ikke oversikt over særlig sårbare punkter hvor svikt kunne få konsekvenser for brukerne. Mange steder fungerte heller ikke rutinene for å melde fra om uønskete hendelser og feil i tjenesten.

Kommunens ledelse må skaffe seg kunnskap om hvor de kritiske punktene er når det gjelder å ivareta forsvarlig ernæring for eldre tjenestemottakere. Det kan de blant annet gjøre ved en risikovurdering og ved systematisk bruk av meldinger om feil og nestenfeil i tjenestene. Da vil ledelsen ha et godt grunnlag for å sette i verk tiltak som forebygger svikt og sikrer forsvarlige tjenester.

Et annet funn var at det i mange av de undersøkte kommunene ikke var en innarbeidet praksis for hvordan personalet skulle kart-

I tre av fire tilsyn ble det funnet at tjenestene ikke var i tråd med lovverket.

fall kan underernæring være livstruende. Å opprettholde god ernæringsstatus hos eldre er derfor viktig forebyggende arbeid.

Ved flere av landets utviklingssentre for sykehjem og hjemmetjenester foregår det viktig utviklingsarbeid når det gjelder eldre og ernæring. En artikkel i Sykepleien nr. 8/2011 omtaler et prosjekt ved utviklingssenteret for sykehjem i Oslo. Der fant de blant annet at det ikke rutinemessig ble gjort noen form for ernæringscreening ved sykehjemmet, og at det var mangelfulle rutiner for veiing av beboere. Gjennom screening av pasientene ble det avdekket at 78 prosent av beboerne var i ernærings-



legge og vurdere ernærings situasjonen hos brukerne, hvordan ernæringsproblemer skulle utredes videre eller hvordan individuelle ernærings tiltak skulle settes i verk, følges opp og evalueres.

Ledelsen må sørge for å tilrettelegge tjenestene slik at eldre tjenestemottakere med ernæringsproblemer blir identifisert, og at underernæring blir forebygget og behandlet forsvarlig. Rutiner for ernæringsarbeidet må være innarbeidet, det må være kjent hvordan de ulike oppgavene skal gjennomføres, og det må være klart hvem som gjør hva. Ledelsen må følge med på at rutiner blir fulgt og at arbeidsoppgaver blir ivaretatt som planlagt, og om nødvendig iverksette endringer.

Mangelfull kompetanse om ernæring

I mange kommuner var det ikke vurdert hva slags kompetanse det var behov for og hvilke opplæringstiltak som var nødvendig på ernæringsområdet. Ofte var det heller ikke internundervisning eller andre arenaer for faglig oppdatering og overføring av kunnskap. Helsedirektoratets Nasjonale retningslinjer var lite kjent i mange kommuner.

Kompetanse er en nøkkelfaktor for å sikre forsvarlige tjenester, og må kontinuerlig vedlikeholdes og oppdateres. Kommunen må ha et bevisst forhold til hva slags kompetanse det er behov for, og om nødvendig iverksette kompetansehevede tiltak eller rekruttere ansatte med nødvendig kompetanse.

Sykepleiere kan gjøre en forskjell

Opplysninger og vurderinger av tjenestemottakernes ernærings situasjon var ofte spredt på ulike steder i dokumentasjonssystemet og dermed vanskelig å få oversikt over. Nedtegnete observasjoner om brukeres ernæringsproblemer ble sjelden etterfulgt av vurderinger eller av beslutninger om tiltak.

Kommunen må ha en klar mening om hva som skal dokumen-

teres og hvordan dokumenteringen skal foregå, og den må gi ansatte opplæring i dette. Alt involvert personell må vite hva som er gjort og hva som er planlagt for å ivareta ernæringsbehovet til den enkelte bruker. Dokumentasjon er en viktig del av det å gi forsvarlige tjenester.

Statens helsetilsyn er på bakgrunn av funnene bekymret for at eldre med ernæringsproblemer på sykehjem og i hjemmetjenesten ikke blir identifisert og dermed heller ikke får nødvendig hjelp til å få dekket sitt behov for mat og drikke. Resultatet kan bli underernæring, med alle de negative konsekvensene det kan gi.

Sykepleiere jobber til enhver tid for at tjenestemottakere får faglig forsvarlig hjelp. For sykepleiere vil det å sørge for tilstrekkelig næringstilførsel til brukerne alltid være en sentral og viktig oppgave. Men oppgaven involverer også annet personell med annen fagbakgrunn, også ufaglærte. Sykepleiere har et naturlig ansvar for å lede det faglige arbeidet i det daglige – også for å veilede og gi opplæring til annet personell slik at ernæringsarbeidet blir ivaretatt på en forsvarlig måte. Sykehjemslege og fastlege er også viktige samarbeidspartnere.

I tillegg kan sykepleiere med erfaring og kompetanse om eldre og ernæring bidra aktivt til at nødvendige rutiner, screeningverktøy, dokumentasjon m.m. kommer på plass og blir tatt i bruk. Da kan eldre tjenestemottakere være trygge på at de får kvalitativt gode og forsvarlige tjenester. Sykepleiere i eldreomsorgen må gjerne benytte våre rapporter fra tilsyn som utgangspunkt for å vurdere praksis på egen arbeidsplass og ta initiativ til nødvendige forbedringer.

Det å ivareta eldres ernæringsbehov er ett av flere felles mål som sykepleiere og Statens helsetilsyn deler. Virkemidlene vi benytter er ulike. Vårt tilsyn skal understøtte det viktige arbeidet som sykepleiere gjør i det daglige, både overfor den enkelte bruker og i kontinuerlig kvalitetsarbeid. Når vi trekker i samme retning, bidrar vi i fellesskap til bedre helse- og omsorgstjenester til eldre. ■■■

MÅ FØLGE OPP: Personalet må ha faste rutiner for hva som skal gjøres i ernæringsarbeidet og hvem som skal gjøre hva. Dette må ledelsen sørge for, skriver kronikkforfatterne. Arkivfoto: Stig M. Weston.



Anne Eli Wangen, fylkes-
sjukepleiar hjå Fylkesmannen
i Sogn og Fjordane.

INNSPILL

Kvalitet og klager

Helsetenester i endring

Media si negative framstilling av helse- og omsorgstenestene fører til utryggeleik og unødvendig uro.

Den «skinnende eldreomsorgen», som statsminister Stoltenberg lova ved førre val, skin ikkje meir no enn ei gamaldags fjøslykt, hevda ein lokalpolitikar i eit avisinnlegg for kort tid sidan. Vi høyrer stadig om Helse Førde og det som mange meiner er rasing av lokalsjukehusa. Det er lett for folk flest å få inntrykk av ei helse- og omsorgsteneste i krise i fylket vårt. Omtale av Fylkesmannen sine tilsyn bidreg også til å skape dette bildet. Og korleis skal det verte framover? Startskotet har gått for samhandlingsreforma.

Er kommunane budde på ei ny framtid slik at endra krav og nye forventningar ikkje vil kome som «jula på kjerringa»? Vi har alt hatt oppslag i media om pasientar som vert utskrivne frå Helse Førde før kommunane er klare til å ta i mot dei.

Etter fleire år som sakshandsamar og tilsynsførar på området meiner eg at media si framstilling av situasjonen er uheldig og misvisande. Oppslaga kan føre til unødvendig uro og utryggeleik hjå innbyggjarane i Sogn og Fjordane. Folk får som oftast forsvarleg hjelp når dei har behov for det. Det er i styringa av tenestene vi ofte finn manglar.

Fylkesmannen i Sogn og Fjordane skal sikre rettstryggeleiken til innbyggjarane i fylket slik at den enkelte av oss får dei helse- og omsorgstenestene vi har rett til. Mellom anna er vi klageinstans og handsamar klage- og tilsynssaker.

Ut frå mediaopplaga skulle ein tru at det er mange som klagar på tenestene til Fylkesmannen. Slik er det ikkje. Vi mottok relativt

og til når det gjeld å snakke med og lytte til pasientane på ein god måte. Slike saker sender vi som oftast tilbake til verksemda for lokal avklaring. Det er leiar saman med det enkelte helsepersonellet som har ansvar for å betre dialogen og oppklare saka saman med pasienten.

Fylkesmannen fører tilsyn for å kontrollere at tenestene er forsvarlege. Lova krev at kommunar og helseføretak skal føre kontroll med si eiga verksemd for å sikre dette. Det handlar om å «ha orden i eige hus», noko som er eit leiaransvar. Vi ser at kommunane ofte sviktar når det gjeld styringa av tenestene. Internkontrollen fungerer ikkje alltid slik den skal. Også Helse Førde sviktar på dette området.

Det betyr likevel ikkje at den enkelte av oss ikkje får nødvendig og forsvarleg hjelp når vi har behov for det. Mitt inntrykk er at fagfolka er opptekne av å hjelpe og yte gode tenester. Helsepersonell er profesjonelle yrkesutøvarar, mange med stor fagleg integritet. Det er som oftast god kvalitet på tenestene. Ikkje nødvendigvis på grunn av god styring, men trass i at styringa av tenestene ikkje alltid fungerer slik den skal.

Like viktig som kontroll er føremålet med tilsyna våre å medverke til kvalitetsutvikling av tenestene. Vi som arbeider med tilsyn, og som er opptekne av læring og forbetring, har lenge stilt spørsmålet om kvifor eigenkontroll og intern styring er så vanskeleg å få til. Klarer vi på ein god nok måte å formidle kva som ligg i internkontrollkravet? Eller handlar det om sjølve tilsynet som metode?

Kommunane og helseføretaket har ansvaret for at internkontrollen fungerer. Ressurssituasjonen får ofte skulda når den ikkje er i orden. Mykje handlar nok om kultur og tradisjonar. Det har ikkje vore kultur for risikotenking i helsetenesta. Haldningane til det enkelte helsepersonellet og den enkelte leiar skal heller ikkje undervurderast. Haldningar er som kjent ikkje lett å endre.

Mange er kritiske til ekstern kontroll i form av tilsyn som eit godt verktøy for å få til læring, kvalitetsutvikling og forbetring. Fungerer tilsyn mot si hensikt? Helsedirektør Lars E. Hanssen skriv i tilsynsmeldinga for 2011 mellom anna at: «Dette året har vore eit litt spesielt år fordi ein del av den offentlege debatten ikkje berre handla om sakene våre, men om måten vi driv tilsynet på. Mykje av det har handla om korleis tenestemottakarane, dei pårørande og tenesteytarane skal kunne kome med innspel i arbeidet vårt.»

Vi må evaluere vårt eige arbeid og vere kritiske til våre eigne metodar. Eit aktuelt tema er difor korleis vi skal rigge tilsyna for å få til best mogleg læring. På same måte som kommunane og Helse Førde må endre retning for å møte framtidige utfordringar, må tilsynet også justere kursen. Nettopp for å auke tryggeleiken og betre kvaliteten på tenestene til pasientar og brukarar. ■■■

Det handlar om å ha orden i eige hus, noko som er eit leiaransvar.

få klager på helsehjelp og tenestetilbod. Talet på slike klager har heller ikkje auka vesentleg dei siste åra.

Innhaldet i klagen varierer, ein del tema går att. Vi har pårørande som klagar på vegner av ei gamal mor eller ein far som ikkje får sjukeheimplass, noko som er mangelvare i fleire kommunar. Ofte vil kommunen i staden gje heimetenester.

Lova seier at kommunen skal legge vekt på den enkelte sine behov og ønskjer. Pasientrettane skal ivaretakast. Samstundes har vi lokalt sjølvstyre. Kommunane kan organisere tenestene ut frå egne føresetnader og behov. Kravet er at tenestene skal vere forsvarlege. Klagar får som oftast ikkje medhald når kommunen har tildelt forsvarleg hjelp i eigen heim i staden for ein sjukeheimplass.

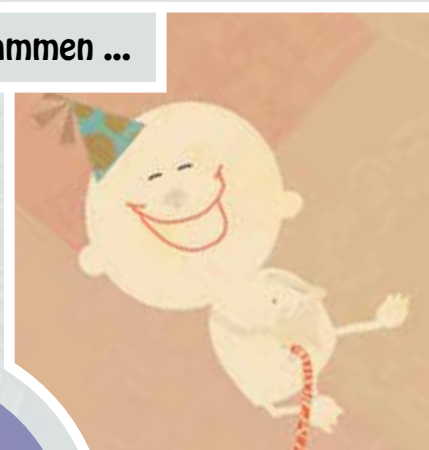
Dårleg kommunikasjon og samhandling mellom pasient og helsepersonell er tema i ein del klager. Helsepersonell sviktar av



Spiser sammen ...



Fester sammen ...



Drikker alkoholfritt sammen ...



**Gi barnet den beste starten,
ikke drikk alkohol i svangerskapet!**

helsenorge.no/gravid

Hvorfor: Fordi han er fersk på toppen av helsevesenet

Stilling: Helse- og omsorgsminister (Ap)

Utdanning: Statsviter med historie og sosialøkonomi

Alder: 52 år

– Regn med meg!

Det første Jonas Gahr Støre gjorde som helseminister var å treffe sykepleierne. Tekst og foto **Marit Fonn**



«**D**

et er Jonas. Jonas Gahr Støre.»

Klokken er 12.36, det er fredag og helseministeren er i fart. Muligens klarer han å nyte naturen utenfor bilvinduet mens han avvikler sin siste telefon på turen. Han medgir at han er sliten. Ikke lenge til nå, så er han framme på hytten i Nore og Uvdal. Da blir det litt høstferie på ham også, sammen med familien.

– En weekend i fjellet, det blir bra for kropp og sinn, sier helseministeren i baksetet og advarer mot skurr på telefonlinjen.

Så skurrer linjen. Men han får fortalt at han kommer rett fra besøk på Bråta bo- og omsorgssenter, Nedre Eiker, Buskerud.

Støres stemme blir tydelig igjen:

– Det var spennende, for de hadde organisert på en nytenkende måte. De blandet de eldste med de yngste, det var babysvømming i underetasjen.

Det er to uker siden utenriksminister Støre ble helseminister. Siden har det gått i et bankende kjø: Tv-debatter, avisforsider. I Levanger traff han livsstilsforskere, i Østfold la han grunnsteinen for nytt sykehus. TV2 har mast om hans bruk av private helsetjenester.

CIRKA 100 TIMER etter at han ble utnevnt, entrer Støre scenen i Oslo Spektrum. Salen er full av 100-årsjubilerende sykepleiere på fagkongress.

– Dette er det første jeg gjør i det offentlige rom.

Støre er glad, sykepleierne lar seg sjarmere. Han sier sånt som:

– Jeg står bak hver enkelt. Regn med meg!

Og:

– Våre sykepleiere er i verdensklasse. Uten dere stopper Norge!

Jubelen kan tyde på at han står der og *lover* likelønn. Men det han sier er:

– Jeg skal lytte til rettferdige krav om lønn og likelønn.

Hva som er riktig bemanning, vil han også lytte til. Salen applauderer.

TILBAKE TIL bilen i Buskerud:

– Hvis du tenker på sykepleierne – hva ser du?

– Jeg får bilder av den ene personen som er nær deg og gir trygghet. I livets mest sårbare situasjon.

Den ene gangen han har vært innlagt på sykehus, var i Paris, der

– Det kan hende hun har. Det er fint å tenke høyt med noen som har erfaring.

I hvert fall snakker han varmt om folkehelse og forebygging, så enhver helsesøster bør bli varm om hjertet. Selv forebygger han stadig sin egen helse i marka. I det siste flere ganger gående med Jens. Av og til er han på tur med barn – og hund.

– Du har hund?

– Ja, en langotto.

(Italiensk vannhund eller trøffelhund.)

– En av de få allergifrie hundene. Og det er bra for meg.

Han er også sett løpende med unge menn på slep.

– Du løper fra livvaktene?

– Det kan hende, avhengig av hvem det er. Jeg liker å løpe med dem. De er hyggelige folk.

– Du er opptatt av folkehelsen?

– Medienes oppmerksomhet flyttes fort til sykehus og det som mangler. Som sykepleierne er jeg opptatt av helheten.

– Forebygging gir ikke resultater før om 20 år – et dilemma for en politiker som vil bli valgt om ett?

– Ja, men jeg ville forsømme meg hvis jeg ikke også tar hensyn til de lange løp, som å ta tak i livsstilssykdommene. På Bråta i dag møtte jeg en beboer – hun var våken og engasjert, men hun hadde kols. Hun ga meg beskjed: De unge må ikke begynne å røyke.

STØRE MINNER STADIG om sin bakgrunn i Verdens helseorganisasjon. Fra 1998 til 2000 var han stabssjef, også kalt veskebærer, for Gro Harlem Brundtland da hun var generalsekretær. Da Jens ba ham skifte departement, konsulterte Jonas først Gro. Hun var ikke i tvil.

Etter sju år som utenriksminister er «global» et naturlig innslag i hans vokabular.

Han har sett grelle kontraster til vår privilegerte verden.

– Er kritikerne av det norske helsevesen sutrete?

– Det er galt begrep. Jeg får kritikk fra en del medier fordi jeg snakker om det som går bra. Men det har jeg tenkt å fortsette med. Noe annet er urett mot dem som gjør en god jobb og har grunn til å være stolt. Så må vi jobbe hardt for å rette opp feil. At det irriterer journalister at jeg snakker om det som går greit, får heller være.

– Mange sykepleiere føler de ikke får gjort jobben sin. Hva vil du si til dem?

– Veldig mange får gjort jobben sin. Hvis de ikke får gjort det de er satt til og det de er utdannet for, er det et spørsmål om organisere-

Etter narkosen våknet jeg opp med tre nonner ved sengen.

han studerte statsvitenskap og sosialøkonomi på åttitallet. Han fikk blindtarmbetennelse.

– Jeg var syk i et fremmed land, og hadde ingen hånd å holde i. Etter narkosen våknet jeg opp med tre nonner ved sengen. Jeg tenkte: «Vel, dette har altså gått galt.» Men nei, her var det «opp og stå, ut og gå.»

Dette fortalte han på fagkongressen. Nå forteller han at han har en sykepleier nær seg likevel. Storesøster Elisabeth er helsesøster og jobber på kompetansesenteret for amming på Rikshospitalet.

– Har hun bedt deg ordne opp i noe spesielt?

ring. Det er ingenting som ikke virker eller som er feil som ikke kan rettes opp.

Han fastslår at problemet ikke er sykehusenes inndeling i regioner, slik opposisjonen vil ha det til.

– Hovedutfordringen er hvordan man gjør det på arbeidsplassen. Hvilken evne ledelsen har til å organisere og samarbeide så de ansatte får gjort jobben sin.

– Og hva kan du gjøre med det?

– Som jeg sa til sykepleierne: Pasientene skal være glad det ikke

er jeg som skal behandle dem. Jeg kan styre ressursene til viktige oppgaver. Og ha klare bestillinger til ledere med ansvar. Og så må man være ... Hold linjen et sekund!

Støre forsvinner. Sjøføren vil vel vite veien til hytten.

– ... i stand til å lære av feil.

Pasientsikkerhet er et brennhett tema. Støre mener den er god. At han betvilte en rapport om utrygge forhold på legevaktene, førte til helseminister Støres første beklagelse fra Stortingets talerstol. Den gikk til en familie som var utsatt for feil på legevakten.

Man kan alltid bli bedre:

– Åpenhet om feil kan føles brutalt for mange. Men det skal være trygt å lære av feil. Det vil jeg medvirke til.

– Hva lærte du av Gro?

– Det skal mer enn et intervju til for å svare på det.

Han trekker likevel fram hennes vilje til å gjennomføre sine mål.

– Og å være klar til å stå i stormen om nødvendig.

Han føyer til:

– Gro var flink til å lytte og inkludere mange perspektiver. Mange har underkjent henne der. Jeg vil lytte bredt.

INGEN I REGJERINGEN blir klandret så mye som en helseminister. Nå er det attpåtil valgår. Eneste ros som er å få, er selvros. Mange spår at det bare blir dette ene året Støre får som helsetopp. Etter valget blir det blått.

– Får du tid til en reform eller andre store greier?

– Jeg vil gjennomføre store greier. Og perspektivet mitt er mer enn ett år, det kan jeg forsikre om. Men jeg vil advare mot å tro at det er størrelsen på reformene som er viktig om man vil et sted. Det er ikke struktur, men innhold og organisering som er viktig. Og det har jeg tenkt å gjøre noe med. 95 prosent av det som skjer i helsevesenet, skjer lokalt. Region Vest vet best om vest. Makt i ett departement er jeg skeptisk til.

– Kan du fikse IKT-problemene i helsevesenet?

– Fikse er veldig ambisiøst. Jeg håper å komme et viktig skritt framover, slik at dokumentasjonen flyter ordentlig.

– Hva er det beste valgflesket du kan servere sykepleierne?

– Altså, jeg tenker de skal kunne bruke kreftene på å gjøre jobben sin, ha god lønn, godt arbeidsmiljø, og at heltid er regelen, ikke unntaket.

– Noen hørte nok at du lovet likelønn i Oslo Spektrum.

– Jeg har sympati for Sykepleierforbundets budskap om likelønn. Men dette må skje gjennom forhandlinger i arbeidslivet.

STØRE HAR MØTT SYKEPLEIERE hos fastlegen, og på sykehusbesøk hos familien.

– Du har kanskje møtt dem under fødsler?

– Ja, to i Norge, en i Sveits. Sterke opplevelser.

– Ble du irritert da TV2 maste om ditt bruk av private helsetjenester?

– Sånt må jeg leve med. Men det blir litt dramatisk. Jeg er bruker av offentlige tjenester, går til fastlegen, har fått barn på sykehus. For 10–15 år siden var jeg på Volvat, men å trekke den slutning at jeg har dårlig tro på helsevesenet, er feil. Sist var jeg på Oslo legevakt. Jeg var fornøyd.

Nå ser han Hallingskarvet. Tonen blir en tanke knappere.



– Noe som har overrasket deg disse ukene?

– Det får jeg oppsummere senere.

Han er framme.

– Klarer du å kople av?

– Nå blir det fjellanorakk og støvler. Men litt jobbing med statsbudsjettet blir det også.

Klokken er 12.56.

To fjellturer blir det. Mandagen etter legges statsbudsjettet fram. Det er en dag for kritikk og misnøye, selv om både sykehus og kommuner får flere millioner enn noen gang. En melding fra departementet er ved en glipp lagt på nett. Det står at målet om 12 000 nye sykehjems plasser innen 2015 ikke kan innfris. Den blir fort fjernet.

Som sykepleierne er jeg opptatt av helheten.

I Dagsrevyen må Støre forklare seg – hva skal velgerne egentlig tro om løftet om full sykehjemsdekning?

– Vi har hele tiden sagt at det gjelder både nye og fornyete plasser, sier han og holder fast i at løftet skal holdes.

SØSTER ELISABETH er ordknapp når hun får spørsmål om sin lillebror. Hun strekker seg til å si at det er sju år mellom dem. Men hun gleder seg til å lese om ham i Sykepleien.

– Og du kan hilse!

Noen timer etterpå kommer Støre til toppetasjen på sin arbeidsplass for å la seg fotografere.

– Skal hilse fra din søster.

– Å? Har du snakket med henne? Var hun lojal?

– Jada.

Han poserer velvillig.

– Du får ikke så mye ros som da du var utenriksminister?

– Vi skal vel ikke la oss drive av det, vel. Heller av det som betyr mest, smiler han mykt.

– Og det er?

– De nærmeste.

– Og de er?

– Kone. Barn. Søster. ■■■

Feilutbetalt lønn, og plikt til å betale tilbake?

Vi får stadig henvendelser fra medlemmer som har fått for mye utbetalt lønn, forteller **Lars-Petter Eriksen**, spesialrådgiver i Sykepleierforbundets forhandlingsavdeling.

Ved for mye utbetalt lønn, ser vi ofte at medlemmene uten videre tilbakebetaler når de blir bedt om det, eller arbeidsgiver starter trekk i lønnen for på den måten få tilbake det som er feilutbetalt.

En arbeidsgiver som har utbetalt for mye lønn, kan ikke uten videre kreve pengene tilbakebetalt. I norsk rett finnes det ingen uttrykkelig, generell regel om hvorvidt betaler i sin alminnelighet har rett til å kreve beløpet tilbakebetalt. Man må derfor falle tilbake på den ulovfestede lære (condictio indebiti) der sakene må vurderes ut ifra en helhetsvurdering, der en rekke momenter er relevante.

Hvorvidt arbeidsgiver kan kreve å få pengene tilbake, vil i slike tilfeller blant annet avhenge av om arbeidstaker forsto eller burde forstått at vedkommende ikke hadde rett til å motta pengene. På bakgrunn av rettspraksis kan en legge til grunn at arbeidsgivers krav om tilbakebetaling som hovedregel bare vil få medhold i de tilfeller mottakeren ikke har vært i aktsom god tro med hensyn til riktigheten av utbetalingene. Det stilles ganske strenge krav til aktsomheten. Det holder ikke å hevde at man ikke forsto, men man må faktisk ikke ha forstått, eller burde ikke ha forstått at det var noe feil.

En viss undersøkelsesplikt i forhold til lønnsutbetalinger må man kunne forvente. Lønsslipper man får, må man regne med at man ser, og at åpenbare feil der oppdages. Imidlertid inneholder

sykepleieres lønsslipper ofte mange ulike poster, og de varierer fra måned til måned. Sann sett vil ikke en undersøkelse av lønsslippene alltid avklare feil, og noen ganger får man ikke engang tilgang til lønsslippene.

Feilutbetalinger knyttet til lønn har et visst annet preg enn andre feilutbetalinger. Lønnsutbetalingen vil ofte være helt sentral i den personlige økonomien. Der man i god tro har mottatt penger, og disse er brukt opp, vil et krav om tilbakebetaling kunne ramme urimelig hardt, og det såkalte oppgjørshensynet vil veie tungt i denne sammenheng.

Har arbeidstaker skylden, for eksempel ved å levere feilaktige timelister, vil en feilutbetaling på bakgrunn av dette lettere kunne kreves tilbake enn om skylden ligger hos arbeidsgiver.

Noen ganger er selve lønnsutbetalingen utført av andre enn arbeidsgiver. Her vil det normalt kunne foretas en såkalt identifikasjon mellom arbeidsgiver og lønnsutbetaler, og arbeidsgiver må bære kostnadene ved at det er skjedd en feil.

I lønssaker vil alltid arbeidsgiver regnes som den mest profesjonelle part, noe som normalt vil være ugunstig for arbeidsgiveren.

Har det gått lang tid siden feilutbetalingen skjedde, eller det tar lang tid fra feilen ble oppdaget til arbeidsgiver reagerer med krav om tilbakekreving, taler det for at pengene ikke kan kreves tilbakebetalt. Der det har skjedd feilutbetaling over tid, og arbeidsgiver fortsetter å utbetale feil,

til tross for at feilen har blitt oppdaget og påpekt, er imidlertid saken annerledes. I disse situasjoner vil man ikke så lett kunne påberope seg den aktsomme gode tro.

Der arbeidsgiver har rett i at det foreligger et tilbakebetalingskrav, oppstår spørsmålet om hvordan arbeidsgiver skal få tilbakebetalt pengene. Ofte iverksettes trekk i lønn, og da med en henvisning til formulering i arbeidsavtalen om adgang til dette. En slik formulering er ikke tilstrekkelig grunnlag for å iverksette trekk. Arbeidsmiljøloven har et generelt forbud mot trekk i lønn i § 14-15, der det heter at «Trekk i lønn og feriepengene kan ikke gjøres unntatt ... når det på forhånd er fastsatt ved skriftlig avtale.»

Det fremkommer blant annet i en uttalelse fra Sivilombudsmannen at en generell formulering om dette i arbeidsavtalen ikke oppfyller kravet til en forhåndsavtale. Det må derfor foreligge en konkret avtale knyttet til det aktuelle tilfellet for at det skal være et grunnlag for trekk.

Dersom arbeidstaker ikke vil inngå noen avtale om tilbakebetaling, og arbeidsgiver velger å forfølge kravet, må arbeidsgiver skaffe seg et tvangsgrunnlag for å inn drive gjelden. Hvis et krav tydelig er bestridt, kan det normalt ikke inn drives ved inkasso. Arbeidsgiver må i så fall gå veien om de ordinære domstoler (herunder forliksråd) for å få dom for kravet – og derigjennom et tvangsgrunnlag.

Passer på paragrafene:

