

Hvem er redd for Elin-k?

Ikke Sissel Skarsgaard (bildet). Hun leder et gedigent ikt-prosjekt som angår sykepleierne.

TEMA side 56-61

Ny DRG skal gjøre slurv ulønnsomt side 6

TETT PÅ: Harald Tom Nesvik, Frp side 30

Fatal feilmedisinering side 36

SMARTPRIS: Kari J. Grov fikk 50 000,- side 50



30



36



50

Uten parfyme. Uten farve. Uten
smak. Uten konserveringsmidler.
Uten tørre lepper.

LIP REPAIR
UDEN PARFUME
UTAN PARFYM



Natusan
INSTITUTION

Johnson & Johnson

Cervarix[®]

Ny vaksine gir vedvarende beskyttelse mot livmorhalskreft¹



Cervarix[®] har vist vedvarende effekt i opp til 5,5 år.¹

Barth Tholens om rus

Stilling: Redaktør i Sykepleien

E-post: barth.tholens@sykepleien.no

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

Opp å stå

Et samfunn må måles etter hvordan vi behandler dem som stiller aller svakest. Derfor må vi lykkes med rusomsorgen. Personlig er jeg skeptisk.

Skippergata har vært tungtrafikkmaskin for Oslo sugne rusmisbrukere. I Skippergata kan du se alt du ikke har lyst til å vise barna dine. Det er et stoppested for gamle og unge mennesker, fanget i en nedadgående spiral. Ingen misunner dem der de står og hutrer i vinterkulda – og ingen har noen gang hatt en drøm om å være der. Likevel er fortauene alltid stinne av folk. Dag og natt.

Å få mennesker med store rusproblemer opp å gå, på egen hånd og med en framtid foran seg, krever alt et samfunn kan mobilisere av humanisme. For rusmisbrukere har lenge vært lavstatus i befolkningen og nedprioritert blant pasientgrupper. De har stått nederst på stigen. Samfunnet har nok syntes at det var lettere å forholde seg til «vanlige» somatiske pasienter med en mer målbar diagnose.

Brekker man ryggen, vil veien til akuttmottaket være kort. Deretter følger intensivavdelingen, sengeposten, rehabilitering. Og så følger hjemmesykepleien opp. Det er en kjede av tiltak som mange pasienter vil oppfatte som en selvfølge.

For stoffmisbrukere, også de som har vært motivert for avvenning, har verden sett helt annerledes ut. Her er det ingen selvfølge at et akuttmottak står klart. Behandlingskjeden har ofte vært preget av lange ventetider, mangel på tilbud og fravær av ettervern. Halvparten av de cirka 15 000 sprøytemisbrukere og 30 000 alkoholister her i landet har i tillegg psykiske lidelser. De har høyest sykkelighet og dødelighet av alle pasientgruppene. Derfor representerer de en stor utfordring for hjelpeapparatet. Selv om rusmisbrukere ønsker å komme tilbake til samfunnet, er veien dit ofte kronglete. Det blir mange tilbakefall. Det er lett å miste motet.

Regjeringen la i fjor fram en opptrappingsplan for rusfeltet. Den kom ikke en dag for tidlig. For her er det mye å ta fatt i. Feltet har vært sulteføret i altfor mange år. Sykepleierforbundet

har ønsket planen velkommen. Det tas nå sikte på å øke behandlingsskapiteten og å få til en bedre samordning mellom ulike tjenester. Målet er også å gi feltet etterlenget kompetanse.

Dessverre følges ikke opptrappingsplanen i rusfeltet opp med flere midler. Derfor er jeg skeptisk til om vi egentlig klarer å nå de målene som regjeringen har satt seg. Det er som å si «opp å stå» til en pasient som ligger nede for telling: Målet er bra, men du må gi vedkommende noe for at han skal komme seg dit.

Opptrappingsplanen har en klar visjon og skisserer en rekke tiltak, særlig knyttet til forebyggende tiltak blant barn og ungdom. Det er bra. Men det som trengs er akutte døgn tjenester og en lovfestet rett til en lavterskel helsetjeneste i kommunen for tunge misbrukere. Å gi rusavhengige spesialisert behandling kan være fånyttet hvis vedkommende skal tilbake til en kommune som ikke har råd til å stille opp med ettervern og tilfredsstillende boforhold.

Å tro at man kan bygge opp slike helhetlige behandlingsskjeder uten å tilføre det totale rusfeltet flere midler, er i beste fall svært optimistisk. Et lite forvarsel om hvordan dette er tenkt å bli løst ser vi nå i Helse Sør-Øst. Foretaket har nettopp avvirket en anbudskonkurranse med private institusjoner i rusfeltet som kan gi tverrfaglig spesialisert behandling (TSB). Det nye er nå at langtidsopphold ikke skal vare lengre enn ett år. Det innebærer en vesentlig kortere behandlingstid enn mange eksperter anser for nødvendig.

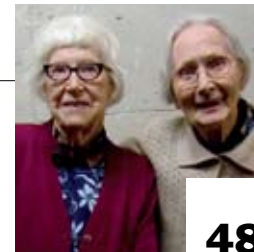
Helse Sør-Øst forsikrer at målet er å gi rusavhengige et godt tilbud og å korte ned ventetidene. Langtidsklientene skal nå raskere tilbake til hjemkommunen og bli fulgt opp der. Det forutsetter imidlertid at kommunene har et tilbud klart den dagen vedkommende kommer.



Slik er ikke virkeligheten i dag. Og hvordan skal det kommunale tilbudet bedres drastisk uten flere penger i potten?

– Man kan ikke forandre noe i spesialisthelsetjenesten hvis man ikke forandrer noe i kommunehelsetjenesten. Alt må forandres i samspill med tanke på helheten, skriver Jon Storås i Rusmisbrukernes Interesseorganisasjon.

Det er jeg hjertens enig i.



Forsidefoto: Marit Fonn

Sykepleien

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

Ansvarlig redaktør

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

Markedssjef

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

E-post:

redaksjonen@sykepleien.no
interaktivt@sykepleien.no

Repro og trykk

Stibo Graphic AS

**Sykepleiens formålsparagraf:**

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

- 6 Slurv skal koste
- 9 **Vi bare spør** Ellen Beccer Brandvold
- 10 Folk
- 13 Slankepress på Helse Sør-Øst
- 16 Brev til ministeren ble bok til ansatte
- 18 Postkort til en minister
- 19 Rus og psykiatri på dagsorden
- 20 **Dokumentar:**
Mamma fikk brystkreft
- 27 Sykepleiere tar parti
- 29 Avslørt av DNA
- 29 28 sykepleiere mistet autorisasjonen
- 30 **Tett på** Harald T. Nesvik
- 34 Hør her: Normann mot Normann
- 36 Fatale feil
- 42 **Bøker:**
 - Forfatterintervju: Stine Skorpen
 - Månedens bøker
 - Bokomtaler
 - 9 spørsmål til Tormod Huseby
- 48 På veggene
- 50 **Smartprisen 2007:** Her er vinnerne
- 53 Ny runde om lokalsykehusene
- 54 Stjernø skremmer studentene
- 54 Nekter å legge ned sykepleierutdanning
- 56 **Tema: IKT**
 - Hvem er Elin-k?
 - En øvelsessak
 - Mindre løping etter papirer
 - Stiller store krav til innhold
 - – Må være robust
- 72 Fagnotiser
- 74 Øyeblikket: Langt fra Hamar
- 77 **Refleks:** Gørhil Gabrielsen
- 78 Siden sist
- 79 Meninger
- 79 Riskhospitalet
- 82 Quiz
- 83 Før: «...å begynne i sykepleien»

Fag i utvikling:

- 36 Fatale feil
- 62 Aktiv bruk av pleieplan
- 65 Fagkronikk: **Kjersti Sunde Mæhre**
- 66 Fagkronikk: **Ingrid Næss-Holm**
- 68 Dilemma: «Ingen får vaske meg»
- 70 Fagdebatt: Sveinung Monstad

- 84 Sykepleien JOBB – ledige stillinger
- 105 Meldinger, skoler og kurs
- 112 NSF: Kontingent i 2008
Forsikringer

Lisbeth Normann om likelønn

Får være med mamma

Da mamma fikk kreft, fikk Birgitte (9) følge henne til cellgiftbehandling på Nordlandssykehuset. Åpenhet er nøkkelordet for kreftsykepleierne. Da vil også barna klare seg best.



Foto: Inger E. Eftevard Orvin

Slurv skal koste

Er det riktig at sykehus skal belønnes når de påfører en pasient komplikasjoner i forbindelse med en behandling? I USA blir det slutt på det til høsten.

Den amerikanske DRG-finansieringen har gått sin seiersgang over verdens sykehus. Nå kommer en ny økonomisk mote derfra: Sykehusene skal få betalt for det vi vil ha og ikke for det vi ikke vil ha.

Det er bare å lære seg uttrykket først som sist: Payment og non-payment for performance. En av Skandinavias sykehusøkonomikspert, professor Kjeld Møller Pedersen ved Syddansk universitet, spår at vi vil se tendensen til dette innen de nærmeste tre til fem år. Det handler altså om å sette kvalitetskrav til pasientbehandlingen i sykehusene ved å bake dem inn i finansieringsordningen.

Belønner svikt

– DRG slik vi kjenner det i dag, belønner svikt i systemet, sier Møller Pedersen og viser til et tenkt eksempel:

En pasient som blir operert får en sårinfeksjon som kanskje fører til ny innleggelse, eventuelt forlenget innleggelse og muligens en reoperasjon. Med korrekt kodeføring fra sykehusets side, vil dette gi mer inntekter enn en vellykket operasjon uten komplikasjoner.

– En sårinfeksjon vil i sakens natur ikke være påført med vilje for å skape økte inntekter, men spørsmålet er om DRG-systemet gir de nødvendige insitamenter til å ville forbedre den faglige kvalitet, sier professoren.

– Mener du at man ikke bør gi anledning til DRG-koding for komplikasjoner som kunne vært unngått?

– En slik kodepraksis vil være nesten umulig å innføre på konsistent vis.

Likevel har amerikanerne nylig gjort det til en viss grad, og Møller Pedersen mener altså at vi sannsynligvis vil importere noe av tankegodset til Skandinavia i den nærmeste fremtid.

Men noen prosedyrer har mye høyere risiko for komplikasjoner enn andre.

– Hvor skal grensen gå for hva som ikke skal få refusjon?

– Kriteriene avhenger av om det er vitenskapelig dokumentasjon for at langt over hoveddelen av komplikasjonene i en gruppe kan unngås ved at sykehuspersonalet har den riktige atferd, sier Møller Pedersen og henviser til hvordan amerikanerne har gjort det:

To fremgangsmåter

Medicare er forsikringselskapet som refunderer penger til sykehusene for pasientbehandlingen av eldre i USA. Dette selskapet har nå laget en liste med åtte tilstander som sykehusene ikke lenger skal få DRG-refusjon for, dersom tilstanden har oppstått mens pasienten var innlagt på sykehus. De nye reglene skal gjelde fra 1. oktober i år. Listen er kontroversiell. Noen mener selskapet har gått for langt, andre mener det ikke har gått langt nok. For eksempel er det mange postoperative infeksjoner som ikke er med på listen.

En annen måte å oppnå større

GLEMSKE KIRURGER KOSTER: I 2006 i USA betalte Medicare for 764 tilfeller der pasienter måtte reopereres fordi kirurgen hadde glemt noe igjen inne i pasienten. Gjennomsnittsprisen var 62 dollar per tilfelle, ifølge New England Journal of Medicine.





kvalitet på er å belønne god pasientbehandling ved hjelp av bonusordninger. Møller Pedersen forteller at amerikanske undersøkelser har vist at en bonus på 1-3 prosent av Medicares utbetalinger for pasienter over 65 år er nok til å få sykehusene til å skjerpe rutinene.

– Et sykehus skal ikke straffes for utilsiktede hendelser. Men vi ønsker å unngå at sykehus via systemisk svikt, for eksempel rundt hygiene, kan gi skader som i prinsippet kunne vært unngått.

Han nevner kateterinduserte infeksjoner som et eksempel på dette.

– Slike infeksjoner er det mye av, og sykehusene vil spare på det dersom de kunne fått ned dette tallet, sier Møller Pedersen.

Også Erik Normann, direktør ved Akershus universitetssykehus, tror at disse tankene er noe sykehusene må forholde seg til de nærmeste år.

– Jeg har hørt om dette flere ganger bare det siste halvåret. Det er jo tankevekkende at tilstander som man vanligvis betrakter som komplikasjo-

ner til en behandling, skal bli belønnet i DRG-systemet. Flere steder i utlandet snakker man nå om enten en avkorting eller manglende finansiering av slike tilstander, sier han.

Tapsbudsjettering

Anders Baalsrud er sjef ved avdeling for helsefaglig støtte på Rikshospitalet. Han tror det er et stykke vei å gå før DRG-systemet også kan brukes som et kvalitetsinsentiv.

– Ideen om økonomiske insentiver på kvalitet og ikke bare på volum er moderne, og blir vel en realitet også hos oss. Noen har til og med foreslått å legge negative insentiver i form av bøter på grov kvalitetssvikt, sier han.

Baalsrud ser tekniske og operasjonelle utfordringer med dette og peker på at det også kan ha vridningseffekter mellom sykehus, som er politisk problematiske, blant annet ved at det fort kan bli for kostbart for mindre sykehus.

Han legger til at det neppe er god butikk å påføre pasienter skader.

– Selv med dagens finansiering er

bedre pasientsikkerhet sannsynligvis i overveiende grad lønnsomt, kanskje med unntak for noen særlige kostbare tiltak, sier han.

Baalsrud håper at sykehusene innen fem til ti år vil bli pålagt å beregne og budsjettere for tapkostnader, og at de gis mulighet til å ta ut kvalitetsgevinster også økonomisk.

– Da vil alle gevinster av øket sikkerhet komme sykehuset selv til gode og det kan bli enda mer lønnsomt å forebygge skader enn det er per i dag, sier han.

Professor Møller Pedersen har nettopp vært på en konferanse i USA hvor han så at denne måten å tenke på synes å vinne fram.

– I noen kvalitetssystemer, for eksempel ISO, som særlig brukes i det private næringsliv, inngår kostnader «due to bad quality», for eksempel kassasjon eller ny produksjon, som standardkomponent. Det kan sykehusene bruke spesielt for å synliggjøre hva dårlig, eller utilstrekkelig kvalitet gir av ekstra kostnader, sier han.

Komplikasjons-liste

Her er Medicares liste over tilstander som fra 1. oktober ikke lenger kan utløse DRG-refusjon:

1. Luftblære-emboli.
2. Blod-uforlikelighet.
3. Kateterassosiert urinveisinfeksjon.
4. Liggesår.
5. Vaskulær kateterassosiert infeksjon.
6. Betennelse i brysthulen etter bypassoperasjon.
7. Fall fra seng.

DRG

Diagnose Relaterte Grupper (DRG) så dagens lys ved Yale University i USA på slutten av 1970-tallet. Det er et grupperingssystem som etter hvert har utviklet lokale varianter tilpasset ulike land, og brukes både som klassifiseringssystem og prissystem.

På grunnlag av diagnosekoder, kirurgiske prosedyrekoder, kjønn, alder og utskrivningsmåte deles innlagte pasienter i om lag 500

grupper, som skal være medisinske meningsfulle og ressursmessige homogene.

I Norge startet arbeidet med å få til et DRG-system i 1985. I 1997 ble det en del av ISF-systemet (innsattsstyrt finansiering) for somatiske spesialisthelsetjenester. Slik ISF fungerer i dag, får de somatiske sykehusene 60 prosent rammefinansiering fra Staten og 40 prosent stykkprisfinansiering via DRG.



Professor Kjeld Møller Pedersen spår at det snart er slutt på at sykehusene får mer penger for en pasient som får en komplikasjon av behandlingen enn en som blir frisk.

Daivobet® -
et førstevalg ved
behandling av psoriasis!

Å føle velvære
- også med psoriasis

LEO®

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



LEO Pharma AS

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



Daivobet®
calcipotriol/
betametason dipropionat

Se preparatomtale side 81

Ellen Beccer Brandvold

Alder: 51 år

Aktuell som: Nye generalsekretær i Norsk Sykepleierforbund (NSF)

BAKGRUNN:

Brandvold tar over som ny generalsekretær etter påske, etter Aud Blankholm. Brandvold er nå kommunalsjef på Nesodden. Hun har jobbet mest som leder, blant annet som fagsjef i Kreftforeningen. Hun har vært medlem i NSF's forbundsstyre i to perioder.

Søkte du, eller ble du hentet?

– Hentet. Men det synes jeg egentlig er irrelevant.

Hvorfor ville du bli generalsekretær?

– Det er det der med å få hente fram sykepleieren i meg. Og igjen å få være i en dynamisk organisasjon som jobber på et overordnet plan, både nasjonalt og internasjonalt – med masse folk å spille på lag med.

Du har sterke meninger om sykepleie, men nå skal du administrere. Klarer du det?

– Jada. Men det er ikke sånn at en administrativ leder ikke skal ha meninger, heller ikke i NSF. Selvfølgelig skal politikerne drive med politikk. Like selvfølgelig er det at jeg skal sørge for gode prosesser slik at de kan drive god politikk.

Hvorfor må en generalsekretær være sykepleier?

– Den beslutningen er jeg veldig enig i. Det er en forutsetning for å forstå hele beveggrunnen for organisasjonen NSF, som på en måte er en bevegelse. Hjertet må med. Dette er ideologi, det er mer enn en jobb.

Et krav til stillingen var mastergrad. Hva skal du bruke den til – for du har vel master?

– Jeg har embetseksamen i sykepleievitenskap. Det handler ikke nødvendigvis om kunnskap. Vel så mye handler det om å ha lært å lære og formidle.

Hvilket forhold har du til NSF-leder Lisbeth Normann?

– Godt. Vi ble kjent da vi begge jobbet som oversykepleiere på Rikshospitalet. Vi satt

sammen i utvalget om enhetlig ledelse og sto i et voldsomt trøkk. Og jeg hadde styreverv i NSF da hun var fagsjef. Jeg vet at vi samarbeider bra.

Venninner, altså?

– Det er ikke det begrepet jeg ville brukt. Vi er godt kjente. Med felles plattform.

Hva blir din viktigste oppgave?

– Å sørge for at administrasjonsapparatet legger fram gjennomarbeidete saker for politiske beslutninger. Jeg skal både initiere og inspirere til politiske saker og ta oppdrag fra politisk ledelse. Og jeg skal ha følere ute i organisasjonen.

Hva er NSF's viktigste utfordring?

– Definitivt å sørge for at sykepleietjenesten får den plass den fortjener i den helsepolitiske debatten i Norge. Sykepleierne gjør en forskjell. Det må speiles i anerkjennelse og lønn.

Vil NSF stadig vokse?

– Ingenting tyder på noe annet. Men det er viktig at NSF fortsatt blir en organisasjon det er naturlig for sykepleierne å være medlem i.

Hva har vært din morsomste sykepleierjobb?

– Jeg har bare hatt det morsomt, jeg! Jeg må likevel si den tiden jeg var utøvende sykepleier. Det inspirerte meg til videre utdanning og jobb.

Hvor var du utøvende?

– Litt på Bærum sykehus og mest på Sunnaas. Til sammen sju år.

Hva er din beste lederegenskap?

– Evnen til å engasjere og motivere.

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





Årets jordmor

Vibeke Jakobsen ble i januar kåret til årets jordmor av magasinet BAM. Jakobsen var nettopp begynt å jobbe etter å ha vært syk i over ett år, da hun som jordmor ved fødeavdelingen i Bodø fikk en komplisert fødsel å ta seg av. August som skulle ut, lå på tvers i magen. Vannet gikk før keisersnitt ble tatt, August sank ned i bekkenet og navlestrengen kom i klem. Fosterlyden ble svakere og svakere. Da gikk Jakobsen inn i livmoren med hånden, dyttet Augusts arm bort og holdt fingrene

Vibeke Jakobsen reddet lille August, som kom i klem under fødselen.

rundt navlestrengen slik at ingenting klemte og hindret oksygentilførsel til August.

– August tok rundt hånden min da han kjente min. En fantastisk følelse å holde et barn i hånden inni livmoren, sier Jakobsen, og er glad for at for at hun fortsatt hadde faget «i fingrene» etter så lang tid borte fra jobben.

– Hennes snarrådighet reddet gutten vår, sier mamma Wenche Valle Thomassen, som har to barn fra før.

Sykepleiere i Grand Prix

Er helgetillegget for lite? Ta en sang. Det kan gi bedre avkastning enn en dobbeltvakt på påskeaften. Når dette bladet trykkes, synger trio **Tinkerbells** i den norske sistesjansen til Melodi Grand Prix. To av medlemmene er sykepleiere. Aina Beate Gundersen jobber på seksjon for psykosebehandling på Veum i Fredrikstad, mens Cathrine Iren Iversen er ansatt ved barneavdelingen på sykehuset i Fredrikstad.

– Så vi er godt forberedt til å takle enhver hyperventilering, forsikrer de.

Gundersen fikk beskjed av farmoren, som selv titulerte seg som søster, om at det var sykepleier hun måtte bli, fordi det var det mest meningsfulle yrket hun kunne ha.

– Hva liker du best, artist- eller sykepleierlivet?

– Jeg kan ikke sette de to opp mot hverandre, men jeg er enig med farmor og har tenkt å søke videreutdanningen i psykiatri etter hvert, sier Gundersen som ble ferdig sykepleier i 2006.

– Break a leg, sier vi og håper ortopedisk avdeling i Fredrikstad ikke forventer stigende DRG-indeks av den grunn.



SYNGENDE SYKEPLEIERE: Fra venstre Aina Beate Gundersen, Renate Gjerløw Larsen og Cathrine Iren Iversen. Foto NRK-foto: Fredrik Arff

Sa opp og bannet



Anestesisykepleier i akutt-mottaket ved Bærum sykehus og tidligere ved Universitetssykehuset i Nord-Norge, Lona Gamst, har

sagt opp sin stilling i protest mot nedskjæringer i helsevesenet.

I Nordlys 14. januar begrunner hun hvorfor, med det forrykende leserinnlegget «Unnskyld at jeg banner!».

Der roper hun høyt om hvordan hennes kjære helsevesen etter hvert har blitt et uvesen, der tidsnød gir en kaotisk hverdag med uansvarlig pasientbehandling.

– Det er en protest mot all nedskjæring i helsevesenet, ikke bare på Bærum sykehus. Jeg tror det kommer til å bli en flukt fra helsevesenet om presset fortsetter, sier hun til Sykepleien, som også trykker innlegget på side 80 i denne utgaven.

– Hva skal du gjøre nå?

– Jeg vet ikke helt, men har lyst til å fortsette med noe innenfor helse.

Sykepleien klarer bare å finne ett anneord i leserinnlegget og synes ikke det er noe å unnskyldte.

Kanskje litt bannskap hjelper når du trenger mer mannskap?

Foto privat

Om hus og menn



Denne ukens idé kommer fra Nøtterøy, eller Isle of nuts, om du vil. Psykiatrisk sykepleier og feltpleier **Jon Lystrup** har vært i lokalavisa Tøns-

bergs Blad og ønsker seg et treffsted spesielt rettet mot mannfolk. Han ser for seg et lavterskeltilbud. En arena med åpen dør hvor menn kan møtes på menns premisser.

– Et sted som bryter isolasjonen, hvor de kan slå av en prat, lese Dagens Næringsliv, se på CNN, snakke politikk, turer, opplevelser, utfordringer og muligheter, sier Lystrup uten blygsel.

I Sykepleien gratulerer vi med initiativet, og noterer oss at DN, CNN og politiske diskusjoner er Nøtterøy-mannen i et nøtteskall.

Foto: Anne Charlotte Schøll

Vi siterer

Annie Lennox

da hun sa hvem hun beundrer:

– Alle hjelpearbeiderne. Sykepleierne som ikke har noen stemme. Legene som tar imot 50 pasienter på en morgen, uten skikkelig sanitetsstyr. Men det er fortvilende at de blir utslitt.

Kilde: Magasinet i Dagbladet, 5. januar

EMSELEX® - EFFEKTIV¹ OG M₃ SELEKTIV

Effektiv¹

VEIEN TIL BEHANDLING AV OVERAKTIV BLÆRE

- 77% reduksjon av antall episoder med urgeinkontinens¹
- Godt tolerert¹
- En dose - 7,5 mg eller 15 mg daglig²

REFUSJON PÅ
BLÅRESEPT PUNKT 40

 **Emselex**[®]
(darifenacin) DEPOTTABLETT 7,5mg og 15mg
Effektiv og M₃ selektiv

Id-kode: 4053/10.2007

Referanser:

1. Chapple C, et al. A pooled analysis of three phase III studies to investigate the efficacy, tolerability and safety of darifenacin, a muscarinic M₃ selective receptor antagonist, in the treatment of overactive bladder. BJU Intl. 2005;95:993-1001.

2. FK-tekst 12.04.2007

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

Fornuftig kosthold er et av flere
nødvendige valg.



Foto: Studio 5



Kavli Lettost - kun 3 % fett - Norges magreste!

Alle liker 

Slankepress på Helse Sør-Øst

Helse Sør-Øst må slankes for 781 millioner kroner, sier Magnussen-utvalget. Nå klamrer regionen seg til et halmstrå av håp om at forskning bør med i regnestykket.

Da Magnussen-utvalget la fram sitt forslag til ny fordeling av rammebevilgningene fra staten til helseregionene i januar, tok det ikke lang tid før Bente Mikkelsen, administrerende direktør i Helse Sør-Øst, var ute med pekefingeren. Hun mener at forskningsfinansieringen ikke er fullt nok ivarettatt i utvalgets modell. – Hvis en tar hensyn til den store forskningsinnsatsen i helse Sør-Øst, vil omfordelingen bli marginal. Det framgår av utvalgets innstilling at denne underfinansieringen utgjør om lag 600

millioner kroner, sier hun i en pressemelding.

Ansattrepresentant i styret for Helse Sør-Øst, intensivsykepleier Morten Falkenberg, legger til at dersom gjestepasientfinansieringen blir som utvalget foreslår (100 prosent, i motsetning til i dag hvor den er på 80 prosent), vil Helse Sør-Øst få 120 millioner tilbakeført der.

Dermed skulle man tro at 720 millioner kroner av tapet på 781 millioner kan dekkes inn igjen. Eller?

Forsker for mye

Jon Magnussen som ledet utvalget er ikke enig i en slik logikk. Han mener det ikke ville vært riktig å ta hensyn til forskning fordi utvalget har sett på regionale forskjeller i behov og i kostnadene ved å dekke dette.

– Det gir ikke mening å snakke om «regionale forskjeller i behov for forskning», derfor har vi kun konstatert at Helse Sør-Øst ser ut til å forske for cirka 600 millioner kroner mer enn de har inntektsgrunnlag for, og de tre andre helseregionene forsker samlet for

340 millioner mer enn de har inntektsgrunnlag for, sier han.

Men så lenge forskning dels skal dekkes av rammefinansieringen, kan det virke rart å ikke ta hensyn til omfanget av forskningen i en fordelingsnøkkel.

– *Selv om det ikke er et regionalt behov, er det vel et nasjonalt behov der, og utgiftene vil da naturlig nok være større der man har et nasjonalt sykehus som Rikshospitalet, eller hur?*

– Fordeling av forskningsmidler er ikke behovsstyrt, men dels politisk styrt. I dag skjer dette gjennom



BER OM MER: Bente Mikkelsen vil ha forskningsutgifter med i fordelingsnøkkelene når helsekronene skal fordeles mellom regionene.



VIL IKKE GI MER: Jon Magnussen synes ikke det gir mening å snakke om «regionale forskjeller i behov for forskning» og sier fordeling av forskningsmidler er politisk styrt, ikke behovsstyrt.



HELHETSSYN: Morten Falkenberg savner at første- og andrelinjetjenestens økonomi ses i sammenheng og håper ikke en eventuell nedbygging i Helse Sør-Øst vil ramme prioriterte grupper.

et fast beløp og en stykkpris. Det betyr at de som forsker mye, får mer penger. Samtidig er det rimelig å anta at de som forsker mye, har lettere for å tiltrekke seg eksterne midler fra Norsk forskningsråd, EU, industri og så videre, sier Magnussen.

Som et vanlig underskudd

Utvalget mener at underskudd på grunn av forskning i prinsippet ikke er forskjellig fra underskudd knyttet til høy behandlingsaktivitet. Videre anbefaler det at man går gjennom forskningsfinansieringen og vurderer omfang og innretningen på denne.

Hvis denne gjennomgangen

i stedet for 781 millioner som i nåværende forslag.

– Å ta med forskning i regnestykket ville derfor ikke løst Helse Sør-Østs utfordringer. I tillegg vil en slik tildeling innebære en politisk aksept for at den fordeling man i dag har av forskningsaktivitet er den politisk ønskelige. Det er det neppe full enighet om, for å si det pent, mener Magnussen.

Savner helhetlig syn

Ansatterepresentant Morten Falkenberg setter pris på at Magnussen-utvalget er satt til å finne en så objektiv fordeling av helsekronene som mulig. Han mener Hagen-utvalget (nedsatt i

gjør i Sør-Øst-regionen. Muligens kunne de 781 millioner kronene Helse Sør-Øst har fått for mye heller vært brukt til å styrke helseandelen i kommuneøkonomien, filosoferer Falkenberg.

Magnussen opplyser at utvalget av prinsipp ikke ønsker å straffe eller kompensere de regionale helseforetakene for kommunale variasjoner i tjenestetilbudet. – Så lenge dette er to ulike forvaltningsnivå må inntektssystemet både for helseregionene og for kommunesektoren ses som to separate beslutninger. En annen diskusjon er om man burde se behovet for ressurser til helsetjenester samlet, men det er utenfor mandatet til dette utvalget, sier han.

Nedbygging i Helse Sør-Øst

Magnussen-utvalgets konklusjon er ikke så ulik konklusjonen som kom fra Hagen-utvalget. Den gangen hadde også Helse Midt-Norge og Helse Vest fått for lite. Forskjellen er bare at nå har også Helse Nord kommet med i den klubben.

– *Hva tenker du om at fordelingen fremdeles er så skjev, Magnussen?*

– Etter min vurdering var det galt å ikke implementere Hagen-utvalgets forslag. Konsekvensene ble stort fokus på geografisk skjevfordeling, stadige tilleggsbevilgninger og lite oppmerksomhet rundt helseregionenes egentlige oppgave – å levere gode helsetjenester til sin befolkning. Morten Falkenberg sier at han etter forrige gjennomgang opplevde at man i tidligere Helse Sør prøvde å følge Hagen-utvalgets beregninger og at alle var enige om prinsippene.

– Men når de så effekten i tall, ble de uenige. Det kan sikkert skje med Magnussen-utvalgets

innstilling også. Det er utrolig vanskelig å lage en objektiv fordelingsnøkkel. Men dersom politikerne følger innstillingen, må de først gjøre seg kjent med konsekvensene av den, og tørre å stå bak egne vedtak.

Skulle innstillingen gå gjennom slik et enstemmig utvalg på 14 personer har foreslått, vil det bety store omstillinger for Helse Sør-Øst. Utvalget anbefaler overgangsordninger som vil gjøre det mulig å gjøre dette innenfor forsvarlige rammer, men foreslår ikke noe konkret.

– Da må nedbyggingen følge de nasjonale retningslinjene for hva som skal prioriteres, og ikke ramme rus, psykiatri, kreft og barn, sier Falkenberg.

Konsekvensen vil i så fall bli nedbygging av aktivitetene i Helse Sør-Øst.

Morten Falkberg, ansatterepresentant

skulle ende med en finansieringsform som «tilbakebetaler» Helse Sør-Øst de 600 millionene, samt at utvalgets forslag om 100 prosent finansiering av gjestedøgn går gjennom, blir det ikke slik at Helse Sør-Øst bare må belage seg på et tap på 61 millioner kroner i stedet for 781 millioner.

Ifølge Magnussen er forklaringen at hvis tildelingen til Helse Sør-Øst øker med 600 millioner fordi man vil fullfinansiere forskningen, må også de øvrige helseregioner tildeles 340 millioner ut fra samme resonnement. Utvalgets mandat var å holde seg innenfor gjeldende ramme, det betyr at de 940 millionene til forskning i så fall må tas fra basisbevilgningen. Dette ville bare gitt en nettoeffekt for Helse Sør-Øst på 90 millioner, dermed må regionen fremdeles slankes. Forskjellen er bare at det hadde blitt 691 millioner kroner

2002 for å gjennomgå rammefinansieringen) var skritt én og at Magnussen-utvalget er skritt to i å gå vekk fra den historiske måten å fordele pengene på, som har hengt ved rammefinansieringen siden sykehusene var fylkeseid.

– Den gang fordelte fylkeskommunene ulikt mellom sykehus, vei og skole. Mens ett fylke prioriterte vedlikehold av sykehuset sitt, valgte et annet å asfaltere veiene. Disse prioriteringene lever vi med fortsatt. Men hvis vi skal fjerne de historiske element helt her, savner jeg at man ser første- og andrelinjetjenesten mer under ett.

– *Hva tenker du på da?*

– Jeg tror at de kommunene som har nærhet til spesialisthelsetjenesten har rigga seg til annerledes enn de som har større avstand. Kanskje har de et høyere forbruk av spesialisthelsetjenestene når disse finnes så nært, slik de ofte



Innstillingen

Magnussen-utvalget har sett på en ny fordelingsnøkkel for rammetilskuddet fra staten til våre fire regionale helseforetak. Innstillingen innebærer at Helse Sør-Øst har fått 781 millioner kroner for mye av en samlet bevilgning på 83 milliarder kroner, mens de andre tre regionene har fått for lite. Omfordelingen utvalget foreslår vil da gi en økning på 324 millioner for Helse Midt-Norge, 246 millioner kroner for Helse Vest og 211 millioner kroner for Helse Nord.

Utvalget står samlet bak innstillingen og høringsfristen er satt til 11. april 2008.

4 viktige ting å huske om Loette

- Lavdosert p-pille med 20mcg etinyløstradiol¹
- Gir ingen vektøkning²
- 35% reduksjon av acne-lesjoner med Loette¹
- Og selvfølgelig...



Loette leveres av Wyeth - en av verdens ledende produsenter av kvinnehelseprodukter.

så lite som mulig, men så mye som nødvendig ¹

Brev til ministeren ble bok til ansatte

ASKER: Dikemark-sykepleierne kjenner seg igjen i boken de har fått i gave fra ministeren. Men aller helst burde politikerne lest den, mener de.



Ansgar Gabrielsen.

Da Ansgar Gabrielsen var helseminister, fikk han over tusen brev fra pasienter og pårørende. Brevene berørte ham og gjorde ham nedstemt, fortalte han i et portretintervju med Sykepleien i 2004. Brevene er blitt til boken «Brev til en minister», som nå er delt ut til alle landets 200 000 helse- og sosialarbeidere.

Sjekke velkomsten

Bøkene ble sendt puljevis fra 15. januar. Ni dager senere tar Sykepleien en tur til post 6V på Dikemark sykehus i Asker for å sjekke hvordan gaven fra helsemyndighetene blir mottatt på golvet.

Tre mil vest for Oslo breier murbygningene seg utover snødekte marker. Tårn, høye etasjer og store vinduer gir først et staselig inntrykk. Men på veien til post 6V mellom husveggene viser avflassete fasader at storhetstiden er over. Over en bro, forbi noen jorder ligger sykehusets nyeste bygg, fra 60-tallet i rød teglstein.

6V ligger i andre etasje. Til venstre er lukket avdeling. Høyre-fløyen er tom; åpen avdeling er nettopp nedlagt. Rett fram, bak vinduer og låst dør sitter en mengde personer rundt et bord. Psykiatrisk sykepleier Wenche Johannessen låser opp.

– Berettiget

Boken kom uventet på de fleste, forteller staben, som har personalmøte. Men hjelpepleier Gunn Skjellestad hadde sett Gabrielsen på frokost-tv. Og psykolog Anette Stamland Solvi visste om en fra et

annet sykehus som leste boken i julen.

– Så jeg håpet at jeg skulle få den, også, sier psykologen.

Ingen har lest hele boken ennå. Men Wenche Johannessen har vært gjennom trekvart. Ove Martin Fjellhøy, som også er psykiatrisk sykepleier, har lest bruddstykker.

– Innholdet er ikke uventa. Klage fra pasienter og pårørende er kjente. Vi synes noen ganger de er berettiget, også. Vi har jo ofte flere oppgaver enn vi har ressurser til, derfor klarer vi ikke alltid å ta imot misnøyen på best mulig måte. Jeg synes ikke det er rart at noen skriver til ministeren, sier Johannessen, som synes det er stas å få bok.

– Vi er jo ikke vant til å få noe, bare en blomst og konfekt til jul. På deling.

Hun liker perspektivet i boken og berømmer forfatteren fordi han klarer å vise sammenhenger og helhet.

Solvi synes boken viser godt at det kan være vanskelig å være dem som skal bruke tvangsmidler.

– Det er ikke ok å være på den siden i helsevesenet.

Rusten

– Hvem bør lese boken?

– Politikerne!

Svaret er unisont.

– Også de burde ha fått den.

Enhetsleder Monica Myrberg forteller om stadige nedskjæringer og nedleggelse. Og om et litt «rustent» personale som ikke alltid vet hvor de jobber rundt neste sving.

– Fra 1. september til i dag har vi

kuttet over 20 døgnplasser. Nå kuttes ytterligere 10. Sånn sett synes jeg personalet klarer seg godt.

Solvi påpeker at noen pasienter kommer til dem med politi.

– Det gir ingen lett start, verken for dem eller oss.

– Ifølge brukerundersøkelser vil de fleste ikke hit. Men når de skal dra, vil de ikke dra heller, sier sosionom Pål Harald Carlsen.

– Er boken faglig interessant for dere?

– Ja, for eksempel om det å bruke tvang. Vi har våre begrensninger. Samtidig opplever vi at pårørende vil at vi bruker tvang mer enn vi har lov til, sier lege Cato Brede.

– Det er alltid nyttig, selv om du har jobbet lenge, å høre hvordan andre ser det fra utsiden, sier Fjellhøy.

– Ja, vi skal beholde ydmykheten, sier Myrberg.

Vil ha besøk av Brustad

– Hvis dere skulle sende et brev til ministeren, hvilke råd vil dere gi?

Forslagene kommer som perler på en snor. Brevet ville blitt noe sånt som dette:

«Kjære minister: Aller først ønsker vi oss et nytt hus. Vi er flauere når vi viser folk rundt her. Du skulle bare sett badene. Vi tror det er på samme måten andre steder i landet også. Det er altfor lite nybygging i psykiatrien.

Sørg også for at pasientene får bedre oppfølging i DPS-ene (distriktpsikiatriske sentre, red. ann.) Når kompetansen er feil el-



Dette er saken

Boken «Brev til en minister» er basert på personlige brev Ansgar Gabrielsen fikk da han var helseminister. Boken er ført i pennen av Tor Øystein Vaaland. Med støtte fra nåværende helseminister Sylvia Brustad har alle ansatte i helse- og sosialsektoren fått boken, med avsender Gabrielsen, som nå er styreleder i rådet for psykisk helse.

ler for dårlig, kommer pasientene unødvendig tilbake til oss.

Husk også på at pasientene våre i økende grad har livsstilssykdommer som diabetes og rusproblemer. Det krever mer spisskompetanse.

Vi beveger oss i flere fagområder.

Vi er vant til at ny regjering betyr nye toner, og så er vi på farten igjen. Vi savner helhetstenkning. Kan ikke du ta med fagfolk neste gang du vil endre helsevesenet? Snakk med folk fra klinikken!

Du må gjerne komme hit og se hva pasientene tilbys. Det har ikke vært noen politikere her på mange, mange år.

Vennlig og litt frustrert hilsen fra oss på Dikemark.»

– De kjøper jagerfly

Fjellhøy tror det er byråkratene

som bestemmer mest i psykiatrien.

– Det virker som politikerne bare dilter etter. Myndighetene tar seg jo råd til det de vil. Hvis det er snakk om å kjøpe jagerfly, er det ikke så mye om og men. Men hva som skal skje med psykiatrien i Lier er diskutert i 25 år.

Han syntes at 8 milliarder hørt mye ut da opptrappingsplanen kom.

– Men sammenlikner man med prisen på et jagerfly eller utgiftene til den somatiske helsetjenesten, er det jo ikke det.

Fjellhøy og Johannessen er også frustrerte over statusen i psykiatrien.

– Vi er spesialsykepleiere. Men psykiatriske pasienter har lavest status i helse-Norge, og det er det samme for dem som jobber der. Ikke noe annet fagfelt har så mange ufaglærte, påpeker Johannessen.

– Standarden på fasilitetene bærer preg av det og er under enhver kritikk. Den årlige rundvasken er det slutt på, forteller Fjellhøy.

Johannessen synes det er ubehagelig å sende ut pasienter når hun ikke vet om de blir tatt skikkelig hånd om fordi det skorter på både ressurser og toleranse:

– Det virker som mange fortsatt tenker at psykisk syk er lik sykehus.

Fjellhøy hadde nylig en yndlingspasient:

– En jente som ikke fikset det ute. Hun var her i flere måneder. Blid, en «peace of cake» å behandle. Men ute i kommunene har de ikke toleranse for slike som henne.



– Boken beskriver veldig godt hvordan toleransen for annerledeshet er mindre i by enn i bygd, synes Johannessen.

Mann med historie

Fjellhøy går av vakt, Johannessen går til avdelingen, jeg forlater byg-

get. Lenger borte på området kommer en gruppe unge menn forbi. Hvem som er pasient og hvem som er pleier er ikke godt å si. De ser at jeg har kamera. En av dem stopper brått.

– Er du journalist? spør han med oppsperrte øyne.

– Ja.

UVANLIG: Det er stas å få noe ekstra, for en gangs skyld, mener Wenche Johannessen og Ove Martin Fjellhøy, som har lest deler av boken.

– Jeg er pasient. Du kan få historien min, sier han fort, som på refleks.

Han venter ikke på svar, men haster etter de andre.

Postkort til en minister

Både Sylvia Brustad og et knippe kommunetopper har fått gode råd for hvordan de skal takle livet etter opptrappingsplanen.

Under «Rådslag 2008», et arrangement i regi av rådet for psykisk helse, ble deltakerne oppfordret til å skrive postkort til noen som kunne ha godt av å få noen gode råd nå når opptrappingsplanen for psykisk helse er i sitt aller siste år. Neste år er det slutt på øremerkede midler til psykisk helsevern, og under rådslaget ble det uttrykt bekymring for at dette området nå kan bli glemt ute i kommunene.

Snart i posten

Rådslag 2008 blitt arrangerert i Tromsø, Bergen, Stavanger og Oslo i januar. Både fagutdannete innenfor psykiatri og bruker- og pårørendeorganisasjoner har deltatt. Dette er et utvalg forslag som i nær fremtid kommer i form av et postkort til en som har ansvar for å videreføre arbeidet med psykisk helsevern:

Sats på oppsøkende team

Til rådet for psykisk helse: «Savner målrettet involvering av pårørende og nettverksarbeid.»

Til Sylvia: «Kan brukere som har en lang psykisk lidelse og et høyt medisinforsbruk få gratis medisiner? Hvorfor skal du betale høy egenandel som bare stiger for hvert år? Dei er uføretrygdede og ligger helt på fattiggrensen.»

La brukeren bestemme

Til ansvarlig for oppvekst og levekår i Stavanger: «Få psykiatere og psykologer ut til folket, la de mer integrere i de gode kommunale

tilbud som eksisterer. La brukere selv få velge hva slags terapi og hjelp de trenger. Psykologer inn i aktivitetssentre, skolen, prosjekter og lignende.»

Til leder for helse- og sosialkomiteen: «Vi må få tilbake en erstatting for det som i sin tid het husmorvika som kun tar seg av omsorgen for familien over tid når mor blir syk, det være seg fysisk eller psykisk syk. Vi kunne reddet mange barn fra traumer på den måten.»

Til Sylvia: «Alle snakker om psykisk helse og livsstil. Alle vet at det er viktig å spise riktig og fysisk aktivitet. Hvorfor kan en da ikke få hjelp til dette? I dag må en oppsøke og betale i dyre dommer selv. Hvor lett er det med minimalt med penger?»

Nytt høreapparat?

Til den rette: «Det må satses på utdanning. Jeg tenker på hjpl/spl/vpl omsorgsarbeidere. Det er ofte de som møter psykisk syke i førstelinjetjenesten, som hjemmesykepleier eller eventuelt på et legekontor.»

Til Bergen kommune: «Ansett en konsulent eller lignende med erfaring fra egne psykiske helseproblemer, som kan jobbe med å få til mer brukermedvirkning i kommunen!»

Hvor var sjefene?

Til Magnhild Meltveit Kleppa: «Det er det psykiske helsearbeidet i kommunene som er det aller viktig-



Til Sylvia: «Mer satsing på oppsøkende team! Mye satsing på oppsøkende team!»

Til Magnhild Meltveit Kleppa: «Ny politikk vedrørende boliger – flere kommunale boliger.»

Til avdelingsleder: «Jeg mener at brukere skal være med som likeverdige representanter i møter og utvalg hvor avgjørelser blir tatt for alt som anlegger oss brukere.»

Hei ordfører: «Du må heve lønningene til støttekontaktene slik at det blir mer attraktivt å være det. Vi treng alle vi kan få tak i.»

Til Sylvia: «Æ tror du treng et nytt høreapparat. Kanskje det hjelpe på. Da hadde du kanskje hørt oss når vi kom med våre synspunkt.»

ste framover no.»

Til Sunniva Ørstavik, generalsekretær: «At det er viktig at vi blir hørt og sett er en ting, men det å bli trodd på er jo aller viktigst. Fang oss opp tidlig i fasen, ikke når vi står på stupet! Da er vi helt utmatet og ikke klare til kamp.»

Til rådet for psykisk helse, legeföreningen og psykologforeningen: «Kvifor er desse faggruppene fråverande på tverrfaglege seminar der og brukarane er til stades? Savnar og overordna leiarar.»

Rus og psykiatri på dagsorden

Hvorfor er nettopp sykepleiere viktige for å hjelpe mennesker med rus- eller psykiske problemer? Det skal Norsk Sykepleierforbund (NSF) nå sette ord på.

I form av en strategiplan som skal være ferdig høsten 2008, skal NSF formulere argumenter for hva sykepleiere kan, og ikke minst bør, bidra med i psykiatrien og rusomsorgen.

Vaktbikkje

– Vi er veldig glad for at dette arbeidet er kommet i gang. Jeg håper NSF kan få en vaktbikkjefunksjon og sette premisser for samfunnsdebatten på dette området, sier leder i faggruppen for psykiatriske sykepleiere, Unn Elisabeth Hammervold.

Finne seg sjæl

Ifølge Hammervold pågår det nå en intern diskusjon om hva som

er psykiatrisk sykepleie innenfor psykisk helsearbeid. Det som tidligere var en sykepleiespesifikk videreutdanning i psykiatrisk sykepleie, er nå erstattet av en tverrfaglig utdanning i psykisk helsearbeid. Der får både vernepleiere, ergoterapeuter og

barnevernspedagoger samme videreutdanning. – Alle yrkesgrupper i psykisk helsevern sier at «vi jobber helhet-

lig», det gir utfordringer i forhold til å definere hva psykiatrisk sykepleie skal være, sier hun.

Alternativ til tvang

Hammervold mener sykepleiere har en viktig oppgave i forhold til å finne alternativer til bruk av tvang i psykiatrien.

– Det er ofte sykepleiere som observerer tidlige endringer og derfor kan bidra til tidlig intervensjon. Ofte er det også sykepleiere som må gjennomføre tvangstiltak

– Hvorfor er det ikke det i dag?

– I helsepolitiske diskusjoner er det oftest psykologer og psykiatere som debatterer. Det at sykepleiere i liten grad deltar, kan ha med institusjonskulturen og arbeidsfordelingen der å gjøre. Man kan jo spekulere i om det hadde vært så mye tvangsbruk dersom legen selv måtte sette injeksjonen mot pasientens vilje. Det er en kultur som lett kan pulverisere ansvaret for bruk av tvang, sier Unn Elisabeth Hammervold.

– Frimodig

– Når NSF nå setter rus og psykiatri på sin dagsorden, blir det lettere for oss som faggruppe å gå ut og mene ting med stor frimodighet, sier hun. Saken skal opp til behandling i neste forbundsstyre i NSF, i slutten av februar.

Man kan jo spekulere i om det hadde vært så mye tvangsbruk dersom legen selv måtte sette injeksjonen.

Unn Elisabeth Hammervold, leder faggruppe for psykiatriske sykepleier.

som medisinerer uten samtykke og beltelegging. Jeg skulle ønske sykepleierne hadde en mer levende debatt på dette området.

Prinsesse Ragnhild er tilbake i Oslo!

Har du hørt at hun tilbyr rimelige møtefasiliteter tilpasset ditt arrangement?

1-døgns KonferanseCruise fra kr 1060,-

Prisen er pr person og inkl. båtreisen i innvendig 3-stjerners lugar, måltider og konferanserom.

For priser og informasjon se www.colorline.no/konferanse, salg.bedrift@colorline.no eller 22 94 44 60

Opplev sjøen, glem alt annet

CELLEGIFT: Freydis Wessel (43) valgte full åpenhet overfor datteren Birgitte Wessel Leifseth (9) da hun fikk konstatert brystkreft.





Når foreldre får kreft

- Alle sykehus prøver å følge opp de kreftsykes barn.
- Noen steder må foreldrene ta initiativ.
- Mange kommuner har egen kreftsykepleier.
- Barn under 15 år kan få dekket reisen for å besøke foreldre på sykehus i et annet fylke.
- Kreftforeningen har lokale grupper mange steder i landet med tilbud til familier.

Mamma fikk brystkreft

Da Freydis Wessel (43) fikk brystkreft, bestemte hun seg for full åpenhet rundt sykdommen. Det betyr at Birgitte (9) får være med når mamma får cellegift. Fra helsevesenet får de full støtte.



Jeg kan ringe til Merete når jeg vil.

Birgitte (9), som har kreftsykepleierens nummer lagret på mobilen.

FREYDIS' KANYLE: Etter at mamma har tatt noen blodprøver, får hun satt en venekanyle inn i blodåren på håndbaken av sykepleier Jan Robert Bøe. Birgitte følger nøye med.

Egentlig skulle dette vært en helt vanlig skoledag for Birgitte Wessel Leifseth. Men denne dagen er litt annerledes. For andre gang skal hun følge mamma de seks milene fra Fauske til Nordlandssykehuset i Bodø for å få cellegiftbehandling.

Når de ordner seg på badet før de drar, er det helt naturlig at mamma tar på seg parykk

På sykehuset venter kreftsykepleier Rita, som sist tok seg god tid til å forklare hva det betyr å få cellegift. Birgitte fikk låne boka «Kjemomannen Kasper», som er gitt ut av Kreftforeningen. Den har hun hatt med seg på skolen, og læreren har lest for klassen om jakten på de sure kreftcellene.

De som ikke vil være sammen med de andre cellene i kroppen, og som får mange like sure barn. De klumper seg sammen i store hauger og tar plassen fra de friske cellene. Derfor må mamma ha cel-

legift så hun kan bli frisk.

Alt dette vet Birgitte, og hun gleder seg faktisk til å være med på sykehuset.

Avmystifiserte sykdommen

– Å bruke ordet kreft om sin egen sykdom var en prosess, forteller Freydis Wessel.

Men da alle prøver viste at kreftsykdommen var et faktum,

valgte hun å forklare åpent til datteren hva som var i ferd med å skje. Før jul 2006 gjennomgikk hun en brystbevarende kreftoperasjon, og Birgitte fikk tilbud om å

få besøk hjemme av kommunens egen kreftsykepleier, Merete Hansen, for å få svar på alle sine spørsmål. Det takket hun ja til. Nå har hun nummeret hennes lagret på sin egen mobil.

– Jeg kan ringe til Merete når jeg vil, forteller Birgitte.

Da håret forsvant i takt med cellegiftbehandlingen, valgte Freydis Wessel å møte opp i klassen til Birgitte for å fortelle om sykdommen.

– Det var like greit å avmystifisere ordet kreft. Ungene hadde mange spørsmål, og det ble mye fnising da guttene i klassen fikk prøve parykken, forteller hun.

Birgitte er ikke så veldig glad i å se mamma uten hår ute blant

De barna som klarer seg best gjennom foreldrenes sykdom, er de som blir møtt med åpenhet.

Kreftsykepleier Merete Hansen

KASPER: Mens mamma Freydis Wessel får cellegift, tar kreftsykepleier Rita Skirbekk seg god tid og viser boken «Kjemomannen Kasper» til Birgitte. Her får hun vite hvorfor mamma får cellegiftbehandling.



FOR ÅPENHET: Merete Hansen er kreftsykepleier i Fauske kommune.

folk. Aller helst vil hun at mamma skal bruke parykken som hun fikk være med og plukke ut.

– For etterpå skal jeg arve den, sier Birgitte.

Skumle fantasier

På sykehuset får Birgitte være med på hele prosessen. Hun ser hvordan venekanylen settes inn i blodåren på håndbaken, og hun ser hvordan medisinerne blandes. Hun vet også at etter en cellegiftbehandling blir tisset rødt. I dag har hun med seg fingerstrikkingen sin. Mens mamma får cellegift, strikker hun og prater litt med sykepleierne. Atmosfæren er rolig og hyggelig. Begge blir tilbudt mat og drikke.

– Det er ikke så ofte vi har barn på besøk på denne avdelingen, sier kreftsykepleier Rita Skirbekk. Tilbudet er der, men det er ikke så mange brystkreftpasienter som har så små barn.

Rita mener det er viktig å ta ungene med for å se hvordan behandlingen foregår.

– Ellers sitter de gjerne hjemme og fantaserer om skumle ting. Når de har sett omgivelsene er det ikke

så ille at mamma er på sykehus.

For sykepleier Skirbekk er det viktig å fokusere på det å bli frisk, ikke på sykdommen.

– Jeg forklarer ungene at mamma mister håret – ikke fordi

noen overraskelser mens barna er til stede.

Klarer seg best

– De barna som klarer seg best gjennom foreldrenes sykdom, er de som blir møtt med åpenhet. De står sterkere i forandringene i familien, hverdagen blir mer kontrollerbar.

Kreftsykepleier i Fauske kommune, Merete Hansen, er ikke i tvil. Hun har hele tiden kontakt med barnefamilier der en av foreldrene har fått kreftdiagnose. I noen tilfeller er det besteforeldre som er syke. Også da kan barna trenge noen å prate med.

Sykehuset eller mammografsenteret kan etter avtale med

Hva slags sykdom vi snakker om går det ikke an å pynte på.

Kreftsykepleier Merete Hansen.

hun er syk, men av medisinen som skal gjøre henne frisk.

Noen har barna med på treukers-kontroll etter operasjon.

– Da er det viktig å være forberedt før besøket slik at en ikke får



KOS: Det er viktig at familien kan gjøre hyggelige ting sammen selv om jeg er syk, mener Freydis Wessel.



Hva bør barna vite?

- Møt barna med åpenhet og ærlighet.
- Tilby barna å snakke med en annen voksen som vet mye om sykdommen.
- Vær ikke redd for å bruke ordet kreft.
- Noen barn spør mye om detaljer. Se det i forhold til barns alder. Ikke alt lar seg forklare!
- Fokuser på at mange kreftsyke blir friske.
- La barna gjengi det du har forklart med egne ord slik at fantasi kan korrigeres.
- Noen barn ønsker å prate om døden, men ikke alle ønsker så mye respons. Det er viktigere å lytte enn å snakke!

Kilde: Merete Hansen

kreftpasienten be Merete om å ta kontakt med familien.

– Den første telefonen hit kan være tung å ta.

Verst for ungdom

Merete Hansen møter familier som prøver å skåne barna sine. De ser på sykdommen som en tilstand som kommer til å vare en liten stund, så vil det være over.

– Men barna merker at noe forandrer seg, uten at de skjønner hva det er. Det kan føre til utagering, skyldfølelse, sinne eller skulking. Åpenhet og ærlighet er viktig når barn spør, mener hun.

Med foreldrenes tillatelse går hun rett på sak, og bruker ordet kreft.

– Hva slags sykdom vi snakker

om går det ikke an å pynte på. Men i en sårbar situasjon må en bygge opp et tillitsforhold.

Hansen forteller at barna vil vite detaljer. Noen ganger bringer de selv temaet døden på banen. For mange barn er det fjernt at foreldre kan dø, for andre er det noe de tenker mye på og er redd for. Da er det viktig å få sette ord på det.

Hun opplever at kreft i familien kan være tyngst å takle for eldre ungdommer. De er i ferd med å rive seg løs fra familien, samtidig blir sykdommen en trussel mot det livet de kjenner.

Noen større barn slutter å leve sitt eget liv. De føler en forpliktelse til å være hjemme og hjelpe til. Andre rømmer ut til kompis der

livet går i vante takter. Begge deler kan være et faresignal dersom det går for langt, mener Hansen.

Positive erfaringer

Birgitte vil gjerne være med på sykehuset flere ganger. Når mamma etter cellegiftbehandlingen skal til Tromsø for å få strålebehandling, skal hun få reise på besøk. Turen dit dekkes av sykehuset.

– Det er viktig for oss at selv om jeg har fått kreft og trenger behandling, så skal det også føre til at familien gjør hyggelige ting sammen, sier Freydis Wessel.

En togtur og en tur på kafé setter en ekstra spiss på dagen. Både hun og samboeren Trygve Leifseth legger vekt på at hverdagen skal være så normal som mulig. Selv

er hun delvis sykmeldt fra jobben som revisor.

Den første uken etter hver cellegiftbehandling er den tyngste. For barn kan det være vanskelig å skjønne at mamma virker frisk når hun drar til sykehuset, men syk når hun kommer hjem igjen.

– Derfor er det så viktig å forklare hva som skjer, sier Freydis Wessel, som valgte full åpenhet. Og erfaringen har bare vært positiv.

Send inn
svarslippen
innen 1. mars

INVITASJON

GlaxoSmithKline (GSK) inviterer alle sykepleiere, som har interesse av å få en oppdatering innen fagfeltet vaksiner, til å delta på et av våre møter i Vakademiet.

Møtene arrangeres på følgende steder:

Oslo	Tirsdag 4. mars 2008	GSK Konferansesenter, Forskningsveien 2A
Bergen	Onsdag 5. mars 2008	Neptun Hotel, Valkendorffsgate 8
Trondheim	Torsdag 6. mars 2008	Rica Nidelven Hotel, Havnegt. 1-3

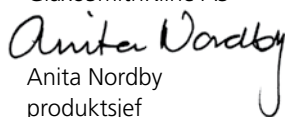
Vaksinering mot infeksjonssykdommer har lang tradisjon i Norge. Vaksiner møter vi gjennom Nasjonalt barnevaksinasjonsprogram, og ofte i forbindelse med arbeid. Vår moderne tids reisemønster har også aktualisert kunnskap om vaksinering, samt at det nå finnes vaksiner mot kreft. GlaxoSmithKline AS er Norges største leverandør av vaksiner. Vi føler derfor et spesielt ansvar for å bidra med kunnskap og ny viten innen dette fagområdet.

Program:

kl. 16.00 – 17.00	Fingermat	kl. 18.30 – 18.45	Cervarix – vedvarende beskyttelse mot HPV-infeksjon
kl. 16.50 – 17.00	Velkommen		<i>v/GSKs regionale HPV-konsulent</i>
kl. 17.00 – 17.10	Hvorfor vaksinerer vi? Fordeler – ulemper		
kl. 17.10 – 17.25	Vaksinering av yrkesgruppen sykepleiere	kl. 19.00 – 19.30	Influenza – ikke én, men tre sykdommer
kl. 17.25 – 17.45	Reisevaksine – for hvem og når? <i>v/produksjef Bjørn Tore Hesjedal, GSK</i>	kl. 19.30 – 19.45	Influenza – forebygging eller behandling? <i>v/salgssjef Arne Gunnar Mikkelsen, GSK</i>
kl. 18.00 – 18.30	Sammenhengen mellom HPV-infeksjon og utvikling av livmorhalskreft <i>v/lokal foredragsholder</i>		

Siden vi har begrenset plass, vil først-til-mølla-prinsippet gjelde.

Med vennlig hilsen
GlaxoSmithKline AS


Anita Nordby
produksjef



Vi minner om at leger og helsepersonell må innhente samtykke fra arbeidsgiver for å delta på dette arrangementet. I henhold til legemiddelforskriftens helsepersonelldefinisjon er det kun leger eller sykepleiere som har adgang til industriens møter. Det er derfor ikke anledning til å invitere andre yrkesgrupper.

KLIPP HER

SVARSLIPP - RETURNERES PER POST, E-POST ELLER TIL FAKSNUMMER 22 70 20 04

Vennligst fyll ut svarslippen og send denne per post (porto er betalt) til faksnummer 22 70 20 04, eller meld deg på via e-post til: cathrine.ratvik@gsk.com. Spørsmål om møtene kan rettes til Cathrine Ratvik på telefonnummer 22 70 20 85. Svarfrist er 1. mars 2008.

Ja takk, jeg ønsker å delta på møtet i:

- Oslo 4. mars 2008
 Bergen 5. mars 2008
 Trondheim 6. mars 2008

Sykepleier:

Arbeidssted:

Telefon/e-post:

Møtedeltakelse er godkjent av helseforetaket

Dato:

Signatur:



C Cervarix «GlaxoSmithKline»

Vaksine mot humant papillomavirus. ATC-nr.: J07B M02

INJEKSJONSVÆSKE, suspensjon: Hver dose inneholder: Humant papillomavirus (HPV) type 16 L1-protein 20 µg, humant papillomavirus type 18 L1-protein 20 µg, natriumklorid, natriumdihydrogenfosfatdihydrat, AS04 adjuvans som inneholder 3-O-desacyl-4-monofosforyl lipid A (MPL) 50 µg adsorbent til aluminiumhydroksid, hydrert tilsv. 0,5 mg Al³⁺, vann til injeksjonsvæsker.

Indikasjoner: Vaksine som skal forhindre høygradig cervical intraepitelial neoplasi (CIN 2/3) og livmorhalskreft som har årsakssammenheng med humant papillomavirus av typene 16 og 18. Indikasjonen er basert på påvist effekt etter vaksinasjon av kvinner i alderen 15-25 år og påvist immunogenisitet hos unge jenter og kvinner i aldersgruppen 10-25 år. Skal brukes i overensstemmelse med offentlige anbefalinger.

Dosering: Primæraksinasjon: 3 separate doser på 0,5 ml gis ved måned 0, 1 og 6. Behovet for boosterdose er ikke avklart. Det anbefales at personer som får første dose med Cervarix fullfører hele vaksinasjonsskjemaet på 3 doser med samme vaksine. Gis i.m. i deltoidregionen. Må ikke injiseres i.v. eller intradermalt. S.c. administrasjon er ikke undersøkt.

Jenter <10 år: Anbefales ikke da sikkerhets- og immunogenisitetsdata ikke foreligger.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for noen av innholdsstoffene. Vaksinerings bør utsettes ved akutt, alvorlig febersykdom. En lett infeksjon som en forkjølelse, er ikke en kontraindikasjon for vaksinasjon.

Forsiktighetsregler: Hensiktsmessig medisinsk behandling må alltid være lett tilgjengelig i tilfelle det oppstår en sjelden anafylaktisk reaksjon. Vaksinen bør gis med forsiktighet ved trombocytopeni eller blødningsforstyrrelser, da blødning kan oppstå etter i.m. injeksjon. Vaksinerings er ikke en erstatning for regelmessig screening-undersøkelse av livmorhalsen, eller erstatning for å ta nødvendige forholdsregler mot eksponering av HPV og andre seksuelt overførbare sykdommer. Det er mulig at ikke alle vaksinerte oppnår en beskyttende immunrespons. Det er ikke vist at vaksinen har en terapeutisk effekt og den er

derfor ikke indisert til behandling av livmorhalskreft, cervical intraepitelial neoplasi (CIN) eller andre etablerte HPV-relaterte lesjoner. Det foreligger ikke data om bruk hos personer med svekket immunrespons (HIV-infeksjon eller ved immunosuppressiv behandling) som kan ha en redusert respons på vaksinen. Varigheten av beskyttelse er ikke endelig avklart, men beskyttelse og fortsatt høye titernivåer er vist opptil 5,5 år etter fullført primæraksinasjon på 3 doser.

Interaksjoner: Bruk av hormonelle prevensjonsmidler synes ikke å ha noen innvirkning på effekten av vaksinen. Immunosuppressiv behandling kan føre til redusert immunrespons. Det foreligger ikke data på samtidig administrasjon med andre vaksiner.

Graviditet/Amming: *Overgang i placenta:* Begrensede data indikerer ingen skadelige effekter, men det anbefales å utsette vaksinerings til etter endt svangerskap. *Overgang i morsmelk:* Skal bare brukes ved amming når mulige fordeler oppveier mulige risikoer.

Bivirkninger: *Hyppige (>1/100):* Gastrointestinale: GI-symptomer inkl. kvalme, oppkast, diaré, mavesmerter. Hud: Kløe/pruritus, utslett, urticaria. Muskel-skjelettsystemet: Myalgi, artralgi. Neurologiske: Hodepine. Øvrige: Reaksjoner på injeksjonsstedet, inkl. smerte, rødhet og hevelse, utmattelse, feber. *Mindre hyppige:* Luftveier: Øvre luftveisinfeksjoner. Neurologiske: Svimmelhet. Øvrige: Reaksjoner på injeksjonsstedet som indurasjon, lokal parestesi.

Egenskaper: *Klassifisering:* Ikke-infeksiøs rekombinant vaksine fremstilt av høyrensede viruslignende partikler (VLP), som består av hovedkapsidprotein L1 fra de onkogene HPV-typene 16 og 18. VLP inneholder ikke virus-DNA og kan derfor ikke infisere celler, reproduseres eller forårsake sykdom. *Virkningsmekanisme:* Effekten skyldes trolig hovedsakelig utvikling av humoral immunrespons. Minimum beskyttende antistoffnivå er ikke identifisert. Det er vist 100 % effekt mot 12-måneders vedvarende infeksjon forårsaket av HPV16/18 blant kvinner i alderen 15-25 år som i utgangspunktet var naive mot onkogene HPV-typer. Det er vist 90,4 % effekt mot CIN2+ blant kvinner naive mot HPV 16 og/eller HPV 18 etter 15 måneders oppfølgingstid (effekten er imidlertid 100 % dersom en

ekskluderer lesjoner hvor HPV 16 og HPV 18 ikke er den direkte årsak). 1 måned etter 3. dose har 99,9 % av de som i utgangspunktet er seronegative, antistofftitre mot både HPV 16 og HPV 18. Antistoffresponsen i aldersgruppen 15-25 år holder seg på et forhøyet nivå gjennom hele oppfølgingsperioden på 64 måneder etter 1. dose, og er ved endt oppfølgingstid minst 11 ganger høyere enn etter naturlig infeksjon. Kvinner i alderen 26-55 år oppnår titernivåer som er lavere enn i aldersgruppen 15-25 år. Antistoffnivået holder seg imidlertid på et nivå betydelig høyere enn etter naturlig infeksjon gjennom hele oppfølgingsperioden på 18 måneder. Jenter i alderen 10-14 år oppnår titernivåer som er minst dobbelt så høye som hos kvinner i aldersgruppen 15-25 år. På bakgrunn av disse immunogenisitetsdata kan en anta at vaksinen også har effekt i alderen 10-14 år.

Oppbevaring og holdbarhet: Oppbevares i kjøleskap (2-8°C). Må ikke fryses. Beskyttes mot lys.

Andre opplysninger: Ved lagring kan et hvitt bunnfall og en klar supernatant observeres i den ferdigfylte sprøyten. Før vaksinen gis, må innholdet i sprøyten undersøkes visuelt for ev. fremmede partikler og/eller fysikalske forandringer. Dersom slike forandringer oppdages skal vaksinen destrueres. Skal ikke blandes med andre legemidler. Vaksinen bør ristes godt før bruk for å oppnå en homogen suspensjon. Ikke anvendt vaksine samt avfall bør destrueres i overensstemmelse med lokale krav.

Pakninger og priser: Ferdigfylt sprøyte med kanyle: 0,5 ml kr 1259,40. 10 x 0,5 ml kr 12 285,10.

Referanse:

1. Summary of Products Characteristics. Cervarix. GlaxoSmithKline, 2007.



GlaxoSmithKline AS Postboks 180 Vinderen, 0319 Oslo.
Tlf.: 22 70 20 00. Faks: 22 70 20 05. www.gsk.no

Dette arrangementet arrangeres i samsvar med avtaler om samhandling som Legemiddelindustriforeningen har inngått med Den norske legeforening, Norges Farmaceutiske Forening, Norsk Sykepleierforbund og De regionale helseforetakene. For deg som helsepersonell medfører dette at både du og arrangøren har rettigheter og plikter som skal sikre at arrangementet er av god faglig kvalitet og at det ikke er egnet til å skape forestillinger om uheldige bindinger mellom industri og helsepersonell. For mer informasjon se www.lmi.no/standardinformasjon



Adressaten betaler for sending i Norge



GlaxoSmithKline AS
Svarsending 2247

0091 OSLO

Sykepleiere tar parti

Sykepleierne i Kirkenes er lei av fakkeltog. Trond Einar Olaussen og hans meningsfeller har gjort sitt lokale helseopprør til rikspolitik. Målet er to på tinget i 2009.

Sånn kan man også gjøre det. I Kirkenes har de lenge slåss for at viktige tjenester ved lokalsykehuset skal bestå. Rehabiliteringsavdelingen og AMK-sentralen er berga etter mange kamper, men ortopedivakta er lagt ned, og i helgene er det ikke noe akuttmottak lenger. Skrøpelige og forvirrede damer på 90 år som brekker lårhalsen må sendes til Hammerfest. Det er like langt som fra Oslo til Trondheim.

– Vi kan legge fram tall som viser at det ikke er penger å spare for Helse Finnmark på å legge ned ortopedivakta i Kirkenes. Jeg lurar på hva man nå skal legge ned for å finansiere nedleggelsen av ortopedien? spør psykiatrisk sykepleier og hovedtillitsvalgt Trond Einar Olaussen ved Kirkenes sykehus.

Ut av Ap

I høst var ministrene Bjarne Haakon Hanssen og Helga Pedersen i Kirkenes og lovet at ortopedivakta ikke skulle legges ned. Etter valget skjedde det likevel. Da fikk Olaussen nok.

– Sykehusbegrepet uthules. Alt skal sentraliseres og det fjernes mer og mer fra minstemenyen til lokalsykehusene så det til slutt ikke blir noe igjen. Byråkratene leker bare med tall, men jeg møter ansiktene bak tallene, sier han.

Olaussen meldte seg ut av Arbeiderpartiet i protest mot løftebruddet. I stedet samlet han og noen kolleger

seg på en lokal kafé og startet organisasjonen «Trygghet» i november. Nå hadde de lenge nok forsøkt å jobbe mot lederne via vanlig tjenestevei uten å få gehør. Det var på tide å jobbe politisk. Dermed var det lokale helseopprøret plutselig blitt til rikspolitikk med sterk Finnmarks-profil.

Medlemmene har strømmet til fra alle kanter. Nå er de over 400 stykker. Sakene de mener noe om, faller alle inn under et utvidet helse- og omsorgsbegrep. Veiutbygging, rassikring, politiberedskap og skole- og utdanningspolitikk er også kommet med under formålsparagrafen.

Politimann Jørn Haga leder interimsstyret som skal fungere til et nytt styre velges i februar. Styremedlemmene består av to sykepleiere, en bioingeniør og en som jobber med data. Planen er å stille egen liste til stortingsvalget høsten 2009. Da må de ha 500 navn. For å få inn én representant, trengs mellom 3000 og 4000 stemmer. Målet er to, som krever mellom 6000 og 7000 stemmer. – Det er fullt mulig, tror Olaussen.

Medlemmer fra Moss

– Alle lokalsykehus slåss for å opprettholde tilbudet sitt. Hva gjør dere så spesielle at dere må ha egen liste til stortingsvalget?

– Politikken er ikke i samsvar med det folk ønsker. Men fakkeltog ser man over alt. Dette er vår måte å få politikerne til å lytte på. Nok er nok, sier Olaussen.



PÅ JOBB: Psykiatrisk sykepleier og hovedtillitsvalgt ved Kirkenes sykehus, Trond Einar Olaussen er en av initiativtakerne til organisasjonen Trygghet som stiller liste til stortingsvalget om et og et halvt år.

– Men hvorfor ikke starte et trygghetsparti for hele landet? Problemstillingene er jo like i hele Distrikts-Norge?

– Det kan godt hende at det blir en organisasjon for hele landet. Vi har mottatt mange henvendelser,

dere ta de kakebitene fra?

– Vi ber ikke bare om penger, vi etterlyser også mer fokus på disse områdene. Norge burde ha råd til å prioritere distriktene bedre. Vi skjønner at vi ikke kan ha tre store sykehus i Finnmark, men vi savner

– Byråkratene leker bare med tall, men jeg møter ansiktene bak tallene.

Trond Einar Olaussen.

særlig fra Troms og Nordland. Vi har til og med to medlemmer fra Moss, sier Olaussen.

– Dere krever mer av kaka på alle de fire områdene, helse, skole, samferdsel og politi. Hvor skal

faglig forankring i bestemmelsene om nedskjæringene.

Passive politikere

I januar la Magnussen-utvalget fram innstillingen om en ny

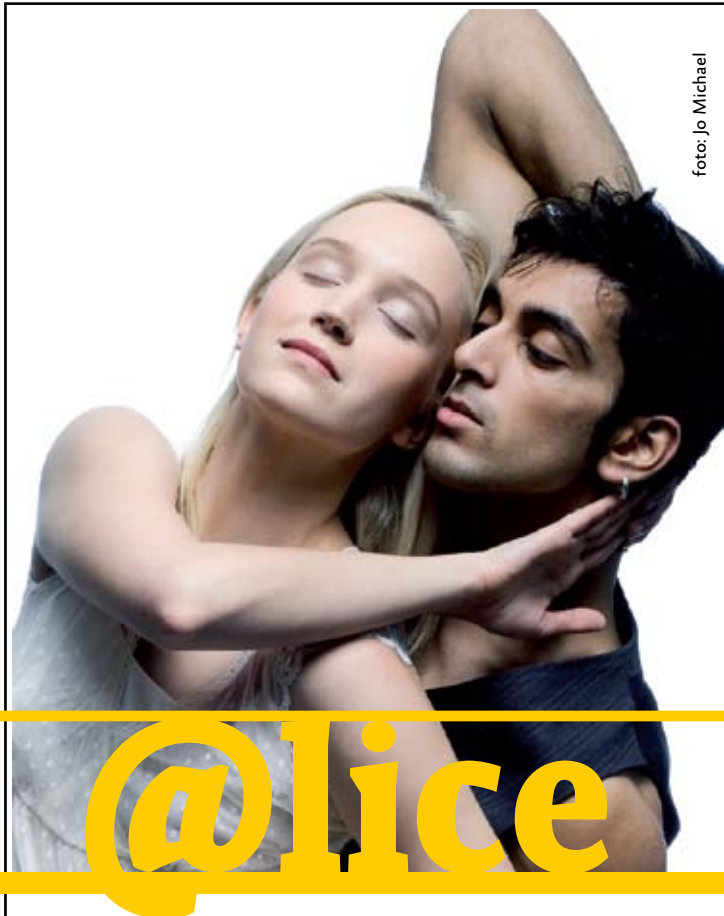


foto: Jo Michael

@lice

Forførende om kjærlighetsjakt på nettet.

Dansere: Adil og Marianne Haugli.

Musikere: Sverre Indris Joner og Sissel Vera Pettersen.

Dukkespillere: Christine Stoesen og Gisle Hass.

Regi/koreografi: Kjersti Alveberg. Manus: Stig Bang/Kjersti Alveberg.

Produsert av Rikskonsertene og Riksteatret

Urpremiere 26. februar i Fredrikstad

26-2 FREDRIKSTAD	14-3 LILLEHAMMER	13-4 ÅLESUND
27-2 SANDEFJORD	26-3 OSLO NYDALEN	14-4 ØRSTA
28-2 SKIEN	27-3 OSLO NYDALEN	15-4 MOLDE
29-2 HORTEN	28-3 OSLO NYDALEN	16-4 OPPDAL
2-3 RISØR	30-3 KRISTIANSAND	17-4 TRONDHEIM
3-3 ARENDAL	31-3 LYNGDAL	19-4 STEINKJER
4-3 NØTTERØY	1-4 EGRSUND	20-4 NAMSOS
5-3 BØ I TELEMARK	2-4 SANDNES	22-4 MO I RANA
6-3 SANDVIKA	3-4 HAUGESUND	23-4 BODØ
8-3 DRAMMEN	5-4 STORD	26-4 SORTLAND
10-3 JESSHEIM	6-4 BØMLO	27-4 HARSTAD
11-3 ELVERUM	9-4 ÅL	28-4 NARVIK
12-3 RAUFOSS	10-4 SOGNDAL	29-4 TROMSØ
13-3 FAGERNES	11-4 FØRDE	30-4 ALTA

Billetter kjøpes på ditt lokale kulturhus, se www.riksteatret.no

RIKSKONSERTENE

DNBNOR



RIKSTEATRET

fordelingsnøkkel for rammebevilgningene til de fire helseregionene. Der var sosioøkonomiske data og geografiske avstander tatt hensyn til. Det viste at Helse Nord skulle hatt mer av kaka, men at Helse Vest og Helse Midt-Norge faktisk skulle hatt enda mer.

– *Blir det ikke litt navlebeskuende å sutre om at Finnmark skulle hatt mer enn de andre da?*

– Det vi beskriver er egentlig et småkommuneproblem.

– *Men gjennom hele formålsparagrafen er det bare Finnmark det står henvist til?*

– Vi skal prøve å tilpasse formålsparagrafen hele landet. Vi inviterer hele Distrikts-Norge til å bli med i organisasjonen. Men vi vil ikke dyrke misnøyen. Vi er glade i fylket vårt, og jeg føler meg ikke utenfor samfunnet på noen måte.

Organisasjonen krever en gjennomgang av finansieringsordning og helsevesenets organisering.

– *Hvorfor tar dere ikke i stedet et klart standpunkt til hvilken finansieringsform og organisering dere ønsker, så velgerne vet hva de stemmer på?*

– Det er en erkjennelse av at vi ikke er guder, det har vi ikke kompetanse til. Men vi er ikke imot endringer i helsevesenet, og vi aksepterer at ikke alle spesialisthelsetjenester kan være lokalt. Vi savner bare en mer faglig forankring og en større politikerstyring i helsevesenet, sier Olaussen.

Han forteller at Trygghet har gått gjennom de 600 styresakene som Helse Finnmark behandlet i 2007. Det viste seg at byråkratene

styrte. Det ble ikke stilt ett eneste endringsforslag, og det ble ikke stemt én eneste gang imot noe.

– Man skulle tro at noen saker var kontroversielle i løpet av et helt år. Men dette viser at politikerne tar ikke egne initiativ. Kanskje er sakene for kompliserte for dem. Uansett er det grunn til å spørre hvilken makt politikerne egentlig har, sier han.

Få saker

– *Blir det ikke et problem at dere bare har meninger om fire områder, hvis dere kommer inn på Stortinget? Hva skal dere for eksempel mene om å sende norske soldater til Afghanistan?*

– Det er nettopp derfor vi ikke er noe parti, men en organisasjon. Da kan vi konsentrere oss om enkle og få saker. Det beste hadde vært om politikerne tok tak i sakene våre, slik at vi kunne avvikle organisasjonen, men foreløpig er det ingenting som tyder på at det skjer.

– *Kunne du tenke deg å bli stortingsrepresentant?*

– Det hadde vært utrolig... Nei, helt ærlig har jeg ingen intensjon om å komme på tinget. Jeg stortrives som hovedtillitsvalgt hvor jeg får være med som premissleverandør. Men vi har mange gode kandidater som kan stå først på lista vår, og du skal ikke utelukke at det plutselig havner en sykepleier der.

Du kan lese mer om organisasjonen Trygghet på hjemmesiden www.trygghet.no.

Støtte fra NSF Finnmark

Norsk Sykepleierforbunds fylkesleder i Finnmark, Leif Arne Asphaug-Hansen, synes Trygghet er et godt initiativ og at det er flott at NSF-medlemmene engasjerer seg.

– Finnmark har hatt god erfaring med denne typen protest tidligere, fra den gangen Anders Aune ble

valgt inn på Stortinget og fikk rimelig god respons på sine saker. Vi ser at Trygghet allerede har påvirket andre partiers dagsorden. Det har blitt stilt flere spørsmål i Stortingets spørretime om disse sakene, blant annet om politisituasjonen, sier han.

Avslørt av DNA

En sykepleier er dømt til to års fengsel etter å ha stjålet petedin fra avdelingen hun jobbet på.

En 46 år gammel sykepleier ved Universitetssykehuset Nord-Norge er i Nord-Troms tingrett dømt til to års fengsel, hvorav ett år er gjort betinget.

Sykepleieren er dømt for å ha stjålet cirka 15 ampuller med det narkotiske stoffet petidin fra narkotikaskapet på oppvåkingsavdelingen ved sykehuset i Tromsø.

– Jeg var langt nede, både fysisk og psykisk i perioden da jeg stjal ampullene med petidin. Jeg er ikke stolt over det jeg har gjort, sa sykepleieren i rettens første dag Nord-Troms tingrett 21. januar, ifølge NRK Nordnytt.

Tingretten har også fratatt 46-åringen lisens til å være sykepleier på livstid, og hun ble dømt til å betale saksomkostninger på 5 000 kroner.

Livsfarlig

Tiltalen mot sykepleieren omfattet også straffelovens «giftmordparagraf», som har en strafferamme på 21 års fengsel. Sykepleieren skal ha erstattet minst tre av de stjalne ampullene med adrenalinpreparatet



MASSETEST: 36 ansatte på UNN ble sjekket opp mot DNA-spor. Personen på bildet har ingen tilknytning til Tromsø-saken. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

atropin. Så satte hun petidin-etiketter på ampullene med atropin. Hvis en nyoperert hjertepasient blir tilført atropin i stedet for petidin, kan det ta livet av pasienten.

Aktoratets hovedvitne, Bente

Mevåg fra Rettsmedisinsk institutt, sa i retten at DNA-materiale på medisinampuller stammer fra den tiltalte tidligere UNN-sykepleieren. Rettsmedisinsk institutt har analysert fem ampuller fra oppvåkings-

avdelingen på UNN, der etikettene var byttet ut.

DNA på baksiden

Til sammen 36 ansatte som hadde tilgang til medisinerommet er sjekket opp mot DNA-spor som ble funnet på ampullene. Bare profilen til den tiltalte sykepleier matchet. DNA-sporene ble funnet på lomsiden.

Den tiltalte tidligere sykepleieren nekter imidlertid for at hun har byttet etiketter på medisinampuller for å skjule tyveri av petidin.

Rettssaken ble avsluttet 23. januar.

Aktor krevde to års fengsel for sykepleieren og at hun aldri bør kunne praktisere i yrket igjen og fikk altså gjennomslag hos dommerne.

Forsvarer Harald Stabell ba på sin side om at klienten frifinnes i det alvorligste tiltalepunktet, giftmordparagrafen. Angående tyveri og misbruk av narkotika mente Stabell at kvinnen burde dømmes på mildest mulig måte, ifølge Folkebladet.

28 sykepleiere mistet autorisasjonen

Det er fremdeles rus, straffbare handlinger og seksuelle overgrep mot pasienter som topper listen over årsaker til at helsepersonell mister sin autorisasjon, melder Helsetilsynet.

Nye tall viser at tallet anmeldte saker gikk ned fra 2006, da det var 259 innmeldte saker, til 215 saker i 2007. Antall reaksjoner fra Helsetilsynet holder seg ganske stabilt fra år til år.

Slik ble reaksjonene fordelt i 2007:

- 28 helsearbeidere som mistet autorisasjonen på grunn av rusmisbruk.
- 17 mistet autorisasjonen hovedsakelig på grunn av straffbare handlinger.
- Syv helsearbeidere mistet den fordi de hadde utnyttet pasienter seksuelt.

Leger og sykepleiere topper listen blant yrkesgruppene både når det gjelder advarsler og autorisasjonstap. Flere leger enn sykepleiere ender opp med advarsler, mens det er motsatt når det gjelder tap av autorisasjon.

- 54 leger fikk advarsler, mens 22

mistet autorisasjonen

- Seks sykepleiere fikk advarsler, mens 28 mistet autorisasjonen
- 13 hjelpepleiere mistet autorisasjonen. Det samme gjorde to psykologer, en tannlege og en vernepleier.

Navn: Harald Tom Nesvik

Alder: 41 år

Hvorfor: Etter at John I. Alvheim døde, er Nesvik Frp's fremste helsepolitiske talsmann. Han støtter mange av de sakene som NSF er opptatt av.

I Frp's hender

Fortvilte sykepleiere kan alltid ringe til Harald Tom Nesvik (Frp), leder av Stortingets helse- og omsorgskomiteé. Om det hjelper, gjenstår å se.

Ålesunderen Nesvik er lavterskel. Folk utover det ganske land sender e-post og ringer ham om rikets kompliserte tilstand. Når du representerer det største opposisjonspartiet, lukker du ikke døra for slikt. Da er alle linjene åpne.

Også Sykepleien er velkommen på Stortinget. Der holder komitélederen til på et kontor kjemisk rensert for jåleri. Et lite møtebord er trykt inn i et hjørne. Men Nesviks lange kropp trives bedre i kontorstolen, som kan svinge i takt med de temaene som opprører ham.

At han skulle ende i denne stolen var det ikke mange som ville ha tipset for noen år siden. På åttitallet var han med på å danne det lokale ungdomspartiet til Fremskrittspartiet, politisk nytenkt som han var etter å ha hørt på Gros mann Arne Olav Brundtland (den gang Høyre-mann). Frp hadde ikke et veldig godt rykte da. Det var et protestparti med høy originalfaktor, men lite innflytelse.

Harald Nesvik selv var dessuten mest opptatt av fiskeoppdrett og næringspolitikk. Så at denne mannen, som ønsket seg alle andre komiteer enn helsekomiteen, skulle ende opp

med å lede nettopp denne, kan se ut som et paradoks. Hadde det ikke vært for at Nesvik oppriktig har tillatt seg å bli grepet av omsorg for landets helsesektor. Så å si fra første komitémøte. En omsorg som inkluderer både pasienter og ansatte. Å snakke med Nesvik om sykepleiernes hjertesaker er derfor som å gå på Tusenfryd med en onkel som har et kredittkort uten begrensninger.

Nesvik har måttet «hoppe» etter John Alvheim, partiets ubestridte sosialpolitiske guru gjennom mange år. Nesvik har vært «under opplæring» hos ham. Men å bli en ny Alvheim har han ikke noen ambisjon om.

– Alvheim var den viktigste politikeren vi har hatt her i landet. Han satte en helt ny standard for hvordan vi skal behandle våre medmennesker. Jeg har annen bakgrunn, jeg er mye yngre og en helt annen type. I forhold til ham har jeg fortsatt en lang vei å gå.

For å lære mer har Nesvik tatt seg bryet med å hospitere på medisinske avdelinger i både Oslo, Levanger, Ålesund og Trondheim. Der snakket han med pasienter og ansatte – både

dager og netter.

– For å få innsikt må du være på gulvet av og til. Erfaringene har gjort at jeg har en utrolig respekt for dem som jobber i denne sektoren. De løper og løper. Innsparingene på sykehusene har gått for langt. Presset på avdelingene er blitt for stort. Folk blir demotiverte, sykefraværet øker. Vi har et fantastisk korps der ute, men det er tøft å gå gjennom store omstillinger og så få beskjed om at til neste år skal du spare 30 millioner til.

Nesviks hender tegner bratte kurver nå. Han vet godt hva sykepleiere står for. Det er flust med helsearbeidere i hans omgivelser. At de gjør en forskjell, er en opplagt ting.

– Sykepleiere er en uunnværlig kunnskapsgruppe, samtidig som de yter omsorg. Alvheim snakket om de varme hender, men så må dette kombineres med kunnskap slik at de varme hendene fungerer. Slik kompetanse trenger vi mer av i fremtiden. Mye mer av pleien og behandlingen av eldre må tas ute på sykehjem. Da trenger vi flere leger og sykepleiere med spesialkompetanse på eldre pasienter med store behov. Det vil ikke bare gi de eldre større trygghet, men

også sykepleierne. De skal ha et godt faglig miljø rundt seg.

– *Og da vil Fremskrittspartiet stille opp med mer penger?*

– Mer penger, ja, men først og fremst med et annet finansieringssystem, svarer Nesvik. Fingrene antyder noe som ligner en fotball.

I Fremskrittspartiets verden skal kommunen fortsatt ha ansvaret for at det finnes sykehjem. Men staten, ikke kommunen, skal betale det det koster å pleie de eldre. Lokale Nav-kontorer skal administrere finansieringen. Pengene skal så følge pasienten, uansett hvor vedkommende velger å bli lagt inn.

– I dag knives det om hvor pasienten hører hjemme og hvem som skal betale. Som pasient blir det utslagsgivende hvor du bor. Bor du i en rik kommune er du heldig, bor du i en fattig kommune er du uheldig. Jeg tror befolkningen på sikt ikke lenger vil akseptere slike geografiske forskjeller. Alle betaler jo skatt til den samme potten.

– *Så partiet ditt vil ha mer marked på alle arenaer, mens det i eldreomsorgen skal være staten som skal styre alt?*



– Nei, nei, nei. Staten skal betale, men markedet kan gjerne være med når eldre skal gis et tilbud. Ta barnehagene. De mottar øremerkede midler fra staten - hvorfor skal du ikke gjøre det samme med syke, eldre mennesker? Det blir en lovfestet rett til barnehageplass, men ingen snakker om en lovfestet rett til sykehjemsplass. Mange barnehager drives av private, side om side med offentlige tilbud - og begge blir finansiert med de samme pengene. Hvorfor ikke gjøre det i eldreomsorgen? I Os kommune er sykehjemmet delt, kommunen har første etasje og Norlandia har annen etasje. De gjør hverandre gode.

– Vil ikke det offentlige tilbudet forvitte fordi de private firmaene kan skumme fløten mens det offentlige må ta seg av de svakest og dyreste pasienter?

– Da er prissettingen feil. Du skal ha en overføring ut fra pleiebehovet til den enkelte. En person som er avhengig av sondemating er dyrere enn en som kan spise selv. Vårt finansieringssystem må ta høyde for at staten betaler for de faktiske utgiftene. Det skal også lønne seg å ta tyngre pasienten, det sier seg selv. De private skal så kunne være med på å gi et tilbud, men jeg ser ingen fare for at det offentlige skal utkonkurreres. De fleste steder gjør det offentlige en fantastisk jobb. Bare se på Oslo, hvor det er en deling mellom offentlige og private sykehjem. Konkurransen er sunt.

– Statlig finansiering av eldreomsorgen vil vingeklippe lokalpolitikkerne?

– Mulig. Men det vil være helt fantastisk å være pasient. Da vil eldre få et tilbud fordi de har rettigheter. Da



vil du kunne bli sett på som en mulig inntektskilde, en kunde for dem som skal pleie deg. Det vil påvirke dem som gir tilbudet. I dag føler pasienter seg som en belastning, en utgiftspost.

Frp-reformen i eldreomsorgen er godt beskrevet i et dokument 8-forslag som Siv Jensen, Carl I. Hagen og Harald Nesvik la fram for Stortinget i fjor. Her skisserer de en vegg-til-vegg-løsning på de fleste problemene man står overfor i kommunene. Det er bare en liten hake: Forslaget vil kreve langt mer penger. Det har Norge råd til, mener opposisjonspartiet som har håp om å være med i en ny regjering etter neste valg. Staten har jo ufattelige inntekter.

– Skal Staten nå sørge for å få realisert Fremskrittspartiets ambisjoner?

– Vel, for noen år siden kom vi med forslaget om at staten skulle eie sykehusene. Vi ble totalt slaktet og møtte akkurat de samme argumentene som i dag brukes mot at staten

skal overta ansvaret for eldreomsorgen. Men den norske borgeren vil ikke finne seg i at kommunegrensen avgjør om du får hjelp eller ikke, mener Nesvik. Stolen tar en ekstra svingom når han tenker på uttellingen som partiets helsepolitikk vil kunne få i neste valgkamp.

Psykiatrien og rusomsorgen er andre områder hvor det gjenstår mye å gjøre. Det er for lite fagfolk. Ventetidene er for lange. Etter et besøk på Lier psykiatriske sykehus rapporterte en avis at han hadde blitt kvalm av forholdene der.

– Ikke kvalm, jeg sa at jeg følte meg uvel. Vi kan ikke tilby psykisk syke et slikt håpløst bygg. Barentsburg blir bedre vedlikeholdt enn Lier. Det er noe av det desidert verste jeg har sett. Utrolig at de ansatte klarer å holde motet oppe! De har stadig fått løfter, men det utsettes og utsettes. Jeg føler meg skamfull over at nasjonen



Norge ikke klarer å løse dette. Det skal så lite til og det har så mye å si.

– Du er en reisende i behov?

– Jeg er bare et menneske. Det er ingen som siler mine telefoner, så jeg får høre mye. Også fra sykepleiere. Det er mange netter jeg har ligget våken. Jeg hører og ser ting som enkelt kunne ha vært rettet på. Du ville vært

kommer melding om en ny overdose, frykter han.

– Vår viktigste rolle her på Stortinget er å være ombud. Vi skal høre på hva pasienter og fagfolk har å si om virkeligheten der ute.

Nesviks inntrykk av rusomsorgen er at terskelen for å komme inn i et tilbud er altfor høy, mens terskelen for å falle ut, er altfor lav. Systemet er for rigid.

– Opptrappingsplanen for rusomsorgen er bra, den. Men vi må jobbe mer for å få gode behandlingsskjeder. Det skal ikke være slik at rusmisbrukere som er motivert for behandling, skal måtte vente både her og der. Når du er ferdig behandlet skal du ha ettervern i den kommunen du kommer fra. Da skal du møte noen som skal hjelpe deg videre med livet ditt. Slik er det ikke i dag.

– Har Michael Moore overbevist Fremskrittspartiet om at private forsikringer ikke er veien å gå for å få til gode helsetjenester for alle?

– Jeg har aldri vært noen fan av Moore, men USA er ikke noe glansbilde for meg. Jeg har et hus i Spania og ser at det er et land som vi kan lære mye av. Og så er jeg imponert over hva Frankrike har fått til i helsevesenet. De har et sterkt offentlig helsevesen som utfyller de private helsetjenestene på en god måte. Kvaliteten er god hele veien. Så hvorfor Gro valgte Norge da hun trengte en operasjon, er et mysterium. Det finnes jo utmerkede sykehus i Nice!

Hvorfor Gro valgte Norge da hun trengte en operasjon, er et mysterium.

laget av sement om du ikke ble grepet av sånt.

Nesvik mottar nå en telefon fra Dagsrevyen. De lange hendene strekker bakover, kroppen inntar en nærmest horisontal stilling. – Ja, bekrefter han på distinkt sunnmørsk, han kan stille opp når som helst.

Dagsrevyen er fornøyd.

– Hender det at du får lyst til å hjelpe noen selv?

– Det hender, ja.

For noen år siden ble han kontaktet av moren til en tung heroinmisbruker. Sønnen var funnet flere ganger etter overdoser. Nesvik engasjerte seg i saken og sønnen kom inn på et LAR-opplegg. Det var håp. Inntil en kontroll avslørte spor av hasj i blodet. Da bar det rett ut, tilbake til det sterkt belastede miljøet han kom fra. Det gjorde et sterkt inntrykk på Nesvik. Mannen vanker i dag trolig bare et steinkast fra Stortinget. Snart



Fremtiden begynner nå

Abilify (aripiprazol) i behandling av schizofreni

Gi dine schizofrenipasienter fordelene ved Abilify helt fra starten av:

Effekt

- Abilify har en tidlig innsettende effekt og kontrollerer psykotiske symptomer både i akutt - og langtidsbehandling.¹⁻²

Bidrar til bedre fysisk helse hos schizofrenipasientene

- God tolerabilitet på områder som betyr mye for pasienten, som vektforandringer, sedasjon, prolaktinstigning og EPS^{1,4,5,6}

Pasientens opplevelse

- Abilify foretrekkes av pasienter fremfor tidligere antipsykotisk behandling⁷

1. Potkin SG et al. Arch Gen Psychiatry 2003;60:681-690
2. Kasper S et al. Int J Neuropsychopharmacology 2003;6:325-337
3. Kern RS et al. Psychopharmacol 2006;187:312-320
4. McQuade RD et al. J Clin Psychiatry 2004;65(suppl 18):47-56
5. Pigott TA et al. J Clin Psychiatry 2003;64:1048-1056
6. Marder SR et al. Schizophr Res 2003;61:123-36
7. Tandon R et al. Schizophr Res 2006;84:77-99

For informasjon om bivirkninger og forsiktighetsregler, se felleskatalogtekst.

Se preparatomtale side 72

Postboks 464, 1323 Høvik • Telefon 67 55 53 50, Fax: 67 55 53 52 • www.b-ms.no



Bristol-Myers Squibb



Otsuka Otsuka Pharmaceuticals



Navn: Lisbeth Normann
Verv: Leder av Norsk Sykepleierforbund (NSF)
Ellers: Normann ble valgt som ny leder i november og skal lede sitt første lønnsoppgjør. Gift med arbeidsgiveren Erik Normann.

Normann mot Normann: – Vrient, men

Mens fagforeningsleder Lisbeth Normann skal kjempe for mer lønn til sykehusenes største yrkesgruppe, har arbeidsgiver Erik Normann sterke interesser i å holde utgiftene nede. De er gift med hverandre. Kan dette gå bra?

Lønnsoppgjøret står for døren. Lisbeth Normann debutterer som forhandlingsleder. Kniver kveses. Strategier legges. Det gjelder å vinne over «fienden».

På kamparenaen møter hun sin egen ektemann, sykehusdirektøren.

De er hverandres beste rådgivere, fortalte Lisbeth Normann i et intervju med Sykepleien som nyvalgt NSF-leder i november. Men ekteparet satser på at åpenhet vil fri dem fra mistanke om å blande kortene – også i en opphetet konflikt.

Foretakstillitsvalgt på Ahus, Kai Øivind Brenden, ser noen mulige skjær i sjøen.

– Men jeg har full tillit til at Lisbeth Normann opptre profesjonelt – uavhengig av hvor Erik Normann jobber. Ellers ville det være vanskelig å være tillitsvalgt på Ahus. Jeg har ingen grunn til å tro at ekteskapet påvirker NSF's politikk, sier han.

Parallelt med hovedoppgjøret skal sykehuset gjennom en flyttestjau i løpet av våren.

– Nye Ahus er et prestisjeprojekt, og det er viktig å få flyttet til riktig tid. Skulle det bli streik, kan vi bli tatt ut. Det kan bli krevende.

– Noen gode råd til de to?

– De må være bevisste at de sitter i framtrekkende posisjoner på hver sin side.

Diskusjonene må de ta i formelle fora, ikke på kammerset, sier Brenden.

Ragnhild Hegg er NSF's fylkesleder i Akershus. Heller ikke hun ser for seg rolleproblemer i Normann-familien.

– Det er sikkert utfordrende for dem, men jeg har ingen grunn til å tvile på deres integritet. De virker som stødige personer.

Hegg synes likevel det er «litt snodig» at Ahus i en annen sammenheng har stilt spørsmål ved en sykepleiers integritet, fordi hun både er medlem av NSF's fylkesstyre og leder på høyt nivå på Ahus.

– Dette er uproblematisk, fordi fylkesstyret aldri forhandler direkte med arbeidsgivere, sier Hegg.

Anne-Kari Bratten er viseadministrerende direktør i Spekter, foreningen for arbeidsgiverne i helseforetakene.

– Blir dere litt mykere enn vanlig i årets oppgjør, siden motparten er gift med en av dine?

– Jeg har tillit til at de to håndterer dette med stor profesjonalitet, sier Bratten.

Hun opplyser at Normann og Normann ikke har vært noe tema på arbeidsgiversiden.

– Hvem som skal sitte i de besluttede organer hos oss når det gjelder helse-tariffavtalene er

ikke umulig

bestemt av helseforetakene.

– Ser du noen potensielle konflikter?

– Norge er et lite land. Slike situasjoner vil fort oppstå. Men jeg er sikker på at de to kjenner habilitetsreglene så godt at jeg ikke vil stille spørsmål ved deres beslutninger.

– Erfaringer fra tilsvarende forhold?

– Nei, det kan jeg ikke huske, sier Bratten.

Jan Fridthjof Bernt, jusprofessor ved Universitetet i Bergen, kan i hvert fall reglene godt.

– Hvis Sykepleierforbundet er motpart i en sak mot Ahus, blir forholdet ganske vrient, fastslår han og forklarer:

– Da blir direktøren inhabil. Det blir også hans underordnede, og beslutningene må tas for eksempel av en settedirektør eller styreleder.

Direktøren kan ikke ha noe med saken å gjøre, ifølge Bernt. Men underordnede kan utrede den, og så legge den fram for styret.

Bernt anbefaler direktør Normann å sørge for at det blir utarbeidet rutiner for hvordan en sak skal behandles når han er inhabil.

– Og forbundsleder Normann kan bare gjøre jobben sin?

– Ja, det er *han* som må holde seg unna.

– Kjenner du til tilsvarende saker?

– Ikke akkurat. Men når lederen er inhabil, får det ringvirkninger, og det kan være en utfordring. Slikt skjer. Dette er ingen umulig situasjon, men man bør bare ha tenkt gjennom problemet på

forhånd, sier jusprofessoren.

Det har **Erik Normann** gjort:

– Vi har levd i 15 år med blant annet å være tillitsvalgte på hver vår side, og vi vet hva vi kan snakke om og ikke.

Normann har tenkt å trekke seg tilbake i strategiske diskusjoner på Ahus.

– I tariffoppgjøret må vi være spesielt nøye. Våre roller har jeg tatt opp med styret, tillitsvalgte, ansatte, ledergruppe, avdelingssjefer og Helse Sør-Øst. Men vi skal ikke være naive og tro at det ikke kan dukke opp problemer. Styreleder trer inn i min funksjon når det er nødvendig, sier han.

Lisbeth Normann tror at det medlemmene hennes er opptatt av, er om hun vil særbehandle Ahus på noen måte.

– Og det er helt uaktuelt, bedyrer hun.

Skulle det bli streik, har hun ikke tenkt å la være å ta ut sykepleiere på Ahus bare fordi hun har den ektemannen hun har. Eller ta dem ut bare for å markere at hun tør.

– Dessuten har vi systemer som ivaretar dette. Jeg alene avgjør ikke hvem som skal plukkes ut. Det går jo ikke.

Lisbeth Normann ser ellers for seg at ulike syn på betydningen av sykepleiernes kompetanse kan medføre friske diskusjoner.

– Jeg har jo sterke meninger om den saken, sier hun.



Navn: Erik Kreyberg Normann

Stilling: Administrerende direktør på Akershus universitetssykehus (Ahus)

Ellers: Barnelege. Ahus er medlem i arbeidsgiverforeningen Spekter, NSFs forhandlingsmotpart i helseforetakene. Gift med fagforeningslederen Lisbeth Normann.



Av **Marie Bruheim**
fungerende klinikkoversy-
keleier og daglig leder for
Pasientsikkerhetsutvalget ved
Kreftklinikken Rikshospitalet

**Sykepleiere med yrkes-
ansiennitet på over fem år
registrerte flere feil enn
sykepleiere med ansiennit-
et på ett år eller mindre.**

www.sykepleien.no

Les mer og finn
litteraturhenvisninger på
www.sykepleien.no

Søkeord:

feilmedisinering
legemiddelhåndtering
sykepleie
avvik

Fatale feil

– En studie av avvik i legemiddelhånd

Feilmedisinering er en av de vanligste og alvorligste feil sykepleiere i klinisk praksis kan gjøre. Sammenligning av feilrapportering ved norske sykehus med internasjonale funn antyder store mørketall.

Sykepleiere i klinisk praksis ved fire poster på to ulike universitetssykehus i Østlandsregionen deltok i en tversnittstudie, og data ble samlet inn over en tre ukers periode i 1999. Det ene er et spesialsykehus, det andre et regionssykehus, og begge sykehusene gir avansert medisinsk behandling. Deltakere var alle sykepleiere på post uansett stillingsandel og ansiennitet. Avdelingssykepleier informerte sykepleiere om undersøkelsen og utfylling av registreringsskjemaet. Skjemaet omfattet post og ansiennitet for sykepleier, dato og klokkeslett for feil og om det ble rapportert formelt. I tillegg hadde skjemaet seks spørsmål om type legemiddel, type feil, umiddelbare tiltak, konsekvenser av feil, oppfatning av årsaksforhold og om feilen ga grunnlag for å sette i verk tiltak. Spørsmålene hadde fast angitte svaralternativer med avkryssning i bokser. Alle spørsmålene hadde mulighet for å gi kommentarer. Studien var begrenset til fem typer av legemidler: cytostatika, insulin, antikoagulantia, analgetika, antibiotika.

Datagrunnlag

Alle skjema var anonyme, og all informasjon ble behandlet konfidensielt. Anonymiserte skjema var viktig siden en ønsket at det å melde feil skulle virke minst mulig truende, og at terskelen for å melde fra om disse skulle være lav. På den måten håpet en at datagrunnlaget skulle bli så representativt som mulig.

Informasjon om studien og hvordan registreringsskjemaene skulle håndteres ble gitt både skriftlig og muntlig til avdelings- sykepleierne. En skriftlig veiledning for utfylling av selvrappor- teringsskjema ble utarbeidet for å sikre at alle som deltok i studien skulle forstå spørsmålene knyttet til avkryssningsboksene. Det ble satt opp en konvolutt med registreringsskjemaer til utfylling på medikamentrommet på de aktuelle postene. All videre kontakt skjedde mellom forfatter og avdelings- sykepleier.

Ishikawa-diagram (1) er et årsaks-virkningsdiagram som ble brukt som redskap for å kategorisere hva som er årsakene til feil. Type avvik og årsak ble analysert

ved hjelp av dette diagrammet. Pareto-analyse (2) er et hjelpemiddel for å visualisere og prioritere rekkefølgen på kvalitetsproblemer som bør løses. Type feil ble undersøkt ved hjelp av denne analysen. Dermed vil fokuset på de sentrale årsakene til avvik bli konkretisert, og hvilke tiltak det er behov for blir tydeliggjort.

Data fra skjemaene ble lagt inn i SPSS, og det ble utført deskriptiv statistikk. Signifikansnivået ble satt til $p < 0,05$ og alle tester var tosidige.

Ingen pasienter eller sårbare personer var direkte involvert i undersøkelsen med anonym utfylling, og det ble derfor vurdert som unødvendig å søke anbefaling fra Regional komité for medisinsk forskningsetikk.

Resultater

Det var i snitt ansatt 12 sykepleiere på hver av postene, og det ble fylt ut totalt 38 skjemaer i registreringsperioden. Antallet behandlede pasienter, og antallet handlinger med medikamentadministrasjon totalt i registreringsperioden, er ikke kjent. Fore-

komst av feil kunne derfor ikke regnes ut i forhold til dette.

Sykepleiere med yrkesansienitet på over fem år meldte flere feil enn sykepleiere med ansienitet på ett år eller mindre. Seks av de 38 feilene (16 prosent) ble også meldt i det formelle meldesystemet.

Ved sykehus X ble det meldt 14 feil fordelt på fire typer avvik (Tabell 1), og avvikene som ble hyppigst meldt var «feil tidspunkt». På sykehus Y ble det registrert 24 feil fordelt på alle typer, men «feil tidspunkt» og «feil dose» var de som ble hyppigst meldt. Samlet for begge sykehusene var «feil tidspunkt» klart det hyppigste avviket (37 prosent), fulgt av «feil dose» og «legemidlet ikke administrert» (begge med 16 prosent).

De fleste feilene ble registrert i de to første ukene av registreringsperioden, sannsynligvis fordi ferietiden nærmet seg med økt avspasering og mindre bemanning. Flest feil (17/38) skjedde mellom klokken 12 og 18, men de øvrige var fordelt over resten av døgnet.

Menneskelig faktor

Ishikawa-analysene viste at menneskelig forhold var hovedårsak ved 28 feil, metodeforhold ved 16, materiale ved fire og utstyret var årsak ved en feil (Tabell 2). De vanligste menneskelige årsakene var «forglemmelse» og «stor arbeidsbelastning», mens den vanligste metodeårsaken var «mangelfull ordinasjon».

Alle sykepleierne i studien, bortsett fra en som ikke besvarte spørsmålet, mente at feilen ikke fikk noen konsekvenser for pasienten.

Alle sykepleierne i studien, bortsett fra en som ikke besvarte spørsmålet, mente at feilen ikke fikk noen konsekvenser for pasienten.

Det ble iverksatt i alt 15 tiltak som følge av feilene, det vil si at 39 prosent av feilene fikk konsekvenser. Tilsvarende ble det ikke truffet noe forebyggende eller korrigerende tiltak ved 23 feil (61 prosent).

Det vil alltid være usikkerhet knyttet til resultatene fra undersøkelser der fagfolk skal rapportere feil, det gjelder også feil i forbindelse med administrering av legemidler (3). Noe av årsakene til underreportering kan være at meldingsrutiner og rapporteringskultur ikke er bra nok, eller at det hersker usikkerhet omkring hvilke typer feil som skal meldes (4,5). Ved siden av opplagte feil, vil det alltid være en gråsoner der synet på feil er gjenstand for skjønn. Hvor stort tidsavvik skal til før det dreier seg om «feil tidspunkt», for eksempel?

Diskusjon

Den foreliggende studien viser noen av de metodiske problemene i feltet. Det vanskeligste er åpenbart å få til «sann» melding av begåtte feil. Vi prøvde å løse dette med anonym rapportering som skulle senke terskelen for melding. Dette anses verdifullt for å redusere frykt for disiplinære tiltak overfor den enkelte som har begått feil. Dersom man gjør feil og føler frykt, er det tidligere vist at man ofte heller vil beskytte seg selv enn åpent å erkjenne sine feil (6). Parallelt med dette hadde sykehusene sitt lovpålagte meldesystem, og det gjorde at offisielle meldinger ikke lenger ble anonyme. I vår studie var seks av 38 anonymt meldte feil (16 prosent)

også offisielle. Dette kan tolkes som en instruktiv illustrasjon av mørketall (84 prosent), men antyder også at det neppe er mulig å få full oversikt over mørketall. Det ligger i saken natur når sykepleiere skal rapportere feil som både kan ramme pasientene, men også dem selv gjennom uformelle og formelle negative reaksjoner kollegialt og eventuelt juridisk.

Kort observasjonstid

Studien illustrerer også de betydelige logistiske og ressursmessige problemer som knytter seg til slik forskning. Stadig oppfølging på postene var nødvendig, hvilket gjorde registreringsperioden kort med bare forfatteren som heltidsengasjert i prosjektet. En følge av kort observasjonstid er at antallet feilmeldinger blir lite, og det medfører stor risiko for statistiske type II-feil. Det betyr at forskjeller som i dette materialet ikke er signifikante, kanskje ville vært det om en hadde hatt flere feilmeldinger. Problemer med logistikk og bemanning gjorde også at en ikke hadde ressurser nok til å registrere antallet behandlede pasienter eller omfanget av medikamentforordningene ved postene i registreringsperioden. Til tross for disse usikkerhetsmomentene vedrørende omfanget av problemet, viser studien med all tydelighet at feil legemiddelhåndtering er et alvorlig problem, der offisiell rapportering bare er toppen av isfjellet.

Stress

Går en til andre studier av feil medikamenthåndtering, blir mange av de problemene vi har nevnt bekreftet. En studie som anvendte «skjult observasjon» som metode fant at blant 291 feil av medikamenthåndtering, var administrering på «feil tidspunkt» det vanligste (48 prosent) (7). I flere artikler



blir avviket «feil tidspunkt» definert som et tidsavvik på 30–60 minutter fra medikamentet skulle ha vært gitt (8). I vår studie var ikke tidsavvikets varighet med på registrerings skjemaet. De fleste registrerte feil i vår studie ble begått på ettermiddagen. Dette kan skyldes at de fleste forordninger og administreringer skjer mellom disse tidspunktene, men også at sykepleierne utover i arbeidsdagen blir mer stresset og slitne. Det kan stemme med at vanlige årsaker til feilene ble oppgitt å være forglemmelse og stor arbeidsbelastning. Dette regnes som «menneskefaktorer», som vil kunne henge nøye sammen. Forglemmelse kan lett vurderes som slurv og menneskelig svikt, men kan og være resultatet av en svært travel dag med mange ulike gjøremål. Her ville det vært av interesse å få vite hvor vidt det er manglende erfaring, stor arbeidsbelastning, slurv eller manglende kunnskap som er den bakenforliggende årsaken til



PROBLEM: Medisiner gitt på feil tidspunkt er en vanlig feil. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

forglemmelse. Meurier (9) fant at 79 prosent av sykepleierne rapporterte at de vanligste årsaker til feil skyldtes en stresset atmosfære på vakt. De oppga også tap av selvtilit og økt frykt for å gjøre feil i stressede arbeidssituasjoner som medvirkende faktorer.

Rapportering

Det er tidligere dokumentert at mangel på eller utilstrekkelig kommunikasjon mellom sykepleier og behandlende lege, kan være en hovedårsak til «mangelfull ordinasjon» (8). I en tidligere studie viste det seg at over halvparten (56 prosent) av feilmedisineringene var forårsaket av mangelfulle eller uleselige ordinasjoner (8). Dette var igjen et resultat av at forordningen var skrevet for hånd, eller at forordningene ble gitt muntlig fra lege til sykepleier.

At sykepleierne med lengst ansiennitet rapporterte mer avvik kan skyldes at de har bedre kunnskap, størst ydmykhet og

respekt for faget, klarest ser hvilke uheldige konsekvenser den aktuelle feilen kan medføre, eller er mest modne i forhold til å innrømme feil fordi de opplever størst trygghet i sin rolle som sykepleier.

Et litt overraskende funn i vår studie var at ingen av sykepleierne mente at feilene de rapporterte hadde hatt noen alvorlige konsekvenser for pasientene. Det vil alltid være usikkerhet knyttet til en slik vurdering, og feilens art vil naturligvis ha stor betydning. Tidligere forskning viser imidlertid at feil administrasjon av legemidler kan gi alvorlige følger for pasientene (8,9,10) og en studie viste at 26 av 132 feil (20 prosent) kunne vært livstruende. Et problem er at i komplekse sykdomstilfeller kan feilmedisinering lett forbli uoppdaget og tolket som en forverring av pasientens grunnsykdom (8).

Bedring av rutiner

I 15 av 38 meldinger mente syke-

pleierne det var behov for tiltak etter medikamentfeilen. Ti av 38 respondenter uttrykte at det var grunnlag for å iverksette tiltak for endring av rutiner, retningslinjer eller prosedyrer. Bare en svarte at det var behov for opplæring. Dette er litt uforståelig siden økt kunnskap og informasjon om avviksregistrering synes å være viktig og nyttig for å redusere feil og bedre kvalitet (3). Målet for legemiddelhåndtering er at det skal gis rett medikament til riktig pasient, i rett dose, på riktig måte, til rett tid, og at det skal gis av kvalifisert personell (11). Dette krever kunnskap hos sykepleieren, både generelle kunnskaper i fysiologi, patofysiologi og farmakologi. I tillegg kreves en god situasjonsforståelse og inngående kjennskap til den enkelte pasients problemer, samt grunnleggende basiskunnskaper i medikamenthåndtering.

Sykepleieleidelsen har ansvar for faglig oppdatering og tilrettelegging, slik at sykepleiere på avdelingen har den kompetanse de trenger for å løse sykepleieoppgaver de er pålagt å utføre. Sykepleieres rett og plikt til å si fra hvis arbeidsoppgaven ligger utenfor deres kompetanseområde, er dokumentert i etiske retningslinjer fra Norsk Sykepleier Forbund. Et virkemiddel for å bedre legemiddelhåndteringen kan være å utarbeide gode rutiner for rapportering av avvik, slik at underrapportering unngås og man kan få en realistisk oversikt over problemområdet. Dette har mye med kultur å gjøre. I dag kan innrapportering av feil ha negative konsekvenser, både for den som melder fra og

for hele institusjonen, dersom mange feil blir meldt. Sykehus som melder kan risikere å få dårlige omdømme, noe som igjen kan føre til hyppigere tilsyn fra offentlig myndigheter, eventuelt med pålegg om endringer av rutiner.

Meldekultur

Holdningsendringer i retning av større åpenhet synes nødvendig for at de ansatte ikke vegrer seg for å melde avvik og feil. Ved at ledelsen viser tillit og aksept kan et grunnlag bli tilrettelagt for en trygg meldekultur. De ansatte som melder avvik bør få en positiv tilbakemelding om meldingen, og ikke sanksjoner fra kvalitetsutvalgene. Ved avdekking av feil bør det da avdekkes områder for bedre kunnskapsutvikling.

Et problem ved kartlegging av legemiddelavvik kan også være at sykepleiere ikke alltid er klar over at de har gjort feil (8). Det hersker ofte stor usikkerhet omkring hvilke typer feilmedisineringer som skal meldes (4,5). Begge disse forhold kan bedres med økt kunnskap innen feltet.

Med de nye helselovene som ble iverksatt i år 2001 kom kravet til forsvarlighet og ansvar mer direkte og tydelig fram enn tidligere. Det står blant annet i §4 at helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvide pasienter videre der dette er nødvendig og mulig. Helsepersonell vil ifølge de nye lovene ha et juridisk ansvar for å holde kunnskaper og ferdigheter ved like, og for å sikre at utførelsen er i samsvar med faglige normer. Helsepersonelloven bidrar til å klargjøre sykepleierens rettslige stilling. Det bør være et godt utgangspunkt for å avgrense og presisere plikter og ansvar.



Konklusjon

Selv om resultatene fra denne studien stort sett er i overensstemmelse med funn fra tidligere studier internasjonalt, er resultatene tentative ettersom de bygger på analyse av et begrenset antall feilmeldinger som ble innhentet i en avgrenset tidsperiode. På den annen side ble det avdekket relativt mange avvik når det gjelder legemiddelhåndtering innefor en kort tidsperiode. Dette understreker betydningen av å gjøre lignende studier også i framtiden.

Målet med studien var blant annet å finne frem til metoder for å bedre kvaliteten på administrering av legemidler, fra medisinen er forordnet til den er tatt inn av pasienten. Det er her avdekket hvilke feil som oftest rapporteres, og når på døgnet de fleste feil ble gjort. Sykepleierne selv trekker fram et behov for endring av rutiner, retningslinjer eller prosedyrer. I internasjonale studier skjer slike «uønskede hendelser» med pasienter i sykehus i sju til 15 prosent av innleggelsene. *Dersom det laveste estimatet legges til grunn, kan vi ved Rikshospitalet Kreftklinikken Radiumhospitalet HF med cirka 11 000 innleggelser per år, kunne forventet cirka 770 tilfeller av alvorlig feilmedisinering per år. De 350 innmeldte tilfellene av feilmedisinering i 2005, utgjør i tilfelle mindre enn halvparten av dette, og antyder store mørketall.*

Dette bør få konsekvenser for kvalitetsarbeidet på norske sykehus. Det er også grunn til å konkludere med at det er et opplæringsbehov siden såpass mange avvik registreres. På sikt burde registrering av feil bli en type kvalitetsindikator på de avdelinger der det er behov for og ønske om å avdekke denne type problemer. Det blir viktig å følge opp avvikshåndtering i

Tabell 1. Frekvens av meldte feil ved sykehus X og Y i registreringsperioden

Type feil	Sykehus Y	Sykehus X	Totalt
Feil legemiddel	2	0	2
Feil administrasjonsmåte	3	0	3
Legemiddelet ikke administrert	3	3	6
Feil dose	4	2	6
Feil tidspunkt	6	8	14
Mangelfull ordinasjon	3	0	3
Utblandet i feil væske	1	0	1
Gitt med feil hastighet	1	1	2
Andre feil	1	0	1
TOTALT	24	14	38

Tabell 2. Hovedårsaker til feilmedisinering etter Ishikawa-diagrammet

Hovedårsak	Antall	Årsaker
Menneskelige	10	Forglemmelse
	5	Manglende dobbeltkontroll
	10	Stor arbeidsbelastning
	1	Regnefeil
	2	Mangelfull kunnskap
Metodiske	3	Unøyaktig rapport
		Uppreis prosedyre
		Mangelfull ordinasjon
		Manglende opplæring
	Manglende retningslinjer	
Materielle	1	Hadde ikke medikamentet
Materiale	1	Fastende fraværende pasient
Maskinelle	1	Utstyrsfeil

praksis, slik at forbedringsarbeid kan gjøres kontinuerlig, ellers vil motivasjonen for å melde avvik kanskje avta, og dermed vil læringen og nytteverdien utebli.

Lederne må være i en god dialog med sykepleiere som arbeider i praksis. Når avvik skjer bør det gis konstruktive tilbakemeldinger om tiltak.



LITTERATURLISTE

- Berg Wig B. Kvalitetsforbedring som håndverk. Faggruppen for Kvalitetsforbedring (NFK) i samarbeid med Hydro Agri Porsgrunn, 1996.
- Berg Wig B. Det uslåelige arbeidslaget. Oslo: Tiden Norsk forlag, 1999, 94-122.
- Statens Helsetilsyn. Melderevnen 1998; 2.
- Davis MN. Medication Errors in the USA, Causes and Prevention. Symposium on Clinical Pharmacy. 1997 Safe Medication Practices Consulting, Inc
- Syversen Aamlid B. Hvordan kan sykepleieleder forebygge feilmedisinering i et sentralsykehus? Oslo: Hovedoppgave ved Institutt for sykepleievitenskap, 1996.
- Deming WE. Out of Crisis. Boston: Massachusetts Institute of Technology, 1991.
- O'Hare M, Bradley A, Gallacher T, Shields M. Errors in administration of intravenous drugs. *BMJ* 1995; 310: 1536-1537.
- Tissot E, Cornette C, Demoly P, Jacquet M, Barale F, Capellier G. Medication error at the administration stage in an intensive care unit. *Intensive Care med* 1999; 25: 353-359.
- Leape L. Error in medicine. *Jama* 1994; 272: 1851-1857.
- Cullen DJ, Et.al. The Incident reporting system Does not Detect Adverse Drug Events. *Journal of quality Improvement* 1995; 10: 541-548.
- Bielecki T, Børdahl B. Legemiddelhåndtering. Oslo: Ad Notam Gyldendal 1999.



Reaktor ID Foto: Siren Laundal. Retouch: Photofinish.

Overgangsalder og pms gjør de fleste omgivelser ☘☘☘☘!!!

Mange kvinner opplever hetetokter, søvnbesvær, nedstemthet og irritabilitet i perioden før menstruasjon og i forbindelse med overgangsalder. Mer enn 20 års forskning på soya har resultert i Nutri5, et produkt som bedrer kvinners helse og livskvalitet i disse periodene. I tillegg senker Nutri5 kolesterolnivået, virker forebyggende mot benskjørhet og hjerte- og karsykdommer uten å gi bivirkninger. Nutri5 er basert på naturlige planteøstrogener og drikkes som en shake hver dag. Vil du ha en god morgen igjen? Nutri5 – gir kvinner bedre helse og økt livskvalitet.

Gå inn på www.nutri5.no, ring 05222 eller send en sms med "nut" til 2012



NUTRIPHARMA



**Jeg synes fjernsyn er veldig lærerikt.
Hver gang jeg setter det på, går jeg inn i et annet rom
og leser en god bok.**

Groucho Marx

Salongløver og -løvinner

En av mine naboer er forfatter, og har foruten flere romaner, noveller og dikt skrevet kritiske innlegg i aviser og holdt foredrag i radio om aktuelle tema. For åtte år siden tok hun initiativ til en salong for samtaler rundt litteratur, kultur og samfunns-spørsmål. Begrepet salong finner vi allerede for 200 år siden, det var den gang borgerskapets og aristokratiets kulturelle samlingspunkt, der samtalen sto i fokus. Min nabo, som har et stort nettverk, inviterer hver gang en person til å fortelle om sin bok, forskning eller interesse. Venner, kollegaer og bekjente er invitert til å lytte og diskutere etter foredraget.

Vertinnen har kjøpt inn ost og brød, eller lagd en stor suppegyte eller salat. Alle har med drikke og 50 kr hver som går til innkjøp av vin til foredragsholderen og maten.

Etter diskusjonen fortsetter det hele med sosiale samtaler og nye bånd knyttes.

Fire ganger i høstsemesteret og fem ganger i vårsemesteret er dørene åpne til salong, til stor inspirasjon og glede for deltakerne. Å holde foredrag er også blitt populært, både skjønnlitterære forfattere, politikere, forskere og kunstnere bidrar.



Hjørdis Fodstad

Forfatterintervjuet:

Å få kreft fortalt med bilder

Mennesker med utviklingshemming får også kreft. Og altfor mange dør av det.



Forfatterintervjuet: – Kreften blir ofte oppdaget altfor sent, sier sykepleier Stine Skorpen ved Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse.

Ideen kom fra alle de triste historiene som ble formidlet til Kompetansesenteret for utviklingshemming og aldring. Det ble opprettet et eget prosjekt og Skorpen ble prosjektleder. Hun valgte å lage billedbok, etter inspirasjon fra England, der hun kom over flere slike bøker. Men da hun tok med utviklingshemmete i Norge på råd, likte de ikke at de engelske bøkene

var illustrert med tegninger.

– De synes mye som lages for dem er for barnslig. Det er på en måte å undervurdere dem. Derfor ønsket de heller fotografier.

Boken ble heller ikke bare én bok, men to. En for kvinner og en for menn.

– De er ganske like, men for disse brukerne er det viktig å kunne identifisere seg med den som er avbildet, sier hun.

Fotomodellene, Lars Åge og Gunvor, har utviklingshemming, men ikke kreft. De følges fra besøk hos fastlege gjennom sykehusopphold og undersøkelser til de blir erklært friske. Det er blant annet bilder av blodprøver, røntgen og operasjons-sal tatt av profesjonell fotograf og ledsaget av lettfattelig tekst. Bøkene er utviklet av kompetansesenteret i samarbeid med Kreftforeningen og finansiert av Helse og Rehabilitering. Skorpen har hele veien brukt utviklingshemmete som konsulenter.

– Jeg har fått mange tilbakemeldinger om at dette er viktig. Noen sier de har ventet på bøker som dette.

Hvor mange med utviklingshemming som får kreft i Norge, fins det ikke tall på. Ifølge Skorpen er det heller ikke forsket på utviklingshemming og kreft her i landet. Sin kunnskap har hun hentet fra utlandet, særlig fra England og Skottland. Tilbakemeldinger hun har fått i Norge er: «Kjempefint at

noen tar tak i dette, men det gjelder jo så få».

Men det er registrert 21 000 mennesker med utviklingshemming i Norge, og Skorpen tror det er mange flere.

– Dette tallet er bare for dem som får en eller annen form for trygdeytelser. Beregninger antyder 60 000, og av disse er 40 000 lettere og 20 000 moderat til alvorlig utviklingshemmet.

I dag blir utviklingshemmete mye eldre enn for bare få år siden. Mens mennesker med Downs syndrom døde som tiåringer rundt 1950, lever de fleste i minst 50-55 år i dag. De med lettere og moderat utviklingshemming lever like lenge som normalbefolkningen, altså i 70 til 80 år. Da får de også aldersrelaterede sykdommer.

– Hvilke spesielle utfordringer skaper kreft for utviklingshemmete?

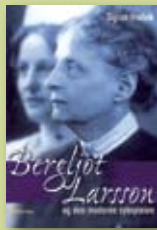
– I utgangspunktet har de mindre ressurser enn andre. De har vanskelig for å uttrykke seg, og mange kommuniserer på alternative måter. Mange har tilleggslidelser, som dårlig syn og hørsel og psykiske lidelser. Å få kreft og så tilbud om ulike former for behandling er veldig komplisert for alle. For utviklingshemmete blir det dobbelt komplisert. En stor utfordring for helsearbeidere, som lett kan uttrykke seg veldig teoretisk. Det er viktig å vite at utviklingshemmete

om sykepleie- historie

Anbefalt av **Jorunn Irene Mathisen, førstelektor, Høgskolen i Østfold**



Folkets helse – landets styrke
Aina Schiøtz: Beskriver utviklingen av et viktig område for en moderne velferdsstat – et velfungerende helsevesen.



Bergljot Larsson og den moderne sykepleien
Sigrun Hvalvik: Biografi om en tøff kvinne og leder som kjempet for sin overbevisning og for sine medsøstere.



Sykepleiehistorie
Jorunn Mathisen: Her beskrives det hvordan sykepleieutøvelsen påvirkes og utvikles over et langt tidsspenn.

ikke tenker abstrakt, men konkret. Alt må forklares via bilder. Og da håper jeg disse bøkene kan bli brukt.

Skorpen peker også på et annet aspekt:

– Risiko for kreft øker jo eldre man blir. Og de fleste av de eldre utviklingshemmete har erfaring fra institusjoner, kanskje har de opplevd overgrep og tvang. Mange har sykehusskrekke. I tillegg misliker mange av dem forandring. De vil helst være hjemme. Derfor blir dette så veldig komplekst.

Skorpen har et råd til helsepersonell: Bli kjent med pasienten. Og også med deres primærkontakt, som ofte kjenner dem svært godt. Å oppnå tillit og trygghet så tidlig som mulig er avgjørende for samarbeidet mellom dere.

– *Hva har vært vanskelig med boken?*

– Teksten. Å utforme den så den blir enkel, men ikke barnslig. Der har jeg fått god hjelp av eksperter. Jeg håper også ufaglærte kan ha nytte av bøkene. I mange boliger er utviklingshemmete omgitt av ufaglærte, uten kompetanse til å vurdere tegn på sykdom. Mange av dem føler seg utilstrekkelige, og noen sliter med dårlig samvittighet fordi de ikke tidligere oppdaget faresignaler hos beboerne.

– *Blir det flere slike bildebøker?*

– Håper det. Jeg holder på med en lærebok, en vanlig bok om hva som er spesielt i forbindelse med kreft hos mennesker med utviklingshemming. Og så jobber jeg med en konferanse. Kan jeg få lov til å nevne det? Den skal være i april og handler om kreft hos eldre mennesker med utviklingshemming.

Bøkene kan lastes ned gratis på www.aldringoghelse.no Et eksemplar av boken er også snart på vei til alle landets sykehus.

tekst **Nina Hernæs**
foto **Erik M. Sundt**



– For utviklingshemmete blir det dobbelt komplisert.

Stine Skorpen

Aktuell med: Undersøkelse og behandling av kreft

Utdanning: Operasjonssykepleier

Yrke: Prosjektleder

Bosted: Revetal, like ved Tønsberg

Alder: 42 år



Månedens bøker

Av Kari Glavin, Sølvi Helseth og Lisbeth Gravdahl Kvarme (red.), 340 sider, Akribe, 2007, ISBN 978-82-79500-91-9

Anmelder: Torunn Hamran, professor, Universitetet i Tromsø

Fra tanke til handling?

Den første norske læreboken om helsesøsters arbeidsmåter, metoder og strategier bør leses med kritisk distanse.



Anmeldelse: Endelig er det kommet en samlet og omfattende lærebok som primært er rettet mot helsesøsterstudenter og helsesøstre i praksis, eller andre som skal sette seg inn i helsefremmende og forebyggende arbeid blant barn og unge. Boken er delt i to deler. Første del har overskriften «Grunnleggende ideer og prinsipper i helsesøstertjenesten» og er inndelt i to kapitler: «Teoretisk grunnlag for helsesøstertjenesten» og «Grunnlag for god helsesøsterpraksis», og består av til sammen seks underkapitler. Bokens andre del, som handler om «Metoder for å nå mål i helsesøstertjenesten» er delt inn i tre kapitler med 14 underkapitler som tar for seg henholdsvis kartlegging av behov, aktuelle metoder og hvilke utfordringer som fins i praksisfeltet. Forfatterkollegiet består av 13 personer, derav tre redaktører, som til sammen har skrevet 20 ulike bidrag samt innledning. Hver for seg bidrar de ulike forfatterne med høy kompetanse på sine felt, samtidig som de mange bidragene både avspeiler kompleksiteten i helsesøsters praksis og stiller store krav til de tre redaktørene.

Bokens hovedstruktur er uttrykk for et viktig og ambisiøst redaksjonelt grep. En så vidt omfattende

introduksjon til ulike vitenskapsteoretiske, etiske og kunnskapsteoretiske paradigmer og posisjoner i første del, bærer bud om at valg av kunnskap, handlinger og arbeidsmetoder krever en grunnlagsdebatt. Andre del gir isolert sett en meget god oversikt over det formelle og juridiske grunnlaget for helsesøsterpraksis, hva som er utviklet av aktuelle arbeidsmetoder og hvilke krav til dokumentasjon og begrun-

nelse som stilles til praksisfeltet. Forbindelsene mellom de ulike posisjonene i del 1 og mellom del 1 og del 2 fremstår imidlertid både som uavklarte og inkonsistente.

Hvilke konsekvenser har det for eksempel at tiltakene som iverksettes «bør» være forskningsbasert slik at man vet at de gir effekt samtidig som de «bør» tilpasses de lokale forholdene i den enkelte kommune (s. 32)? Hvordan er sammenhengen mellom klinisk blikk og situasjonskompetanse som beskrives som

«sentralt» i helsesøsters virke (s. 59), og den gjennomgående tendensen til å etterlyse effektstudier? Hva betyr det at «resultatet fra kontrollerte studier på en anbefalt metode viser signifikant positiv effekt hos elever som har deltatt» (s. 259)? Det er jo ikke sikkert at en metode som

Enkelte påstander reiser derfor (for) mange ubesvarte spørsmål, for eksempel at kravet til evidens og kunnskapsbasert praksis kan medføre «at gode tiltak blir forkastet fordi vi ikke har evidens for at de er effektive» (s. 49). Forkastet av hvem? Hvem definerer hva som er «gode tiltak»? Fins det ikke andre kvalitetskriterier og krav til begrunnelser enn effektstudier? Enkelte forfatteres bruk av «vi», «vår praksis» og «oss som helsesøstre» tilslører at «vi» (hvem det nå enn måtte siktes til) ikke alltid deler verdier, mål eller kunnskapssyn. Problemet blir heller ikke mindre ved at mange av forfatterne setter medbestemmelse og innflytelse over eget liv svært høyt. Boken stimulerer i for liten grad til analytisk evne og kritisk refleksjon i forhold til de mange vanskelige valg som til enhver tid må tas, ofte på usikkert grunnlag, og som gjør at tanke og handling må gå hånd i hånd i en profesjonell praksis.

Les boken med kritisk distanse, bruk den gjerne og frem for alt – diskuter den!

Enkelte påstander reiser derfor (for) mange ubesvarte spørsmål.

Torunn Hamran, anmelder

har bevist sin effekt i en kontekst uten videre kan overføres til en helt annen kontekst – og et annet land. Og det gjør ikke saken bedre når studien det vises til ble utført i 1988. Er det også effektstudier som etterlyses når en forfatter hevder at «det faglige grunnlaget for hjemmebesøk er for tynt», forankringen i teori for svak og hensikten vanskelig «å uttrykke i ord» for deretter gjennom egne situasjonsbeskrivelser gi gode begrunnelser for samme type praksis (s. 274, 276)?

Månedens bøker

Av Bente Christina Kaste, 136 sider, Uranus forlag, 2007, ISBN 978-82-995508-5-7

Anmelder: Vigdis Hegg, barnevernspedagog/Cand Spec.

Gir innsikt om barn som pårørende

Denne boken gir verdifull innsikt om barn som pårørende – fra barnets synsvinkel.



Anmeldelse: Da Christina var ni år fikk mammaen hennes brystkreft. I denne boka fokuserer Christina hvordan ei liten jente taklet livet sitt etter dette, hvordan det var å ha en dødssyk mamma gjennom tolv år. Fortellingen er naken og hudløs fra en sårbar tid i oppveksten. Boka omhandler ikke bare barn og kreft, men alle typer sykdom, og er relevant for alle barn som blir gitt for mye ansvar av ulike grunner.

Dette er læreboka om hvordan vi best mulig kan være medmennesker. Christina beskriver det som beintøft, vanskelig og ubegripelig vondt i mange år. Hun forteller om hvor vanskelig det kan være å gå på skolen når man ikke klarer å få plass til annet inni hodet sitt enn at mamma er syk.

Christinas fastlege skriver i forordet: «Det er skrevet utallige lærebøker om sykdommer og lidelse, og det er helt nødvendig for oss i helsevesenet at vi har grunnleggende viten for å føle at vi står på trygg grunn under arbeid med pasientene. Likevel er det først i møte med pasienter og medmennesker vi begynner å forstå noe av hva sykdommer og lidelser gjør med oss. Denne boken anbefales både for fagpersoner og for alle

andre som ønsker å vite mer om et menneskes indre liv.»

Christina skriver om hvordan hun har en maske overfor skole, psykolog og omgivelser – for å skåne mamma. Om angsten for at barnevernet skal komme og ta henne bort fra mamma. Hun skriver levende om å bli mobbet fordi mange trodde kreft var smittosomt. De eneste som fikk se henne uten maske var hestene, – hos hestene

De eneste som fikk se henne uten maske var hestene.

Vigdis Hegg, anmelder

laget hun sitt eget fosterhjem.

Hun forteller intenst om de firbente terapeutene og vennene hennes. «Hestene analyserte meg ikke, krevde ikke noe av meg, de bare løftet meg og var der for meg», skriver hun.

En episode fra samtale hos psykolog sier alt om hvordan opptre for å miste en begynnende spire av tillit fra barn i sårbare situasjoner:

«Plutselig banker det på døren og psykologen spretter opp, åpner døren og går rett utenfor med døren

på gløtt. Jeg hører han si at han kommer snart, men at han har fått meg til å åpne seg. Han skal kontakte mor og skolen i morgen. Hm ... tenker jeg. Han er så annerledes i stemmen når han snakker med dem på utsiden av døren, sier noe som om jeg er en «sak» som han skal klare. (...) Spørsmålene han nå kommer med begynner jeg å svare «riktig» på. Bare positivt. Jeg gir han de svarene jeg vil at mamma

og skolen skal få høre, og ikke de svarene jeg burde ha gitt ham. De tankene og følelsene som er ekte og mine. De beholder jeg for meg selv.»

Christina har på utmerket vis evnet å omsette tanker og følelser til ord. Jeg tar med disse betraktningene fra Malin, 13 år, som mistet pappaen sin for halvannet år siden:

«Boka leste jeg ut på noen timer på en dag jeg var syk. Jeg gråt, gråt og gråt. Den var så trist, men så fin. Jeg gråt, lo og kjente meg igjen. Christina får vite at moren har fått

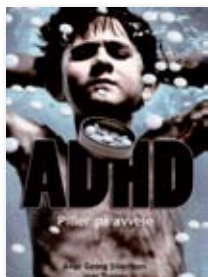
kreft. Hun tar da på seg en maske. En maske som bare gjør det de andre vil, bare smiler og sliter seg ut, men tar det med et smil. Og der gråt jeg. Når jeg leste om hennes maske. Jeg har selv hatt denne «masken». Jeg har masken ennå, men sjeldnere. Jeg kjenner igjen det å komme nærmere kirkegården og kjenne tårene presse på. Der faller masken av. Der jeg gråt mest var vel ved å bli «syk», og ikke komme på skolen før fredag. Da er alt så greit, for da er det helg. Da kan jeg være meg selv. Christina fant sine «psykologer» hos hestene, jeg fant og finner min trøst i musikk og drama. Det var på en måte hennes historie i min.»

Jeg deler Malins betraktninger og erkjennelser om at dette er ei viktig bok for barn som lever med sykdom, død og sorg. Jeg tror denne boka kan gjøre veien lettere å gå. Å lese om andres smerte og hvordan de klarte å komme seg gjennom krevende utfordringer i livet kan være gode gaver og innspill i sårbare perioder. Boka anbefales på det varmeste til alle i helse- og omsorgsyrker som møter barn som pårørende, Christinas vare stemme inviterer til ydmykhet i møte med kompleksiteten som barna og familiene står i.



Dikteren Henrik Wergeland døde i 1845 bare 37 år gammel. Av hvilken sykdom?

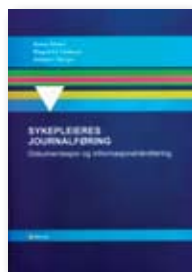
Svar: Tuberkulose



Belyser skamlett

Omtale: For aktive eller for lite aktive – uansett en diagnose. Denne boken har en kritisk tilnærming til medisineringen og diagnostiseringen av ADHD. Forfatterne har tidligere samarbeidet om en bok om hvordan tatere ble utryddet fra storsamfunnet. I denne nye boken dokumenterer de overgrep mot barn, og det som på baksiden av boken kalles en skamlett innenfor norsk helsevesen. ISBN 978-82-300-0382-4

**ADHD.
Piller på avveie.**
av Aage Georg Sivertsen og Joar Tranøy



Om å dokumentere

Omtale: Denne boken skal gjøre sykepleiere bedre i stand til å dokumentere helsehjelp i den tverrfaglige pasientjournalen. I tillegg til en historisk oversikt over sykepleieres journalføring, er det en gjennomgang av faglige og juridiske krav til journalføringen. ISBN 978-82-7950-118-3

Sykepleieres journalføring Dokumentasjon og informasjonshåndtering
av Anne Moen, Ragnhild Hellesø og Asbjørn Berge



Det sammensatte

Omtale: Denne boken gir innføring i de mest sentrale områdene innenfor moderne psykologi, og er spesielt tilpasset studenter i helse- og sosialfag på høgskoler og universitet. Forfatteren er psykolog og underviser i psykologi. ISBN 978-82-7634-744-9

Menneskets dimensjoner. Lærebok i psykologi.
av Leif A. Helgesen



Om å bo

Omtale: Hvilken betydning bolig har, skal denne boken gi et grunnlag for å reflektere over. Den handler om bolig, om å bo, og om forhold av betydning for bosituasjon. Blant annet kan den være aktuell for den som arbeider i andres hjem. ISBN 978-82-05-36581-0

Under tak – mellom vegger. Perspektiver på boligens betydning i velferdsstaten.
av Elisabeth Brodtkorb og Marianne Rugkåsa (red.)



Søker sannhet

Omtale: Nina Karin Monsen er samfunnsfilosof og viser i denne boken hvordan vi foretar en rekke valg når vi tenker og kommuniserer. Monsen peker på at mennesket ikke blir født klokt, men lærer underveis. Men mennesket lærer bare hvis sannheten søkes aktivt. ISBN 978-82-419-0485-1

Det innerste valget. Språk – tanke – mening.
av Nina Karin Monsen



Mer om dialogen

Omtale: Dette er en bok som beveger seg fra det filosofiske til det konkrete. Redaktorene Aune og Saur er høgskolelektorer ved vernepleierutdanninger. Bokens bidragsytere er fra Norge, Frankrike, Brasil og USA. ISBN 978-82-15-01145-5

Dialogiske perspektiver. Når vi er forskjellige.
av Karin E. Aune og Ellen Saur (red.)



Hva leser du nå?

Eva Sommerseth, leder i jordmorfaggruppa i Norsk Sykepleierforbund skal akkurat til å gå i gang med Khaled Hosseinis siste bok «Tusen strålende soler». – Hosseinis første bok «Drageløperen» fortalte en såpass genuin historie at den stimulerte til å lese bok

nummer to. Måten historien ble autentisk fortalt på ga perspektiver på verdier som etter min mening er svært aktuelle. Det er en historie om råskap, kjærlighet og svik. Temaer som er svært sentrale også i dagens hverdag.

Akkurat som oss

Tormod Huseby ønsket å skrive en lettlest bok om psykiske lidelser. «Just like us, only more» er basert på hans egne erfaringer som psykiater og bygger på pasienthistorier.

1 Hvorfor skrev du denne boken?

– Jeg vil bidra til å avmystifisere mental lidelse, og på den måten vise at mentalt lidende mennesker er som «oss». Dette prøver jeg å gjøre ved å fortelle om enkeltskjebner og historier jeg har møtt i min praksis som psykiater. Den er også et fint utgangspunkt for eventuelle egne forelesninger.

2 Hva liker du best ved boken?

– At den forteller hvor viktige vi er for hverandre og hvor galt det kan gå når vi svikter hverandre. At den er lettlest og engasjerende også for dem uten medisinsk eller faglig bakgrunn.

3 Hva syns du boken mangler?

– Den mangler, for noen, omfattende teori.



Foto: Arne Langøen

4 Hvem bør lese boken?

– Alle som arbeider med mennesker eller vil lære mer om dybden i menneskesinnet og om seg selv.

5 Hva er den siste fagboken du har lest?

– «Meeting the Shadow» av Connie Zweig og Jeremiah Abrams. Boken tar opp viktigheten av å anerkjenne våre egne og andres skyggesi-

der. Vi må i større grad være åpne for at vi ikke bare er snille og gode, men også har vanskelige følelser som sinne, skam og sjalusi. Carl Gustav Jung uttalte at «det er bedre å være hel enn god».

6 Og siste skjønnlitterære?

– «Tusen strålende soler» av Khaled Hosseini. Boken næret meg med sin dype innsikt, med-

menneskelighet og varme. Den skildrer det afghanske folkets prøvelser, sterke kvinneskjebner og viktigheten av samhold.

7 Hva inspirerer deg til å skrive?

– Gleden ved den kreative prosessen og muligheten for å kommunisere pasientenes livshistorier.

8 Hvilken bok drømmer du om å skrive?

– En oppfølger av boka der anerkjente fagfolk reflekterer teoretisk over kasusene fra ulike ståsteder. Og en barnebok om Boia, hunden vår.

9 Blir du rik av boken?

– Ikke økonomisk sett, men jeg føler meg beriket av tilbakemeldinger om at boken har betydd noe for ulike grupper lesere.

tekst Susanne Dietrichson

På veggen

Billedkunstner Brynhild Bye fra Levanger ønsker å utfordre tilskuerne med sine fotografier.

I fjor besøkte hun gjentatte ganger Namdalseid Helsetun i Nord-Trøndelag. Hensikten var å dokumentere den tause kunnskapen som sitter i hendene til de ansatte. Resultatet ble en utstilling.

– Jeg vil skape diskusjoner omkring begrepet omsorg og hva det vil si å jobbe i et omsorgsyrke. Bildene synliggjør hverdagen til en yrkesgruppe som i mange sammenhenger er undervurdert og usynlig.

Brynhild Bye jobber med mennesker i fokus på en direkte måte, det handler om å fryse øyeblikket. – I starten var tanken å speile alt det positive som skjer, men kunstens vesen er

jo ikke sånn, sier Bye.

I forsøket på å besvare hvem omsorgsarbeideren er og hva det betyr å yte omsorg, har hun fotografert både solskinnsdager og de mer grå, fargeløse dagene.

– Jeg har forsøkt å ta bilder med flere bunner, bilder som kan sees gang på gang og gi nye ting til betrakteren.

Utstillingen ble vist på Namdalseid Helsetun høsten 2007, videre skal den vises i Steinkjer og Trondheim i løpet av 2008. Prosjektet er en del av Nord-Trøndelag Fylkeskommunes satsing på folkehelse og kultur.

Les mer: <http://home.no.net/brbye/ku-kio.htm>

tekst Anne-Lise Aakervik foto Brynhild Bye

KUNSTNER: BRYNHILD BYE

ÅR: 2007

FOTOGRAFI

UTSTILLING VIST PÅ NAMDALSEID HELSETUN



Er du spesielt glad i kunst på jobben din? Er det noe som gjør deg forarget?

Tips oss om et kunstverk på din arbeidsplass. barth.tholens@sykepleien.



Ragnhild, 96 år og Mary, 98, står side om side som to rampete jentunger på tur, fanget av Brynhild Byes kamera.

Infokort, urinpose og samtaler!

Tre strålende glade prisvinnere mottok hver sin Smartpris hos Sykepleien 23. januar, for tre vidt forskjellige oppfinnelser.

KORTversjon, født og utviklet ved Rikshospitalets barneenhet, stakk av med lesernes pris, selve hovedprisen på 100 000 kroner.

Ideen ble utviklet da Rikshospitalet skulle samle barnepasienter fra tre forskjellige avdelinger i samme enhet. Avdelingen skulle være virksom fra dag én. Da var gode råd dyre for den nyansatte avdelingslederen Kirsten Ladegård. Det gjaldt å få oversikt over kunnskapen i avdelingen og ta denne i bruk raskt.

Sammen med Nina Andersen utviklet hun ideen med kortene, som gir kort og punktvis informasjon om forskjellige prosedyrer, rutiner og pleieplaner som brukes i avdelingen.

2000 stemmer

Rundt 2000 lesere deltok i årets avstemning via sykepleien.no eller med postkortene som ble levert som innstikk til Sykepleien i desember. Det var 14 kandidater.

KORTversjon fikk 22 prosent av stemmene.

Prisen ble overrakt av NSFs andre nestleder Jan Erik Nilsen. Prispengene skal gå til fagutvikling i avdelingen. Vinnerne hadde ingen klare planer om hva det kommer til å bli. De vil spørre personalet før noe bestemmes. Men helt sikkert er det at pengene skal komme alle som jobber på barneenheten til gode, forsikrer Kirsten Ladegård.

– En idé er å samles for å oppsummere det første året med

den nye enheten og legge planer fremover. Det er også mulig å gjennomføre fagutviklingsprosjekter i forhold til det som gjelder barn på sykehus, noe vi skal være spesielt gode på.

Beste faglige

Sykepleiens fagjury hadde fått i oppgave å plukke ut kandidaten de mente var best sett fra et faglig ståsted. Valget falt på Bekkestua helsestasjons samtalegrupper for skilsmissebarn.

– Vi er veldig stolte. Dette er en anerkjennelse av et forebyggende og helsebringende tiltak, sa en glad tjenesteleder Anne Korsvold etter utdelingen.

Prisen på 50 000 kroner ble delt ut av Terje Anderssen i fagjuryen, til daglig anestesisykepleier på Rikshospitalet.

– Etter å ha lest gjennom alle forslagene, ser jeg at det er utrolig mye bra ideer ute blant kolleger.

Vi ønsker å gi honnør til en ny idé som retter seg mot en målgruppe som ofte er oversett i helsetjenesten, nemlig barn. Prosjektet viser også at det er mulig å tenke nytt om helsestasjonens oppgaver, sa Anderssen.

Samtalegruppene, eller PIS-prosjektet (Plan for implementering av skilsmissegrupper i skolen) er utviklet ved Bekkestua helsestasjon i Bærum. Vinnerne forteller at ideen kom opp på bakgrunn av alle spørsmålene som kom fra barn på skolen. Ved å ha gruppene i skoletiden,

i samarbeid med lærerne, har barna et tilgjengelig forum for å luften spørsmål og problemstillinger knyttet til skilsmisse. De får utvalgte voksne å forholde seg til. Gruppene består av fire til seks barn.

Salgssuksess

Prosjektet har fått midler som et femårsprosjekt gjennom opptrappingsplanen for psykisk helse. Gjennom det har konseptet blitt utviklet til varianter tilpasset ungdomsskolebarn og barnehagebarn. Materialet er nå solgt til rundt 300 skoler i hele landet. I år går prosjektperioden ut, og vinnerne vil bruke prispengene til å følge det opp.

– Vi tror samtalegruppene vil bli implementert i helsebudsjettet, men vet ikke hvor mye penger det vil få, sier Hilde Egge, som jobber 80 prosent av arbeidstiden med dette. Hun planlegger også å skrive masteroppgave om prosjektet.

Savnet noe til karen

Smartprisen for beste urealiserte ide gikk til Kari Jaastad Grov, pensjonert sykepleier fra Stord. Hun har savnet produktet hun i 2002 laget en skisse til.

– Det er jo dette jeg har håpet på. Jeg har drømt om å komme så langt, og kanskje enda lenger, sa en lykkelig prisvinner etter å ha mottatt sjekken fra Egil Høyem i Innovasjon Norge.

En bedre løsning for sengeliggende menn synes hun det er merkelig

at ingen har kommet på før.

– Og at det ble funnet opp av en kvinne er jo typisk, kommenterte hun.

Ideen er å utvikle en slags bleie for menn, som rett og slett festes som en pose rundt penis. En slik løsning vil spare pleiepersonalet for sengekift og tunge løft. Posen kan også tenkes å brukes til rullestolbrukere og barn som er sengevætre, mener Grov, som selv har jobbet på Stord sykehus.

Hun har allerede hatt samtaler med Høyem om hvordan ideen kan realiseres.

– Jeg har formidlet kontakt med Innovasjon Norges avdeling i Hordaland, forteller han.

– Mye bra

Egil Høyem i Innovasjon Norge synes det var mye spennende blant årets forslag til smartpris.

– Flere av dem var urealiserte. Grovs forslag pekte seg ut på grunn av den tydelige nyttefordelen. Den kan relativt raskt tas i bruk, mener han.

Høyem har sett flere forslag blant kandidatene som Innovasjon Norge vil jobbe videre med.

– Innovasjon Norges oppgave er å bringe ideer frem til lønnsom avkastning. Helsevesenet består av faglige miljøer som er viktige områder for å lete etter ideer. Ofte tilhører de ikke tradisjonelle innovasjonsmiljøer.



HOVEDVINNER: Tone Anette Aase, Kirsten Ladegård og Nina Lindberg mottok hovedprisen på 100 000 kroner.

Lesernes vinner: KORTversjon

Perforerte kort i A6-format med kort og punktvis informasjon om forskjellige prosedyrer og rutiner i avdelingen.

Kirsten Ladegård og Nina Lindberg ved Barneenheten, Rikshospitalet.

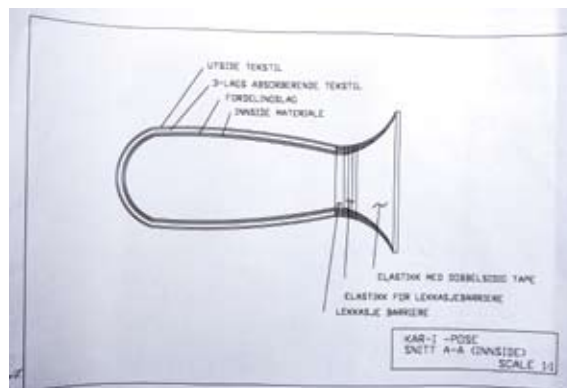




DRØM: En drøm har gått i oppfyllelse. - Alle som har stemt på meg er velkommen til Stord, annonserte Kari Jaastad Grov, som vant prisen for beste urealiserte idé.

Beste urealiserte idé: Kar-i-posen

Urinpose for menn som ikke kommer opp av seng eller rullestol på egen hånd. Posen har bleieliknende materiale på innsiden. Kari Jaastad Grov, Stord



KVINNESTERKE: Fra Bekkestua helsestasjon mottok Anne Korsvold, Hilde Egge, Solfrid Lien Hoff, Tordis Labraaten, Ellen Habberstad, Olaug Lerøy, Anne-Merete Bjørkholen og Hilde Mostue prisen for forslaget fagjuryen like best.

Fagprisen: Samtalegrupper for skilsmissebarn

Grupper med barn som i skoletiden møtes for å snakke om spørsmål rundt skilsmisse. Hilde Egge og Tordis Labraaten, Bekkestua helsestasjon i Bærum.



Ny runde om lokalsykehusene

– Økt sentralisering av flere sykehusstilbud, blant annet trykktarmkreft. Det er ett av oppdragene til de regionale foretaksstyrene i 2008. Det vil nok ikke skje uten slag. Men dette og andre slag er jeg beredt til å ta.

Trykksverten har knapt tørket på den siste rapporten om lokalsykehusenes framtid, før helseminister Sylvia Brustad på Norsk sykehus- og helsetjenesteforenings (NSH) lederkonferanse i Oslo nok en gang signaliserer at hun vil sette lokalsykehusenes funksjon på dagsorden. Og nok en gang vil statsråden bli minnet om Soria Moria-erklæringen hvor det slås fast at ingen lokalsykehus skal legges ned.

Sentralisere tilbud

– Når vi ønsker å sentralisere flere av sykehusstilbudene er det for å bedre kvaliteten, sier Brustad. Hun understreker blant annet at kreftkirurgi skal skje ved sykehus som har tilfredsstillende pasientvolum og kompetanse.

Ifølge oppdragsdokumentet for 2008 til de regionale helseforetakene, som ble presentert siste uke i januar, er det allerede satt i gang utredning om AMK-sentraler og prehospitale tjenester. Dette vil departementet om kort tid komme tilbake til i et eget brev til foretaksstyrene.

Desentralisere tilbud

– Men det er også behov for å desentralisere enkelte tilbud, som for eksempel dialyse. Tilbudet kan bli gitt ved distriktsmedisinske sentra, på sykestuer

eller i form av ambulerende poliklinikker.

Gulroten statsråden holder opp for å få dette på plass er å gjøre denne type tilbud «lønnsomt» for helseforetakene.

Hovedstaden først ut

Helse Sør-Øst er første regionale helseforetak som vil se nærmere på behovet for større sykehusområder. Det vil skje allerede på styremøte i april.

– Her vil styret se på muligheter for å sentralisere forskjellige spesialiserte tjenester i hovedstadsområdet, på bakgrunn av befolkningsgrunnet for de ulike fagområdene, ifølge viseadministrerende direktør Mari Trommald i Helse Sør-Øst. Hun nevner blant annet at det i dag er for mange kirurgiske senger i Helse Sør-Øst.

Trommald opplyser videre at det er satt ned en arbeidsgruppe som skal se nærmere på om det er tilstrekkelig med kun ett universitetssykehus i hovedstadsområdet.

– Videre er det viktig å sikre at sykehusene utenfor hovedstadsområdet som ikke kan sentraliseres også blir sikret et stort nok pasientgrunnlag, mener Mari Trommald.

For mer informasjon: www.helse-sorost.no/innsatsomrader.

NYHETER

Norsk Legemiddelhåndbok for helsepersonell 2007

Utgitt av Foreningen for utgivelse av Norsk legemiddelhåndbok

ISBN: 978-82-90732-09-2
Kr 395,-

studentpris: Kr 150,-
pr. stk. ved bestilling av 10 stk. eller flere.



Klassifikasjon av medisinske prosedyrer og kirurgisk inngrep 2008



Utgitt av KITH i samarbeid med Statens helsetilsyn

ISBN: 978-82-450-0696-4
Kr 218,-

Legemidler og juss

Kvalitet, sikkerhet og effekt av legemidler

Av Mette Sollihagen Hauge, og Per Thomas Thomassen

Den første samlede oversikten over det nasjonale og internasjonale regelverket for legemidler.

ISBN: 978-82-450-0351-2
Kr 428,-



Klinisk legemiddelhåndtering



Av Solrun Holm, og Jan Olav Notevarp

Om praktisk administrering av legemidler til pasienter.

ISBN: 978-82-450-0220-1
Kr 289,-

FAGBOKFORLAGET

For bestilling:

- Tlf. 55 38 88 38 • Faks: 55 38 88 39
- ordre@fagbokforlaget.no
- www.fagbokforlaget.no

Stjernø skremmer studentene

Et utvalg ønsker å fjerne de nasjonale rammeplanene i utdanningen. – Særdeles opprørende, sier Stian Skare i NSF Student.

– De statlige rammeplanene for utdanning bør avvikles, mener Stjernø-utvalget, som i en NOU har kommet med anbefalinger om hvordan høyere utdanning i Norge bør organiseres de neste 15-20 årene.

Innholdet i sykepleierutdanningene i hele landet er i dag styrt gjennom rammeplaner, som skal sikre at utdanningen holder et visst faglig nivå. Rammeplanene forenkler også yrkesgodkjenningen i etterkant.

Ufritt

– Det kan diskuteres om rammeplaner er i strid med prinsippet om akademisk frihet og institusjonell autonomi. Det er høyst forskjellig hvordan ulike høyskoler følger opp de nasjonale rammeplanene i sine fagplaner, argumenterer Stjernø-utvalget, som har sett på norsk utdanningsstruktur i et 15-årsperspektiv. Utvalget mener at det er yrkesfeltet der den ferdigutdannede studenten skal arbeide som eventuelt må fastsette faglige standarder og minstekrav.

Skrekkscenario

– Det er særdeles opprørende å lese at utvalget ønsker å avvikle rammeplanen. Med tanke på at det i dag og i nærmeste fremtid skrives om sykepleiermangel ser jeg med skrekk på et scenario der antall utdannede sykepleiere kan gå fremfor kvalitet og faglig forsvarlighet. Det kan skje om de nasjonale minstekravene fjernes, mener Stian Skare i NSF Student.

Minimumskrav

– I dag er vi sikre på at en sykepleier med autorisasjon oppfyller de krav som myndighetene stiller gjennom lover og forskrifter. Hvordan kan en arbeidsgiver, og ikke minst pasientene, vite at sykepleieren som står med ansvaret har den kunnskapen og kompetansen som skal til for å ivareta liv og helse, om det ikke finnes noen grunnleggende minimumskrav? spør han.

Trenger innstramming

– Vi er helt uenige i forslaget om å fjerne rammeplanene, de er en forut-



KREVER KVALITET: Studentenes representanter protesterer heftig for å hindre at kravene til kvalitet i utdanningen blir mer uklare.

setning for kvalitet og likhet i disse utdanningene. Dersom rammeplanene ikke fungerer etter hensikten i dag, trenger vi heller en innstramming på bruken, mener Olav Øye i Studentenes Landsforbund.

Han får følge av Stian Skare:

– Kravet om en høy kvalitet på kompetansen til en nyutdannet sykepleier må ikke senkes fordi enkelte utdanninger ikke klarer å følge minimumskravene. Det må heller settes i verk tiltak for kontroll av at de gjeldende lover og forskrifter følges.

– Avgjørende for kvalitet

– Vårt landsmøte gjorde så sent som i høst et klokkeklart vedtak i dette spørsmålet; nasjonale rammeplaner og forskrifter skal sikre felles kunnskapsinnhold for autoriserte sykepleiere og spesialsykepleiere på alle nivå. Å sikre nasjonale krav til kunnskapsinnhold er avgjørende for kvalitet både i utdanning og i møte med den enkelte pasient, sier leder i Norsk Sykepleierforbund, Lisbeth Normann.

Nekter å legge ned sykepleierutdanning

Blant 51 studiesteder vurderer Stjernø-utvalget blant annet å legge ned sykepleierutdanningene ved Høgskolen i Nesna, Høgskolen i Sogn og Fjordane (studiested Førde) og en av sykepleierutdanningene ved Høgskolen i Nord-Trøndelag.

Minst 5000 studenter

Bakgrunnen for nedleggingsforslagene er at utvalget ønsker en sentralisering av utdanningene. Dette skal

skje gjennom sammenslåinger av eksisterende utdanninger. Utvalget mener at noen utdanninger ikke er liv laga.

– For enkelte utdanningssteder er det en seigpining prosess på gang allerede nå, sier Steinar Stjernø, som anslår at det bør være minimum 5000 studenter per studieinstitusjon. I dag er det mange høyskoler som har langt færre studenter enn dette, og det er særlig små skoler i gris-

grendte strøk som sliter med å få fylt opp plassene.

– Ikke på tale

– Det er helt uaktuelt å legge ned sykepleierutdanningen ved Høgskolen i Nord-Trøndelag. Behovet for sykepleiere vil øke i årene som kommer, sier Knut Arne Hovdal, som er rektor ved høgskolen. - Premissene for nedleggingsforslaget er feil, i og med at vi bare har én sy-

kepleierutdanning. Sykepleierutdanningen ligger under helsefagavdelingen og er lokalisert på to forskjellige steder, men det er bare én utdanning, ikke to, som Stjernø-utvalget legger til grunn, sier han. Forslaget skal nå på høring, med frist 1. mai.

Les hele innstillingen fra Stjernø-utvalget på www.stjernoe.no



Verv og vinn!

Nå har du mulighet til å styrke NSF, samtidig som du skaffer deg flotte vervepremier. Verv en sykepleier og få en tøff klokke, dame- eller herreur. Ønsker du deg heller en termokanne eller iPod nano, kan du spare vervingen til du har fått vervet flere.

Hva koster medlemskap i NSF?

Kontingent for medlem i arbeid er 1,45 % av brutto lønn. Maks kr 370,- per mnd. + ev. obligatorisk grunnforsikring kr 128,- per mnd. Nyutdannede har halv kontingent i de to første år som sykepleier. Rabatter på forsikringer og bruk av medlemsfordeler dekker ofte mesteparten av medlemskontingenten. Les om fordelene nedenfor.

Vi kjenner ditt yrke og jobber for deg!

Dine medlemsfordeler er:

- Et stort og slagkraftig **fellesskap**
- Tilbud om medlemskap i 32 **faggrupper**
- 3000 **tillitsvalgte** bistår deg på de fleste arbeidsplasser
- **Sykepleien** (18 utgaver)
- Bilaget **SykepleienForskning** (4 ganger per år)
- **Juridisk bistand**
- **Godkjenning** av sykepleiefaglige veiledere og kliniske spesialister i sykepleie
- **Stipender og legater** til reise, utdanning og forskning
- **Kurs og kongresser**
- **Kursopphold** på Ressurssenteret Villa Sana, Modum Bad
- **Eget forsikringskontor** med forsikringsordninger til medlemspris
- Gunstige tilbud på **banktjenester** i DnB NOR
- **Sparing** og **kreditt** med NSF's Unique konto
- Fordelaktige **mobilavtaler** med NetCom
- **Bensinrabatt** hos Esso
- **Eurocard Gold** hos Europay
- Tilgang til NSF's **nettbutikk** med medlemsprodukter
- Tilbud om **gratis medlemskap** i Landslaget for offentlige pensjonister (LOP)

Norsk Sykepleierforbund er den eneste landsomfattende fagorganisasjonen for autoriserte sykepleiere, spesial-sykepleiere, jordmødre og helsesøstre. Nå kan du bidra til å styrke din egen organisasjon ytterligere ved å verv nye medlemmer. Medlemmer i NSF er en del av et slagkraftig fellesskap som ivaretar sykepleiernes lønns- og arbeidsvilkår. Sykepleieres interesser og rettigheter i tilknytning til blant annet ansettelse, lønn, permisjoner,

arbeidstid og eventuelle yrkesskader blir ivaretatt. NSF er et sykepleiefellesskap som setter faget, dets utvikling og plass i utdanningssystemet og helsevesenet på dagsorden.

Medlemmer kan søke juridisk bistand dersom det oppstår problemer knyttet til arbeidsforholdet. Juridisk bistand kan også gis i enkelte typer straffesaker, for eksempel ved feil medisinerings.



Gratis
ved 1 verving

Klokke
Moderne og lekker klokke i rustfritt stål med lærrem. Citizen urverk.
Verdi 590,-



iPod nano
Populær og brukervennlig iPod nano fra Apple. Plass til 500 sanger. 2 GB. 1,5-tommers LCD-skjerm med farger og bakgrunnsbelysning.
Verdi: kr 1.290,-



Stelton termokanne
Termokanne i stål, 1 liter, prisbelønnet for sin design. Enhåndsbetjent med vippepropp.
Verdi 890,-

Vervepremiene gjelder ikke for verving av studentmedlemmer

VERVEKUPONG

Kryss av for dame- eller herreur: Dame Herre Jeg sparer vervingen Vervepremiene gjelder ikke for verving av studentmedlemmer

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	



Norsk Sykepleierforbund
Svarsending 1016
0090 Oslo

Hvem er Elin K?

Nei, Elin K er ingen dame. Det er et prosjekt og skrives Elin-k. Sissel Skarsgaard (bildet) lever med dette prosjektet som angår stadig flere sykepleiere.

Det dreier seg om pasientinformasjon. Om å ha den når du trenger den. Uavhengig av hvor du jobber.

Vi snakker om elektronisk informasjonsutveksling. For tre år siden startet Elin-k, som nå er i ferd med å vokse seg stor og berømt.

– Flere og flere sykepleiere dokumenterer elektroniske pasientjournaler. Dette gjør det mulig å samhandle på en ny og bedre måte, sier Sissel Skarsgaard som er prosjektleder for Elin-k, og ansatt i Norsk Sykepleierforbund (NSF).

Hun skal dermed holde orden på prosjektet som for den vanlige sykepleier virker overveldende og innviklet. Men til syvende og sist er det den enkelte helsearbeider og pasienten det dreier seg om.

Sykepleien spør, Skarsgaard svarer:

Hva betyr egentlig Elin-k?

– Elektronisk informasjonsutveksling i kommunene

Hva er poenget med Elin-k?

– Å bidra til at helsefaglig informasjonsutveksling mellom fastlegene og helsepersonell i kommunene og sykehusene kan skje elektronisk.

Forutsetningen er at man har tatt i bruk elektronisk pasientjournal.

Hvilken type meldinger kan det være?

– For eksempel melding fra fastlegen om legemidler. Eller melding om innleggelse på sykehus.



Dette er saken:

Informasjonsstrømmen i helsevesenet er enorm. Mindre skjer på papir, mer elektronisk. Elin-k er et omfattende prosjekt som dreier seg om elektronisk samhandling, med stor vekt på sykepleietjenestens behov for informasjon.

Hvorfor trenger vi elektronisk informasjonsutveksling?

– Det stilles store krav til helsepersonell både om effektivitet og kvalitet. Vi skal også sikre kontinuitet for den enkelte pasient. For å få til dette, må vi blant annet sørge for at dokumentasjonen er god og at helsepersonell som skal følge opp pasienten, har korrekt og oppdatert informasjon tilgjengelig når det trenger det.

Hvem skal ha tilgang på informasjonen?

– De som i dag får informasjon om pasienten på papir, faks og telefon. Det vil si de som har tjenstlige behov for helseinformasjonen. Fordelen er at informasjonen blir tilgjengelig direkte fra den elektroniske pasientjournalen.



BEDRE: – Elin-k vil bidra til en bedre sykepleietjeneste, mener Sissel Skarsgaard.





Dette er Elin-k

Elin-k er et prosjekt i tre faser.
 Fase 1: Utvikling og testing av elektroniske meldinger mellom kommune og fastlege. Seks pilotkommuner (Arendal, Bergen, Sandefjord, Stavanger, Tromsø og Trondheim) og elleve legekontor er plukket ut. Her er prosjektet nå.
 Fase 2: Utvikling og testing av elektroniske meldinger mellom kommune og sykehus. Dette er snart i gang.
 Fase 3: Utvikling og testing av elektroniske meldinger mel-

Tungvint å bruke?

– Nei, det skal være enkelt å bruke. Informasjonsutvekslingen skal være en del av den vanlige pasientflyten.

Er det teknikerne eller helsepersonell som utformer Elin-k?

– En fin kombinasjon – det særpreger prosessen. Helsepersonell kjenner behovet for løsninger. Teknikerne forholder seg til våre krav. Før kom leverandørene med ferdige løsninger. Her er det ikke sånn.

Informasjonen må krypteres. Hva betyr det?

– At informasjonen som sendes må gjøres uleselig for andre enn dem som skal motta den. Fordi informasjonen sendes på eget nett (Norsk helsenett), ivaretas sikkerheten ytterligere.

Informasjonen må standardiseres. Hvorfor det?

– Når pasienten overføres mellom sykehus, kommune og fastlege, er det vanligvis behov for samme type informasjon. Derfor er det satt minstekrav til innhold, for eksempel når pasienten skal legges inn på sykehus, og når pasienten skal skrives ut. Standardisering gjelder både selve innholdet, og hvordan man bruker meldingene. Det vil kunne sikre god informasjonsflyt uavhengig av hvilken kommune man bor i, eller hvilket sykehus man har vært innlagt på.

Er dette prosjektet mest interessant for sykepleiere?

– Elin-k er naturlig nok også interessant for helsepersonell sykepleierne kommuniserer med, men det er første gang det utvikles elektroniske løsninger som ivaretar sykepleierens informasjonsbehov.

Hvorfor bruker dere så lang tid?

– Det dreier seg om svært komplekse problemstillinger. Når helsepersonell på sykehus, i kommunene og fastlegen skal snakke sammen elektronisk, må de ulike pasientjournalssystemene tilpasses hverandre. Og når leverandørene skal utvikle Elin-

k-løsninger, må det skje noenlunde samtidig hos de ulike aktørene.

Truer Elin-k personvernet?

– Nei. Vi er veldig opptatt av at informasjon ikke kommer på avveie. Men det gjøres jo feil i dag. Informasjon på papir blir sendt til feil adresse, og feil blir ikke korrigert fort nok, eller kanskje ikke korrigert i det hele tatt. Nå kan avvik oppdages fortere. Det er ikke sånn at vi går fra en trygg verden til en utrygg.

Er Elin-k mest for IKT-begeistrede sykepleiere?

– Det går nok lettere for dem som er fortrolig med data fra før. Men sykepleiere i mange kommuner har etter hvert lang erfaring med elektronisk pasientjournal, og sykehusene kommer nå etter.

Hvorfor tror du Elin-k kan bli nasjonal?

– Elin-k er et nasjonalt prosjekt, det er jo hele poenget. Det som er spesielt, er at vi har avtale om å utvikle Elin-k-løsninger med alle de store leverandørene i de tre områdene.

Alle leverandørene må forholde seg til standardiserte Elin-k-krav for å lage løsninger som det er mulig å bruke i helsesektoren i Norge.

Hva hvis noen konkurrenter utvikler noe liknende, og vinner?

– Da er vi tilbake til at vi har avtale med de store leverandørene. De



kan ikke gå i gang med noen andre. De har ingen å spille ball med.

Hvorfor skal NSF bruke ressurser på dette?

– Det er flott at NSF tar initiativ til et prosjekt som så tydelig ivaretar sykepleietjenestens behov for elektronisk samhandling. NSF dekker utgiftene til prosjektledelse. Ut over det finansieres Elin-k av Sosial- og helsedirektoratet, Innovasjon Norge, KS og Nasjonal IKT. Leverandørene bidrar med utviklingstimer. KS og NSF er prosjekteiere.

Kan vi risikere at Elin-k stopper opp?

– Risikoen for at et prosjekt ikke lykkes full og helt er alltid til stede. Vi har nå startet med å prøve ut noen av meldingene i praksis. Vi er ved godt mot og har tro på prosjektet.

Er det penger å tjene på dette?

– Leverandørene av pasientjournalssystemer kan selge løsningene etter at de er ferdig utviklet og testet.

Hva synes kommunene og sykehusene?

– Interessen er stor, og prosjektet begynner å bli kjent. Vi reiser mye rundt og forteller om det. Myndighetene ønsker at Elin-k-løsningen skal brukes når den er ferdig utviklet. Derfor er det viktig å nå fram til beslutningstakerne i sykehusene og kommunene, så det blir satt av penger.

Moderne i dag, avleggs i morgen?

– Det blir sikkert utviklet nye metoder for elektronisk samhandling. Men i dag er dette den beste løsningen for å utveksle pasientinformasjon.

Har Elin-k noen motstandere?



PRØVEKANINER: Nina Gillesvik (t.v.) og Wenche Myhren Drægebø får fort kontakt med legen. Via pc-en. Foto: Bjørn Erik Larsen.

– Det vil alltid være noen som er skeptisk til å ta i bruk nye elektroniske verktøy. Men det handler ofte om at de ikke har satt seg inn i løsningen og hvordan sikkerheten blir ivaretatt. Men de fleste ser fordelene.

Hva betyr Elin-k for sykepleierne arbeidssituasjon?

– De vil spare mye tid, blant annet på unødvendige telefoner. De slipper å dokumentere det samme flere ganger. Og de vil oppleve at informasjonen ikke forsvinner fordi den kom på telefon og i farten ble notert på en gul lapp.

Hva er gevinsten?

– Rett informasjon til rett tid på rett sted.



Norsk helsenett

Et lukket nettverk der innmeldte helse- og sosialaktører kan samhandle elektronisk. Skal være en sikker kanal for å utveksle og dele informasjon. Tilbyr tjenester som blant annet utveksling av elektroniske meldinger og epikriser, tilgang til registre, videokonferanser og sikret e-post og internett. Etablert i 2004 og eies av de regionale helseforetakene.

– En øvelsessak

Når en gul trekant blinker på skjermen, vet de psykiatriske sykepleierne Nina Gillesvik og Wenche Myhren Drægebø at det er kommet en melding fra fastlegen.

– Veldig bra system, sier Nina Gillesvik, som arbeider i Åsane bydel i Bergen.

I to-tre måneder har hun testet ut elektronisk samhandling på jobben i psykiatrisk tjeneste.

Bergen er én av seks pilotkommuner i Elin-k-prosjektet.

– Det går kjappere på denne måten. Meldingene våre handler om alt fra fornying av resepter til forespørsler om konsultasjoner. Fra legene får vi for eksempel epikriser. Da vi tidligere måtte ringe, ble vi ofte sittende i kø på telefonen, men nå kan vi sende meldingene akkurat når vi selv vil. Det samme gjelder legene. Det hender det blir sent på kvelden for deres vedkommende.

I tiden

Foreløpig kommuniserer Gillesvik og kollegene med fastleger ved to legesentre. Hun håper flere fastleger vil koble seg til Norsk helsenett etter hvert.

Hun synes ikke det er vanskelig å sende melding.

– Det er en øvelsessak. Jeg ser at noen sliter med å jobbe på data og få inn alt det nye. Men dette er jo i tiden. Vi må bare hjelpe hverandre.

– *Den viktigste gevinsten?*

– Pasientene tjener aller mest på at vi blir mer effektive. Det er mye lettere å hente informasjon ut på data enn ved å få det per brev. Vi sparer mye tid og krefter på det. Vi får lettere fatt i legen og får raskt svar på henvendelsene.

– *Hvor fort?*

– Det kan vi velge. Innen en uke, innen 24 timer. Det avhenger av hva det gjelder. Men øyeblikkelig hjelp tar vi fortsatt på telefonen.



Samspillkommuner

Elin-k skal forsiktig spres til flere enn pilotkommunene. 21 kommuner er derfor plukket ut til å være samspillkommuner (Bærum, Drammen, Dyrøy, Eigersund, Flora, Gjøvik, Kvæfjord, Kåfjord, Horten, Karmøy, Kristiansand, Lillehammer, Nøtterøy, Osterøy, Ringerike, Sandnes, Skien, Sortland, Stjørdal, Stryn og Vinje). Det betyr at de forbereder seg til å ta i bruk Elin-k-løsninger. Fra høsten er det satt av penger til å inkludere 30 kommuner til.

Gillesvik synes det dumt at hun ikke har samme linje til sykehuset.

– Når det kommer på plass, vil det åpne en helt ny verden. Jeg er spent på den videre utviklingen, sier Gillesvik, som lurer på om det blir i hennes tid at alle er på nett med hverandre.

– Ikke bare for sykepleiere

Da Bergen ble pilotkommune, la systemkoordinator Kristin Tømmervåg vekt på at alle profesjoner skulle med, inkludert hjelpepleiere, fysioterapeuter, ergoterapeuter og vernepleiere.

– De sier de opplever det som nyttig. De sparer masse tid, og det forbedrer kommunikasjonen, sier hun.

Mindre løping etter papirer

I januar gikk det rundt 220 elektroniske meldinger fra Stavanger Universitetssykehus til hjemmesykepleien.

Sykehuset i Stavanger har i en årrekke utviklet sitt eget system for elektroniske meldinger. Derfor ble Stavanger i 2004 en såkalt fyrstårns-kommune og er nå pilotkommune for Elin-k. Så langt er det utviklet elektroniske meldinger som går fra sykehuset til kommunen.

Fra 15 til 2

Det er tre typer meldinger.

– Den enkleste dreier seg om logistikk. Den forteller at pasienten er utskrivningsklar og inneholder navn, adresse, personnummer, hvilken lege som har tatt avgjørelsen og når avgjørelsen gjelder fra, forklarer prosjektleder Ove Nordstokke ved Stavanger Universitetssykehus.

Før ble denne informasjonen skrevet ned på et skjema, som sykepleierne måtte få legen til å skrive under på, så fakse til hjemmesykepleien. Men siden det ikke er lov å fakse personopplysninger, ble det ikke fullstendig. Derfor måtte de også ringe.

– Denne arbeidsoppgaven har vi målt til 15 minutter. Nå gjør vi det på to, forteller Nordstokke.

Om meldingen er kommet frem, bekrefte ved elektronisk tilbakemelding.

Faglig informasjon

Den andre type melding er fagrapporten som kommunen bruker i saksforberedelse når pasienten har søkt om kommunale tjenester.

– For eksempel: Får vi inn en

pasient med tverrsnittslesjon, vet vi at han vil trenge kommunal oppfølging. Da sender vi foreløpige rapporter med forventet behov for oppfølging.

Den tredje type melding er utskrivingsrapport og epikrise fra lege.

Ikke til alle

Nordstokke forteller at de elektroniske meldingene var det som gjorde at sykepleierne på sykehuset tok i bruk elektronisk pasientjournal. Derfor tok det lang tid å innføre, og behovet for opplæring var stort.

– En utfordring er også at det kun er noen pasienter det skal sendes elektronisk melding om: De som har behov for oppfølging fra Stavanger kommune.

Det har blitt sendt meldinger om pasienter som ikke har slikt behov. Det er da registrert som avvik og blir fulgt opp.

Sykepleierne på sin side har vært bekymret for at meldingene de sender kan bli lest av alle. At mottaker er «hele Stavanger kommune». Sånn er det ikke.

– Meldingen går direkte inn i ulike deler av kommunens pasientjournal, og har adgangsbegrensninger, sier Nordstokke.

Stor fordel

For hjemmesykepleierne som drar hjem til pasientene er den elektroniske utskrivingsrapporten viktig. Den skal komme samme dag som

pasienten skrives ut fra sykehuset og går rett i pasientens journal.

– En stor fordel når det fungerer, er erfaringen til sykepleier Bjørg Sinnes i Tasta hjemmesykepleie.

Men det fungerer ikke alltid. Noen ganger er det snakk om flere dagers forsinkelse, andre ganger kommer ikke de elektroniske meldingene. Det registreres da som avvik.

Ove Nordstokke antar at dette problemet skyldes at det har tatt lang tid å lære opp alle som skal bruke meldingssystemet. Dette følges opp.

Men når det fungerer, ser Sinnes en stor fordel i å kunne forberede seg før hun går hjem til pasienten.

– Før ble utskrivningsnotatet sendt med pasientene. Nå kan vi lese viktig informasjon fra sykehusoppholdet før vi går hjem til dem. Vi kan lettere sette i verk tiltak, for eksempel ved endring i dosering av medisiner. Kommer meldingene på dagtid, har vi også mulighet til å ringe sykehuset eller fastlege ved spørsmål. Da er det enklere å få tak i rett person.

Bjørg Sinnes peker også på at når all informasjon som følger pasienten er skriftlig, er den også lettere å legge inn i hjemmetjenestens egne datasystemer, for eksempel i pleieplan, medisinkort og arbeidslister.

Aldri mer kråketær

Ove Nordstokke erfarer at den aller største fordel er at problemet



Nasjonale fyrstårn

Tromsø, Trondheim, Stavanger og Sandefjord ble i 2004 såkalte fyrstårn i arbeidet med å utvikle bedre elektroniske løsninger mellom primær- og spesialisthelsetjeneste i kommunen. Stavanger og Tromsø er nå avsluttet.

med uleselig håndskrift er eliminert. Det sparer mange telefoner.

En annen er at utførte arbeidsoppgaver dokumenteres bedre.

– Når hjemmesykepleien ringer med spørsmål, kan man hente frem informasjon elektronisk. Det blir mindre løping etter papirer, sier Ove Nordstokke.

Han peker også på et interessant aspekt:

– Både sykepleiere og leger skriver mye mer når de dokumenterer elektronisk enn når de dokumenterer på papir. Men om innholdet i hva de skriver har endret seg, vet vi ikke.



– Stiller store krav til innhold

– Rutiner er viktig, men de må også følges, sier forsker Line Melby ved Norsk senter for elektronisk pasientjournal.



MÅ BLI SETT: Meldingene må komme frem til de som trenger dem, poengterer Line Melby.

I september intervjuet hun sammen med Ragnhild Hellesø brukerne av de elektroniske meldingene i Stavanger. Hun ser det samme som Ove Nordstokke:

– Informasjonen er helt klart mer lesevennlig og den er lettere å finne igjen. Men, mange i kommunen pekte på at meldingene ikke alltid inneholdt informasjonen de trengte. Derfor måtte de likevel ringe sykehuset. Problemet er at det ikke er utviklet detaljerte rutiner for hva sykehuspersonalet skal rapportere

i utskrivningsmeldingen som går til kommunen. De trenger mer kunnskap om hvilken informasjon de i kommunen trenger. – Sykepleierne må jobbe seg inn i rutinen og bruke dem.

Hun peker også på at meldingene faktisk må bli *sett* av dem som har behov for informasjonen i dem.

– Det er ikke tvil om at intensjonen med slike prosjekter er god, men de er krevende å følge opp.

tekst **Nina Hernæs**



Hvem er Elin uten K?

Elin skal bedre elektronisk kommunikasjon mellom leger. Elin er et prosjekt, og Legeforeningen er ansvarlig. Meldingsutveksling på standardiserte formater og e-post for overføring av wsensitive personopplysninger er blant oppgavene Elin skal bidra til å sette i verk.

– Må være robust

Å utvikle et system som skal vare over tid, men samtidig være fleksibelt, er krevende. Men nødvendig, sier ikt-ekspert Tone Bratteteig.

Etter å ha lest om Elin-k, synes hun prosjektet virker både fornøytig og nødvendig.

Bratteteig er førsteamanuensis på institutt for informatikk ved Universitetet i Oslo.

– Med den kommende eldrebølgen vil det stadig bli mer data som helsepersonell må forholde seg til. Flere vil bli boende hjemme lenger, og hjemmetjenesten må i enda større grad samarbeide med institusjonene. Å etablere et samarbeid nå, er et godt utgangspunkt.

– *Hvor er fallgruvene?*

– Det vanskeligste er at systemet alltid må virke, og det må være veldig robust. Det krever standardisering, men også fleksibilitet. Den blandingen er vanskelig og

krever pilotprosjekter.

Bratteteig har sansen for at informatikere, slik som henne, samarbeider med fagfolk, for eksempel sykepleiere.

– De som jobber med verktøyet til daglig må hjelpe til for å finne ut hva som skal være bærevegger og hva som skal være lettvegger i det elektroniske verktøyet, sier Bratteteig.

tekst **Marit Fonn**

Årets jentetur!
Meld deg på Norges største jentelangrenn i dag.

GD reklame, Lillehammer

INGA-LÅMI
LØRDAG 8. MARS 2008 • LILLEHAMMER
www.inga-laami.no • post@inga-laami.no • Telefon 61 27 58 15

Av **Gro Wangensteen**

psykiatrisk sjukepleier, seksjon for alderspsykiatri, alderspsykiatrisk post, Universitetssykehuset i Nord-Norge

Av **Mary Nivison**

sjefpsykiolog, spesialpsykiatrisk avdeling, Universitetssykehuset i Nord-Norge

Det ble utformet retningslinjer for hvordan pleieplanen skal vises fra prosjektør og leses i vakt-skifterapporten.

www.sykepleien.no

Les mer og finn litteraturhenvisninger på
www.sykepleien.no

Søkeord:
dokumentasjon
pleieplan
sykepleieprosessen
DIPS

Aktiv bruk av pleieplan

Vellykket prosjekt økte personalets bruk og tilfredshet ved rapportering.

Alderspsykiatrisk post ved Universitetssykehuset Nord Norge (UNN), har i 2006 arbeidet for å lage en formell og systematisk struktur slik at pleieplanen kan fungere som et aktivt arbeidsredskap. Man ønsket å undersøke hvorvidt man gjennom oppløsing og visuell framvisning som en del av vaktskifterapporten, ville kunne endre pleiepersonalets holdninger til og bruk av pleieplanen.

Bakgrunn

Målet for ledelsen ved Spesialpsykiatrisk Avdeling var at innføring av DIPS som arbeidsverktøy skulle heve kvaliteten på dokumentasjonen og knytte den opp til den standard som gis i helsepersonelloven (2) og journalforskriften (3). Innføringen medførte flere endringer og forbedringer i sjukepleiedokumentasjonen av både faglig og juridisk kvalitet (4,5). Hovedhensikten med studien var å forbedre pleieplanen gjennom å gjøre den til et aktivt og pålitelig

arbeidsredskap. Konkret undersøkte vi endringer i personalets oppfatning og bruk av pleieplan, etter en intervensjon i form av systematisk fokus på pleieplanen i daglig drift.

Metode

Alderspsykiatrisk post er en sengepost som omfatter 14 sengeplasser med gjennomsnittlig innleggelsestid på 6–8 uker og cirka 100 innleggelse per år. Posten utreder og behandler psykiske lidelser og demens med atferdsvansker hos personer over 65 år. Posten har 27 stillingshjemler fordelt på 36 personer. Det er en pleiefaktor på 1,9. Det fast ansatte pleiepersonalet er hovedsaklig sjukepleiere og annet utdannet pleiepersonell. Posten har også i småstillinger pleiepersonale med ulik fagbakgrunn, studenter og ufaglærte. Vikarer som tar vakter ved sjukdom/vakanser kommer i tillegg til nevnte personalressurser.

46 av de ansatte ble invitert til å

delta i undersøkelsen våren 2006 og 50 ble invitert høsten 2006. Henholdsvis 32 (69,6 prosent) og 38 (76 prosent) responderte. Av de som svarte på spørreskjemaet, var over halvparten enten sjukepleiere eller hjelpepleiere (vår 56 prosent, høst 55 prosent). Halvparten av utvalget hadde seks års erfaring eller mer.

To metoder ble valgt for å undersøke om tiltaket økte pleieplanens pålitelighet og anvendelighet som arbeidsredskap.

Spørreskjemaundersøkelsen

Et kort spørreskjema ble utarbeidet og sendt ut elektronisk. Programvaren sikrer anonyme svar. Respondentene svarte på tre hovedtemaer: Kort om arbeidssituasjon; pleiernes holdning til pleieplanens funksjon og bruksverdi; egenvurdering i forhold til ferdigheter ved utforming av pleieplan. Undersøkelsen ble gjennomført før og etter intervensjonen i mars og oktober 2006. Det ble i



BRUK: Pleieplanen ble tatt opp av skrivebordskuffen. Arkivfoto: Erik M. Sundt

forkant gitt informasjon i postens undervisningstid og via oppslag om prosjektet. Deltakelsen var frivillig.

Sammenligning av sjukepleie-dokumentasjon

Gransking av antall pleieplanelementer i pasientenes sjukepleiedokumentasjon ble gjennomført ved at sjukepleiedokumentasjon fra tjue utskrevne pasienter i mars, ble gransket og sammenliknet med tjue utskrevne pasienters sjukepleiedokumentasjon i oktober.

Hensikten var å se om det var forskjell på antall pleieplanelementer i pleieplanene før og etter intervensjonen. En forskjell ville være en indikasjon på at jo flere ganger elementer i en pleieplan var oppretta, endra og avslutta, jo oftere har den vært i bruk. Der-som pleieplanen er oftere i bruk vil det være rimelig å forvente at den gir mer aktuell og pålitelig informasjon. Undersøkelsen ble gjennomført samtidig som spør-

reskjemaet ble sendt ut.

Intervensjonen

Pleiepersonalet ble forberedt på intervensjonen ved presentasjon av prosjektet i en gruppeundervisningstime som ble holdt to ganger. De sjukepleierne som vanligvis holder vaktskifterapport fikk én times individuell opplæring i tillegg til praktisk veiledning underveis i rapport-situasjonen den første tida i prosjektet.

Det ble utformet retningslinjer for hvordan pleieplanen skal vises fra prosjektør og leses i vakt-skifterapporten. Den som holder vaktskifterapporten logger seg på, setter på prosjektøren og leser etter tur for hver pasient: Navnet på pasienten og ofte paragrafen han er innlagt på, hva som er fokus for pleien (sjukepleiedia-gnose), tilhørende tiltak samt forordninger. (Nå etter prosjektet er ferdig har DIPS lagt til rette i pleieplanmodulen for å skrive inn

elementer for mål og forventede resultater, dette leses også. Gjeldende fra mars 2007). Hensikten med framvisinga av pleieplanen på lerretet er å gi personalet som hører rapporten en mulighet til samtidig å kunne lese sjøl det som eventuelt ikke blir lest opp. Dessuten må man på eget initiativ lese pleieplanen i løpet av vakta dersom det skulle være behov.

Det er en uttalt forventning til alle faglærte pleiere på Alderspsykiatrisk post at de skal produsere pleieplaner og at disse skal leses hyppig av alle. Retningslinjer for hvordan planen skal utformes, som viser en konkretisering av sjukepleieprosessen og sammen-hengen med pleieplanmodulen i DIPS (1, vedlegg 3), er laget.

Pleieplanen tilhører pasienten og er ikke nødvendigvis avhengig av at pleierne på behandlings-gruppa er tilstede. Dette medfører at pasientansvarlig pleier på gjeldende vakt gjør endringer på pleieplanen dersom pasienttilstan-

den tilsier det. En slik retningslinje er ment å skulle bidra til at pleieplanen til enhver tid er i samsvar med pasientens faktiske situasjon og øke tilliten til at pleieplanen er oppdatert og viser aktuell informasjon.

Resultater

Respondentene rapporterte at de var mer fornøyde med pleieplanen slik den ble brukt i posten etter intervensjonen. Det ble ellers ikke rapportert signifikante endringer i bruk av planen, ferdigheter i forhold til å utforme planen, eller holdninger til pleieplanens betydning for å gi god pleie eller for faglig utvikling. En grunn til at det ikke ble målt flere signifikante endringer i forhold til disse kategorier kan være en allerede høy aktelse for dokumentet.

Når det gjelder faktisk bruk av pleieplanen, målt ved oppstilling av nye/redigerte eller avsluttede elementer i pleieplanene på utskrevne pasienter, var det

Man prioriterer praksis i stor grad, og dokumentasjonen av pleien må vike der disse kommer i konflikt.

en signifikant økning både av antall elementer og en økning i antall pleiere som registrerte nye elementer eller endret på disse per pasient (tabell 1). Disse resultatene er sjekket eller kontrollert med hensyn til variabler som antall dager pasientene var innlagt og på hoveddiagnosen for pasientene i datamaterialet. (Se tabell 1)

Diskusjon

Resultatene fra studien viser at ved å innføre en relativt liten endring i hvordan pleieplanen fokuseres i daglig arbeid, kan personalet oppleve økt tilfredshet med pleieplan som arbeidsredskap og bidra til at flere bruker planene mer aktivt.

I NSFID's veileder oppfordres det til utvikling av systemer som sikrer informasjonsoverlevering basert på sykepleieprosessen og på dokumentasjon (6), og videre: «Faglige fokus overført i rapportsituasjonen vil avhenge av hva dokumentasjonen vektlegger, samtidig som rapportformen i seg selv påvirker hva sykepleierne faktisk velger å nedtegne skriftlig og hva

de kun overleverer muntlig» (6, side 18).

Postens tilrettelegging for å gjøre pleieplanen til et aktivt arbeidsredskap er eksempel på et system som kan ivareta faglig fokus både i dokumentasjonen og informasjonsoverleveringa.

Sjøl om gjennomgang av journalene viser høyere aktivitet i pleieplanene og at flere pleiere er med på å utforme den, er det ikke så mange flere i pleiegruppa som sjøl mener at de mestrer utforming av pleieplan sjølstendig etter intervensjonen. Utfordringen kan ligge i den travle hverdagen og det som Anne Moen hevder er et paradoks: «Det synes å være en motsetning mellom det at handling i pleien prioriteres i den daglige yrkesutøvelsen/praksis, men at det gjerne bedømmes ansvarlighet og kompetanse på grunnlag av dokumenterte sykepleievurderinger og handlinger» (7, s. 80).

Prioriterer praksis

I Alderspsykiatrisk post er dette en kjent holdning. Man prioriterer praksis i stor grad, og dokumenta-

sjonen av pleien må vike der disse kommer i konflikt.

Manglende effekt på opplevelse av egne evner, og ferdigheter i forhold til å utforme pleieplaner etter intervensjonen, kan også ligge i allerede innarbeidete holdninger som gjør det vanskelig å vise en signifikant endring. Alderspsykiatrisk post har vært foregangspost ved Spesialpsykiatrisk avdeling UNN i forhold til å sette fokus på elektronisk sykepleiedokumentasjon før denne undersøkelsen ble igangsatt.

Resultatene sier derimot ingenting om kvaliteten på pleieplanen, og heller ikke noe om bedre pleieplaner har en effekt på pasientbehandling. Vi kan anta at dersom personalet føler seg mer tilfreds med bruken av pleieplanen, og at pleieplanene faktisk blir brukt hyppigere, vil det i det minste gi åpning for å utvikle kvaliteten. Både bedre kvalitet og eventuell effekt på behandling er de egentlige mål for å ta i bruk pleieplaner som arbeidsredskap. Men for å si noe om dette trengs det andre typer undersøkelser, for eksempel en kvalitativ gjennomgang av pleieplaner etter oppsatte kriterier for god kvalitet, og observasjonsstudier av pasientbehandling sett i forhold til pleieplan. Undersøkelsen viser klart at den typen intervensjon som er beskrevet her hadde den tilsiktete effekt – pleieplanene ble faktisk tatt opp fra skrivebordsskuffen og brukt.

Tabell 1

Gjennomgang av 20 fortløpende journaler ved 2 tidspunkter (før og etter intervensjonen).

	Liggedøgn	Antall nye/ending i elementer totalt	Hoveddiagnose	Antall pleiere
Tidspunkt 1	n.s.	4,95*	n.s.	2**
Tidspunkt 2	n.s.	8,45*	n.s.	3,63**

*) p<0,05, **) p<0,01

LITTERATURLISTE

1. Universitetssjukehuset Nord Norge, Spesialpsykiatrisk Avdeling. «Prosjektrapport. Elektronisk sykepleiedokumentasjon 2005» Vedlegg 1 og 3. <http://www.unn.no/category11302.html>
2. Lov om helsepersonell (02.07.1999 nr.64) (Helsepersonelloven) lest fra internett: <http://www.lovdatab.no/all/tl-19990702-064-005.html>
3. Sosial- og helsedepartementet 2000. «Forskrift om pasientjournal» (FORKRIFT-2000-12-21-1385)Oslo <http://lovdatab.no/for/sf/ho/to-20001221-1385-0.html#1>
4. Wangensteen G. «Fra penn til tastatur: kan det bli flere og bedre sykepleiediagnoser i pleieplanene etter innføring av elektronisk dokumentasjonsverktøy?» Avsluttende oppgave i Sykepleierens dokumentasjon og elektronisk pasientjournal, 30 studiepoengs studium ved Høgskolen i Molde, 2005. Kan leses fra <http://www.unn.no/category11302.html>
5. Wangensteen G. 2007. Da NIC og NANDA kom til Alderspsykiatrisk post. TidsskrSykepl 2007; 1: <http://www.sykepleien.no/article.php?articleID=13720>
6. Norsk Sykepleierforbunds forum for IKT og Dokumentasjon (NSFID). 2007. «Dokumentasjon av sykepleie i elektronisk pasientjournal. En veileder fra NSFID» NSF 3. utgave 2007 <http://www.sykepleierforbundet.no/getfile.php/www.sykepleierforbundet.no/Fag/Ny%20veileder.%20mars.pdf>
7. Moen A. Informasjonsteknologi i sykepleietjenesten -utfordringer og muligheter. Oslo: Akribe forlag, 1999.

Kjersti Sunde Mæhre

Yrke: Høgskolelektor, sykepleierutdanningen i Harstad



Kunnskapsbasert praksis – den beste?

Forfatter stiller spørsmålstegn ved at erfaringen som kilde til kunnskap fratras sin verdi.

Før jul fikk alle NSF-medlemmer et eksemplar av arbeidsboka «Å arbeide og undervise kunnskapsbasert» forfattet av M.W. Nortvedt, G. Jamtvedt, B. Graverholt, og L.M. Reinart. Jeg ble noe forundret over at sykepleierforbundet har bestemt at kunnskapsbasert praksis er den beste praksis.

Gjeldende kunnskap?

Debatten om hvilken kunnskapsform som er den beste, startet ved århundreskiftet. Utgivelsen av denne boka vil nok medføre at debatten blomstrer opp igjen. Det var og er ulike måter å forholde seg til forskning på, noen er tilhengere av evidensbasert praksis, og andre tilhengere av en kvalitativ forskningstradisjon der et hermeneutisk fenomenologisk kunnskapssyn var og er det dominerende. For meg kan det synes som kunnskap fremkommet av den evidensbaserte medisinen nå er gitt status som gjeldende kunnskap. Dette fordi tilhengerne av kunnskapsbasert praksis anvender begrepet evidensbasert praksis om sin praksis. EBP (evidensbasert praksis) og EBM (evidensbasert medisin) blir stort sett brukt som likelydende begreper (Ekeli 2002, s.8). EBM er skolemedisin som refererer til statistiske sannheter, og kontrollerte erfaringer som er gitt evidens gjennom statistiske metoder og randomiserte forsøk. Det er kunnskap gitt gjennom kvantitativ forskning som er gyldig eller evident kunnskap. I denne praksis vil sansningen underordnes og ikke sees på som evident fordi inntrykkene ikke kan etterprøves på samme måte som innenfor evidensbasert forskning.

Erfaring via sanseintrykk

Kunnskap skapt gjennom erfaringer ut fra sanseutløste inntrykk synes å være mindre evidente. I forordet til boka «Å arbeide og undervise kunnskapsbasert», står det riktignok at «kunnskap skal utfordre og utfylle våre erfaringer. Den skal gi oss mulighet til både å formidle og begrunne vår yrkesutøvelse. Sykepleiere ser i stadig økende grad betydningen av forskningens rolle i den daglige utøvelsen.» Det synes som at forholdet mellom vitenskap og menneskers

erfaring er snudd på hodet. Kunnskap vitenskapen produserer blir lagt vekt på og får større betydning. Dessuten blir et vitenskapsideal fremhevet, nemlig den vitenskap som har sin grunn i EBM. Erfaringer innsnevres og forvandles til teorier som fortolkes. Det er ikke lengre rom for å uttrykke erfaringer via sanseintrykk. Den kroppslige kunnskapen der erfaringene har slått rot, gjerne omtalt som kunnskap som: «sitter i ryggmargen», «i det rette håndlaget», «i blikket», blir ikke vektlagt særskilt betydning. Denne kunnskapen kommer imidlertid til uttrykk og vises gjennom handlinger i en gitt situasjon. Den gode praktiker er en praktiker som evner å overveie hvilke handlinger som er de beste i den enkelte situasjon. Da er det ikke sikkert at kunnskap fremkommet via evidensbasert forskning, som settes likelydene som den evidensbaserte medisinske forskningen, er den beste kunnskap. For å kunne overveie situasjonen må praktikerne ha evnen å skille den gitte situasjonen fra en lignende situasjon. Dersom en tar utgangspunkt i hva vitenskapen har funnet evidens for at er gyldig, og da forstått innenfor EBM sitt paradigme, kan handlingene vise seg å være riktige i 90 prosent av tilfellene. Men hva med de resterende 10 prosent som faller utenfor og ikke innenfor? Hva med de personene som ikke er statistiske gjennomsnittsmennesker? Erfaringene kan ikke generaliseres og gjøres allmenngyldige, da mister de sin verdi. Vi kan ikke si at kunnskap som innhentes fra statistikk og randomiserte forsøk alltid er den beste og sikreste kunnskap. Jeg opplever at erfaringene blir fratatt sin verdi når de ikke lengre får den plassen de fortjener.

Likeverdige kunnskapsformer

Når jeg tar et tilbakeblikk på min egen praksis som intensivsykepleier erkjenner jeg at regler og rutiner var gode verktøy å ha når jeg skulle velge handlinger, men at de aldri kunne anvendes ukritisk. Sykdomsbildet til den enkelte pasient kunne ved første øyekast fremstå likt, men ved

nærmere iakttagelse kunne jeg oppdage individuelle variasjoner av sykdommens fenomen. Jeg erfarte at sykdomsprosessen ofte utartet seg forskjellig hos det enkelte individ.

Sykepleierne trenger ulike og likeverdige kunnskapsformer, slik at erfarne praktikere selv kan vurdere om kunnskapen, som er fremkommet via forskning og ulike former for forskning, er anvendbar eller ikke i en gitt situasjon. Det unike og det forskjellige må få komme frem i de ulike situasjoner vi står overfor i praksis. Disse ulikheter er det viktig å få fortalt videre til andre sykepleiere som fortellinger. Som sykepleiere må vi stole på at vårt kliniske skjønn, bygd på refleksjon over egne og andres erfaringer, også kan vise oss vei og gi oss belegg for at handlingene vi velger er de beste. Vi kan heller ikke basere sykepleieforskning på medisinsk forskning alene. Hvorfor kan ikke vi som sykepleiergruppe utvikle egen kunnskap der den enkeltes erfaringer ikke kommer i skyggen av statistiske beregninger? I en travelt praksis må det gis rom for at sykepleierne kan reflektere over egne

Det unike og det forskjellige må få komme frem i de ulike situasjoner vi står overfor i praksis.

erfaringer sammen med andre. På denne måten kan erfaringene bli en kunnskap som kan nyttiggjøres av andre praktikere. Praksis er mangetydig og komplisert, og i en slik praksis hadde det selvsagt vært lett dersom vi kunne følge ferdige manualer. Men fordi sykdom kan utarte seg på ulike måter er ikke det å følge forskning gitt fra EBM alltid det som gir den beste behandling. I en sykepleierpraksis er det viktig at vi er kritisk spørrende og ikke gir alt samme legitimitet. Praksis kan ikke styres etter et fastlagt mønster. Praksis vil hele tiden være i endring, og det som fremstår som gyldig forskning i dag gis kanskje ikke legitimitet i morgen. Erfaringskunnskap – som er sykepleierkunst – må ikke forvitne. Å glemme å komme livet på sanset hold må ikke bli det kunnskapsbærende innenfor sykepleien.

Ingrid Næss-Holm

Yrke: Leder i Changemaker



Migrasjon hindrer utvikling

Norsk helsepolitikk må sees i internasjonal sammenheng.

Aids kan lamme en nasjon. Tidligere generalsekretær i FN, Kofi Annan uttalte i sin tid at «hiv og aids er ikke bare verdens største helseutfordring, men i noen land er det også det største enkelthinderet for utvikling». Viruset fører ikke bare til at mange dør, tusenvis av barn blir foreldreløse, sykehus og klinikker fylles opp og siden det ofte er den arbeidsføre delen av befolkningen som blir hardest rammet, stopper også økonomisk utvikling. Dette får store konsekvenser for samfunnsstrukturen og bryter ned viktige institusjoner som skole og helsevesen. For å få til utvikling i land i Sør, er det dermed viktig å bekjempe hiv og aids.

Livsviktig rolle

For å stanse aids pandemien og dermed skape utvikling i fattige land, er tilgang på nok kvalifisert helsepersonell helt nødvendig. Med helsepersonell menes leger, sykepleiere, hjelpepleiere og alle andre yrker innen helsesektoren. At folk har mulighet til å teste seg for hiv er en forutsetning for å kunne hindre videre smitte. Teknisk sett er denne testen enkel, men likevel har helsepersonell en livsnødvendig rolle som rådgiver. Om det viser seg at testen man avlegger er negativ, trenger man informasjon om hvordan man kan sikre seg videre mot smitte. Om testen er positiv trenger man rådgivning for et positivt liv og kunnskap om hvordan man kan unngå å smitte andre. Videre trengs helsepersonell for å veilede i riktig bruk av medisiner og behandling. Å teste seg for om man er hiv smittet kan virke meningsløst om man ikke får tilbud om oppfølging i etterkant, og mangel på helsepersonell vil da føre til at færre velger å teste seg. Undersøkelser utført av WHO viser også nettopp dette, at tettheten av helsepersonell og utberedelse av antiretrovirale medisiner har en betydelig sammenheng.

Mangel på helsearbeidere

Sykepleiere og annet helsepersonell er altså en viktig ressurs i kampen mot hiv og aids, men slike ressurser er mangelfulle – ikke bare i land i Sør, men globalt. Tall fra WHO viser at

vi i dag på verdensbasis mangler hele 4,3 millioner helsearbeidere. Dette skyldes blant annet underprioritering av utdanning av helsepersonell hos myndigheter i land verden over, noen steder mer bevisst enn andre.

I Norge anslås det at når eldrebølgen slår inn over landet for fullt, kommer norske sykehus og pleieinstitusjoner til å mangle rundt 130 000 kvalifiserte helsearbeidere. Dette er dessverre bare for promille å regne i forhold til behov i mange land i Sør. Ifølge WHO har Norge omtrent 338 leger per 100 000 innbyggere, mens Uganda og Malawi har henholdsvis fire og to leger per 100 000 innbyggere. Det vil si at i Malawi deler gjennomsnittlig 50 000 personer på en lege. Dette er land som i tillegg er hardt rammet av hiv- og aids pandemien. Mangelen på helsepersonell i land i Sør kan altså få katastrofale følger. Leger uten grensers rapport «Help Wanted» fra mai 2007, fastslår nettopp dette; at mangelen på helsepersonell kan føre til at vi taper kampen mot hiv og aids.

Av forskjellige årsaker har mange land lite ressurser å bruke på helsesektoren. Vi ser eksempler på land som er veldig fattige og dermed ikke kan opprettholde en helsesektor med gode vilkår både for pasienter og personell. Mange land må følge begrensninger fra internasjonale finansinstitusjoner som Verdensbanken og Det Internasjonale Pengefondet, slik at landene ikke får store nok helsebudsjetter. Dette fører til dårligere helsetilbud, med dårligere arbeidsvilkår på grunn av mangel på utstyr og medisiner, samt lave lønninger

Vanskelige arbeidsvilkår er ifølge WHO en av grunnene til at folk ønsker å forlate sitt land for å jobbe et annet sted. Helsearbeidere forlater som oftest landet sitt fordi de får for lav lønn, de må jobbe i utrygge omgivelser, er sterkt utsatt for hivsmitte og har generelt vanskelige leveforhold. Andre grunner til at folk forlater jobb, familie og venner er at det er få muligheter til videreutdanning og forfremming. De samme grunnene fører til at mange norske sykepleiere velger å forlate helsesektoren til fordel for andre jobber. Ifølge den amerikanske organisasjonen Physicians for Human Rights, fører ikke bare

disse faktorene til at mange forlater jobb og land, men også til at mange unngår å utdanne seg innen helsesektoren i utgangspunktet.

Fattige land taper

Rike, vestlige land kan tilby jobb i helsesektorer med betraktelig bedre lønn, trygge arbeidsforhold og generelt gode livsvilkår. Nå opplever vestlige land at en stadig større del av befolkningen blir eldre. Dette fører til at flere helsearbeidere pensjonerer seg og at behovet for helsepersonell øker generelt. Ettersom de fleste land ikke har gjort nok for å dekke sitt eget behov for helsepersonell, ser flere utover landegrensene for å finne kvalifisert personell. I følge NRK mangler allerede sju av ti norske kommuner sykepleiere. Også sykehus er underbemannede. Helsepersonellmangelen i rike land er en sterk drivkraft for innvandring av helsearbeidere i land i Sør. Det er raskere og mer ressurs sparende for oss å hente kvalifisert personell fra andre land enn å utdanne nok selv.

Når fattige land investerer i utdanning innen helsesektoren, mens rike land høster godene, taper landet som investerer i utdanning av helsearbeidere. Helsesituasjonen forringes når et land mangler helsepersonell og de økonomiske samfunnsmessige tapene følger etter. For å unngå at ressursstrømmen skal gå fra Sør til Nord, bør land i Nord som ansetter helsepersonell fra land i Sør, kompensere for det fattige landets tap. Physicians for Human Rights har skissert hvordan en slik kompensasjonsordning kan fungere. Umiddelbart vil man tenke at mottakerlandet bør dekke utgiftene avsenderlandet har hatt for å utdanne personen som migrerer. Men skal en kompensasjon virkelig være reell i forhold til avsenderlandets faktiske tap, må kompensasjonen også dekke følgene tapet har for helsesituasjonen i landet. Å utdanne en person som kan erstatte den som dro vil ta flere år, noe som vil ha effekt på helsesituasjonen i mellomtiden. Problemstillingene i forhold til kompensasjon er komplekse, men det er helt nødvendig at rike land tar ansvar for at deres behov for utdannet personell ikke skal stagnere og snu utviklingen i avsenderlandene.

RESSURSFORDELING: Land i Nord som ansetter helsepersonell fra sør bør kompensere for det fattige landets tap. Fot Søren Holm/Chili foto



Vi hører ofte argumenter for at hjerneflukt er positivt for avsenderlandene, siden summen av penger som sendes hjem til familier skaper vekst i lokalsamfunnet. Ifølge Migration Policy Institute er det ingen tvil om at disse inntektene er viktig for mange land. For enkelte land overgår tilbakeføring av penger faktisk inntektene landet har i form av bistand. Et problem er imidlertid at slike typer inntekter ikke fordeles rettferdig. De som tjener på tilbakeføring er de som i utgangspunktet har hatt mulighet til å utdanne en av sine, ofte middelklassen. De fattigste tjener sjelden på slik pengestøtte. I dette perspektivet er det også viktig å skille mellom tap av helsepersonell og tap av andre utdannede. Utdanningsnivå generelt er viktig for utvikling, men helsepersonell er i en særstilling. Selv kort-siktig mangel på helsepersonell kan ha store negative konsekvenser for et lands helsesituasjon og dermed generelle levestandard. Dette

aktuelt å hente arbeidskraft til helsesektoren fra land i Sør. Danmark er på jakt etter arbeidskraft og Fogh Rasmussen sa i høst at dette skal være en «kontrollert innvandring», noe som betyr at de som er innvandrere må ha de rette kvalifikasjonene og kunne forsørge seg selv. Leger og sykepleiere er i følge Aftenposten blant arbeidsgruppene som etterlyses.

Og i forbindelse med Norges helsepersonellmangel uttalte både utviklingsminister Erik Solheim og arbeids- og inkluderingsminister Bjarne Håkon Hansen til Aftenposten i mars, at vi må hente helsepersonell fra den tredje verden.

Vi kan allerede så smått se resultatene. NAV har nettopp startet sin største kampanje noensinne for å lokke europeisk arbeidskraft til å jobbe i Norge, deriblant helsepersonell. Denne kampanjen ble lansert i Warszawa i Polen. Med i bagasjen

Rike, vestlige land kan tilby jobb i helsesektorer med betraktelig bedre lønn, trygge arbeidsforhold og generelt gode livsvilkår.

gjelder særlig i land som allerede i dag er rammet av hiv og aids.

Arbeidskraft fra Sør

Hvordan angår dette oss? Ifølge Physicians for Human Rights har man i de siste 20 årene sett en utvikling hvor flere og flere private byråer driver aktiv rekruttering av sykepleiere og leger fra utviklingsland. Dette er en utvikling flere utviklingslands helsedepartementer har bedt om at må stoppes. Norge er ikke verst i klassen når det gjelder å hente arbeidskraft fra land i Sør. Likevel tvinger den globale helsepersonellmangel Norge til å ta tydelige standpunkt til hvordan internasjonal rekruttering av helsearbeidere skal foregå. Vi ser stadig at problemstillingen aktualiseres gjennom utspill fra nordiske politikere. For det første har både den danske statsminister Fogh Rasmussen og flere norske ministre kommet med utspill som tyder på at det fort kan bli

har NAV med seg en ny skryte- og informasjonsvideo på tre språk, som skryter av klimaet, fritidsmulighetene og den gode plassen vi har her i landet, og selvfølgelig muligheten for å få en jobb. Slik rekruttering er ikke like uskyldig som det umiddelbart kan virke som. Polen trenger også flere helsearbeidere og hvordan skal Polen dekke sin helsepersonellmangel hvis Norge henter helsearbeidere fra Polen? Kommer Polen til å hente helsearbeidere fra fattige land i helsekrise? I den internasjonale kampen om hjernene blir vi vitner til dominoeffekten, der land som Malawi blir den siste brikken som faller. Derfor må Norge være med å fronte et internasjonalt regelverk som forbyr aktiv rekruttering av helsepersonell fra land med underskudd på helsepersonell.

Tiltak nødvendig

Det første skrittet er allerede tatt. Sosial- og helsedirektoratet presenterte i høst rapporten

«Solidarisk politikk for rekruttering av helsepersonell.» Den anbefaler at Norge jobber for et slikt internasjonalt regelverk. Et viktig poeng i rapporten er at disse reglene må gjelde for både offentlige og private, og det må være et bindende regelverk. Erfaringer med «Code of conduct» og andre retningslinjer i andre land, slik som for eksempel Storbritannia, viser at de ikke er effektive nok.

I tillegg til å arbeide for en rettferdig kompensasjonsordning, et internasjonalt regelverk og tiltak for å forbedre helsesektoren i fattige land, kan Norge gjøre mye selv for å demme opp eget behov for arbeidskraft i helsesektoren. Regjeringen må satse mer på utdanning og gi økte bevilgninger til drift og vedlikehold av sykehusene. I tillegg må de gjøre det mer attraktivt å jobbe i helsesektoren. Når NRK melder at 5000 sykepleiere i Norge ønsker seg vekk fra sykepleieryrket på grunn av det harde arbeidspresset, viser det at nasjonale tiltak for bedring av arbeidsvilkår i sektoren er nødvendig. Norsk Sykepleierforbunds arbeid for å bedre helsearbeidernes lønn og arbeidsvilkår er en forutsetning for at Norge skal unngå å hente helsepersonell fra utlandet.

Changemaker ønsker å støtte Norsk Sykepleierforbunds arbeid. Det er viktig at vi står sammen om å kjempe for menneskers rett på helsehjelp, uansett om de bor i Norge eller i et fattig land i Sør. For er det en ting norske politikere må forstå, er det at norsk helsepolitikk får ringvirkninger langt utenfor våre egne grenser.

Marie Aakre om samtykke, verdighet og tvang

Leder, Rådet for sykepleieetikk, skriver hver måned i Sykepleien

Alder: 60

Fra: Trondheim

Utdannet sykepleier, -lærer, leder og -veileder



«Ingen får vaske meg»

En pasient har rettens kjennelse på at han ikke skal stelles. Men han har samtykket i å bo på sykehjem.

Samtykke er et grunnprinsipp for gode helsetjenester, og skal være et vern mot krenkelser, tvang og overgrep. Å ta imot helsetjenester er ingen plikt, men ett av samfunnets frivillige tilbud. Dilemma oppstår når den enkeltes frihet til å velge får betydelige negative konsekvenser for både den det gjelder og andre.

Stor makt

Det er mye som tyder på at det brukes unødig og uetisk mye tvang i pleie og

omsorgspraksis. Forvaltning av samtykke er krevende kommunikative prosesser som bør bevisstgjøres og forbedres. Vi har stor makt i våre roller og kan ofte ta for gitt at våre tiltak er godkjent. Det er ikke lett å avvise det gode. Unødig bruk av tvang må alltid baseres på reflektert praksis rundt mulige handlingsalternativ. Hva med psykisk syke, demente, forvirrende, redde mennesker? Hvordan vurderer vi om pasienter er samtykkekompetente? I pasientrettighetsloven heter det at helsepersonell skal avgjøre dette.

Vasket mot sin vilje

I januar kom en kjennelse fra lagmannsretten i Oslo som gjaldt en beboer på et av byens sykehjem. Denne beboeren bodde mange år i en jordhytte ved Blindern, men er nå på sykehjem. Han har store, væskende, infiserte og illeluktende sår, men nekter å vaske seg. Han var en smitterisiko for andre, og en helseisiko for seg selv. Derfor valgte personalet å vaske ham. Mannen anmeldte dem som stelte og vasket ham uten hans samtykke. Han sier han selv vil bestemme over sin kropp, og har fått lagrettens medhold. Kommunen vurderer å anke saken.

Risiko for andre

I dette noe spesielle eksemplet finner vi flere dilemma. Mannen har samtykket i å være pasient i et sykehjem, men vil forbeholde seg retten til å takke nei til den faglighet som tilbys i forhold til hans helseplager. Han ønsker heller ikke å påta seg noe ansvar for de konsekvenser dette måtte medføre for medpasienter, ansatte og avdelingens miljø. Medpasienter utsettes både for infeksjonsrisiko og dårlig trivsel grunnet plagsom lukt fra infiserte sår og dårlig hygiene. Mannen representerer også en helseisiko for ansatte, i tillegg til at de ikke gis anledning til å utøve faglig forsvarlig praksis

Respekt og verdighet

Grunnlaget for all sykepleie skal være respekt for det enkelte menneskes liv og iboende verdighet, og sykepleien skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene. I tillegg skal den være kunnskapsbasert. Hva er så respekt for denne mannens liv og verdighet?

Menneskeverd kan tilskrives og avskrives.



Siden 1978 bodde en mann i en jordhule ved Blindern i Oslo. Han ville ikke vaske seg. Da han i 2000 fikk et illebefinnende, beskyttet ambulanspersonell seg mot eventuell smitte med heldekkende drakter og maske. Mannen bor nå på sykehjem, og vil fremdeles ikke vaske seg. Foto: Scanpix.

Mannen har samtykket i å være pasient i et sykehjem, men vil forbeholde seg retten til å takke nei til den faglighet som tilbys i forhold til hans helseplager.

Et menneske som gjennom mange år «har meldt seg ut» av nære menneskelige fellesskap, møter nå krav om balansert frihet og ansvar.

Er det et menneske verdig ikke å vaske seg? Kan vår forståelse av verdighet forenes med det å lukte vondt, som resulterer i å bli møtt av andres ubehag og avvisning? Er det et menneske verdig ikke å bli stillet krav til? Kan vi snakke om verdighet selv om personen ikke vil ta hensyn til sitt sosiale og relasjonelle ansvar? Kan det kalles respekt for iboende verdighet og la den syke «forfalle» fysisk? Er det krenkende å vaske ham når han ikke vil, eller er det krenkende å la ham være illeluktende og ustelt?

Denne mannens valg har betydelige konsekvenser for medpasienters verdighet. Skal hensynet til pasientens autonomi stå over hensynet til medpasienters klare ønsker og behov?

Samtykke og etikk

I vår forståelse av det autonome menneske er vi opptatt av at den enkelte både kan og vil ivareta egne interesser og være handlekraftig. Men autonomiprinsippet gir få beskyttende rammer. Selv den mest autonome tilskrives sin verdi fra andres anerkjennende blikk

Verdien bekreftes av hvordan man blir møtt og sett. Menneskeverdet kan lett bli en abstrakt størrelse hvis den ikke kommer til uttrykk i samhandling mellom mennesker.

Sykepleiere møter ofte mennesker når de har mistet noe av sin autonomi. Hvordan møter vi dem som ikke evner å ivareta seg selv, de som ikke ser ut til å vite sitt eget beste?

Kravet om samtykke kan gi store etiske dilemma i praksis.

Hensyn til andre

I yrkesetiske retningslinjer heter det i punkt 1:

Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients verdighet og integritet, herunder retten til

helhetlig sykepleie, retten til å være medbestemmende og retten til ikke å bli krenket. Sykepleieren fremmer pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått.

Sykepleieren beskytter pasienten mot krenkende handlinger. Unødig bruk av tvang eller annen rettighetsbegrensning anvendes ikke. Sykepleieren respekterer pasientens rett til selv å foreta valg, herunder å frasi seg selvbestemmelsesretten.

Den aktuelle pasientfortellingen er ikke mer spesiell enn at det er mye å lære av den. Hvor går grensen for hva en pasient kan beslutte selv når han/hun er innlagt i en

institusjon? Hvordan forvalter vi den sykes beste når han takker nei? Hva skjer i møtene mellom denne mannen og sykepleiere, hva skjer i møter med medpasienter? Er det urimelig å stille krav til denne mannen om å ta hensyn til andre?

KILDER:

Nettavisen 22. januar 2008.
Johannessen Kl, Molven O, Roaldkvam S, Aakre M. Godt, rett, rettferdig. Etikk for sykepleiere. Oslo: Akribes, 2007.



Jeg har mange spørsmål til refleksjon:

Er lagrettens dom et eksempel på en sak som er juridisk akseptabel men etisk uforsvarlig?

Er lagrettens kjennelse et brudd mot flere menneskers verdighet?

Kan manglende samtykke i en slik situasjon rettferdiggjøre bruk av tvang?

Hva mener lagretten om krav til faglig forsvarlighet i denne saken?

Hvor går grensen for hva vi kaller nødvendig og unødig bruk av tvang?

Bør de ansatte skrive en avvismelding hver vakt de ikke får gitt denne mannen faglig forsvarlig hjelp?

Innebærer innleggelse i en helseinstitusjon en aksept av sykehjemmets faglige tilbud?

Send din mening til interaktivt@sykepleien.no, eller Sykepleien, boks 456 Sentrum, 0104 Oslo. Du kan også lese inn din reaksjon på telefon 22 04 33 65. Reaksjoner fra leserne trykkes i neste nummer.

Sveinung Monstad

Yrke: Sykepleier/høgskolelektor ved Høgskolen i Bergen



Yrkesetikken er mer enn revidert

De reviderte yrkesetiske retningslinjene innebærer radikale endringer.

Norske sykepleiere har fått nye etiske retningslinjer. Disse ble godkjent av forbundsstyret i NSF 18. september i år. Rådet for sykepleieetikkk kaller det rett nok ikke nye, men reviderte retningslinjer. Rådets leder, Marie Aakre, skriver i innledningen at de reviderte retningslinjene skiller seg fra de forrige ved noen redaksjonelle endringer og ved at noen av retningslinjene «er forsøkt formulert mer presise i forhold til dagens

en modernisering og oppdatering, men en helt ny etikk. Dette på tross av at mange enkeltfor-muleringer er beholdt fra 2001-utgaven.

Jeg vil i det følgende gi noen eksempler på at endringene i de yrkesetiske retningslinjene er mer radikale enn det Rådet for sykepleieetikkk gir inntrykk av. Mange flere eksempler kan gis. Og endringene er ikke tilfeldige, de har en klar retning. Jeg kan heller ikke se at endringene i

med at den er en forutsetning for at vi kan være moralske aktører.

Det nærmeste en kommer en aksept av dette i filosofisk, etisk litteratur er vel Aristoteles' drøfting av den naturlige slave. Slaveriet, mente han, var ikke mot naturens orden. Noen var skapt til å være herrer. Men det finnes også de som på grunn av sine manglende evner til å bestemme over seg selv har det bedre som slaver, gitt at de har en god herre. For disse vil det være rett og fornuftig å frasi seg sin selvbestemmelsesrett og bli slaver. Slik finner de sin naturlige plass i samfunnet. I alle fall fra opplysningstiden og fram til i dag har dette ikke vært ansett som god etikk.

Det er noen rettigheter som er umistelige og som en ikke har lov til å gi bort, selge eller frasi seg på andre måter.

dilemmaer og praksis». Samtidig skriver rådet i sin rapport til landsmøtet at endringene ikke er radikale, «men retningslinjene er nå organisert under 6 hovedpunkter og språkvasket på noen områder».

Hvorvidt de språklige endringene har vært til det bedre tar jeg ikke opp her. Derimot finner jeg en del svært viktige substansielle endringer i de nye retningslinjene. Til sammen blir disse så store og viktige at det etter min mening ikke er snak om en liten og mer teknisk revisjon, eller

vesentlig grad kan forklares med utviklingen i samfunnet og i lovgivningen.

Ny rettighet?

Først ønsker jeg å ta opp en tilsynelatende liten endring. I punkt 1.5 heter det nå at: «Sykepleier- en respekterer pasientens rett til selv å foreta valg, herunder å frasi seg selvbestemmelsesretten». Første ledd er uproblematisk og for øvrig identisk med det tilsvarende punktet i 2001-utgaven. Men at en har en rett til å frasi seg sin selvbestemmel- sesrett, sin frihet, og at sykepleieren er forpliktet til å respektere dette er mildt sagt en skremmende tanke. Det er noen rettigheter som er umistelige og som en ikke har lov til å gi bort, selge eller

Autonomibegrepet

I Immanuel Kants etikk står menneskets auto-nomi, og med det, selvbestemmelsesrett, sentralt. En må kunne bestemme over seg selv for å regnes som en moralsk ansvarlig person. Uten selvbe- stemmelsesrett er man ikke en person i kantiansk forstand. Ikke bare hos en pliktetiker som Kant, men også hos en utilitarist som Mill, er auton- omibegrepet sentralt. Ingen av disse ville mene at mennesker har en rett til å frasi seg selvbestem- melsesretten.

Eksistensfilosofen som Jean-Paul Sartre mente at mennesket er dømt til frihet. Frihet betyr at vi har ansvar for våre liv. Friheten kan derfor være tung å bære, men ingen kan ta den byrden fra oss. Psykoanalytikeren Erich Fromm beskriver i boka The Fear of Freedom, hvordan friheten kan bli en byrde og hvordan menneskers forsøk på å komme unna friheten kan lede til underkastelse under autoritære regimer.

Ansvar for eget liv

I sykepleien vil en ofte måtte oppfordre og opp- muntre pasienter til å ta ansvar for sitt eget liv. At en erkjenner at en har en selvbestemmelsesrett og at en gjør aktivt bruk av den er da viktig. Ho- vedregelen burde være at en ikke støtter pasienters forsøk på å frasi seg selvbestemmelsesretten. Bare unntaksvis vil vi oppleve at pasienter bruker sin



Faksimile Dilemma nr 17/07

Ikke alt sykepleiere gjør er omsorg, og ikke minst, omsorg er uendelig mer enn det sykepleiere gjør.

selvbestemmelsesrett til så stor skade for seg selv og/eller andre at tvang vil være nødvendig. Og da er det muligens mest respektfullt overfor pasienten å anvende åpen tvang i overensstemmelse med lovreglene om dette. Den som tvinges har et jeg som protesterer. En frivillig fraskrivelse av sin myndighet er ekstra nedverdiggende. Ikke noe av dette er til hinder for at en overlater dagligdagse avgjørelser til andre. Det gjør vi alle hele tiden. Det er selve retten til selvbestemmelse vi ikke har rett til å frasi oss.

Selvbestemmelsesretten har mye til felles med stemmeretten. Vi har ingen moralsk rett til å frasi oss den, men vi har lov til å la være å benytte oss av den. Likevel oppfordres vi til å benytte oss av stemmeretten. På samme måte bør sykepleiere oppmuntre pasienter til aktivt å benytte seg av sin selvbestemmelsesrett. I yrkesetisk grunnlagsdokument for barnevernspedagoger, sosionomer og vernepleiere legges det stor vekt på empowerment, eller styrking. Etter en grundig behandling av dette heter det at «selv i situasjoner hvor brukeren/klienten er sterkt hjelpetrengende og ber om at noen andre overtar, må yrkesutøveren søke å beholde forståelsen for at enhver har ansvar for sitt eget liv». Det kan synes som om sykepleierne med de nye retningslinjene er i ferd med å gå stikk motsatt vei.

Umistelige rettigheter

Jeg påstår altså at ingen har rett til å frasi seg sin selvbestemmelsesrett. Noen vil være uenige med meg her. Det er fullt mulig å mene at Aristoteles hadde et godt poeng i sine uttalelser om den naturlige slave (i alle fall om vi ser bort fra selve ordet slave), og at opplysningsfilosofene og eksistensfilosofene tok feil. Den individualismen som ligger i betoningen av selvbestemmelsesretten kan kritiseres. Mye av moderne omsorgstenkning og -etikk synes faktisk å gjøre det. Innen disse retningene kritiseres den vestlige, individualistiske ideen som legger stor vekt på individets autonomi. Samtidig er det etter min mening et problem med etiske retninger som omsorgsetikk, kommunitarisme, og nærhetsetikk at de nettopp legger for lite

vekt på autonomi, rettferdighet og umistelige rettigheter.

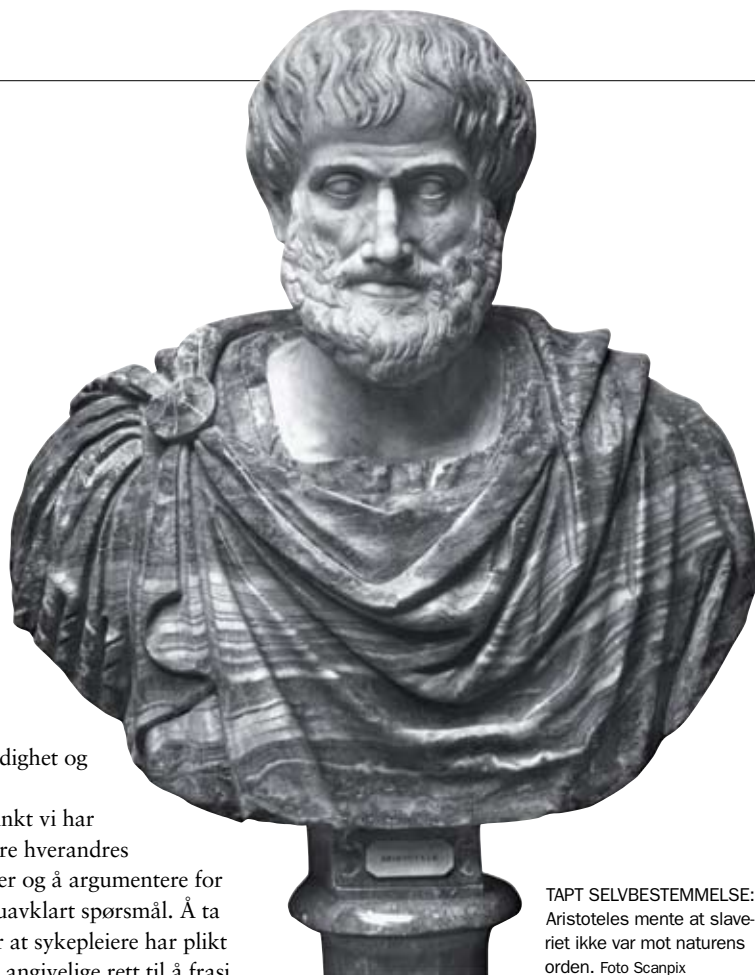
Uansett hvilke standpunkt vi har her må vi kunne respektere hverandres rett til å mene det vi mener og å argumentere for det. Dette er et åpent og uavklart spørsmål. Å ta med i etiske retningslinjer at sykepleiere har plikt til å respektere pasienters angivelige rett til å frasi seg selvbestemmelsesretten er å lukke spørsmålet. Det vil også være et overgrep mot de sykepleierne som, med full moralsk rett, mener at sykepleiernes plikt er å motarbeide pasienters forsøk på å frasi seg selvbestemmelsesretten. Derfor hører dette etter min mening ikke hjemme i de yrkesetiske retningslinjene, men eventuelt i en fri og åpen diskurs.

Sykepleieren og samfunnet

I retningslinjene fra 2001 sto det i hovedpunktet om sykepleieren og samfunnet at: «Sykepleieren er oppmerksom på sitt profesjonelle og etiske ansvar overfor pasienter, arbeidsstedet og samfunnet, både i et nasjonalt og globalt perspektiv.»

Det er noe storslått og visjonært over dette. Jeg synes å ane at bak dette ligger noe av arven fra Florence Nightingale. Sykepleieren tillegges her et profesjonelt og etisk ansvar, både nasjonalt og globalt. Her har vi en stolt arv å ta vare på og føre videre. Og dette er et ansvar som går langt ut over det rent sykepleiefaglige. Sammenlignet med dette lyder det nye hovedpunkt 6 nesten snevert og provinsielt: «Sykepleieren deltar aktivt i den offentlige debatt og bidrar til at faglige og etiske normer legges til grunn for sosial- og helsepolitiske beslutninger.» Dette var i de forrige retningslinjene stort sett med som underpunkter.

I tråd med endringen av hovedpunktet er også det første underpunktet i 2001-retningslinjene fjernet. Der sto det at: «Sykepleieren arbeider for en rettferdig ressursfordeling og -forvaltning innen helsetjenesten, både nasjonalt og globalt.» I de nye, reviderte retningslinjene nevnes ikke rettferdighet med ett ord. Det globale perspektivet er også blitt helt borte, om en ser bort fra at en



TAPT SELVBESTEMMELSE: Aristoteles mente at slaveriet ikke var mot naturens orden. Foto Scanpix

skal holde seg «orientert om den sosial- og helsepolitiske utviklingen både lokalt, nasjonalt og globalt». Den samme innsnevringen aner en i flere av de andre, og mindre endringene, som er gjort i formuleringene gjennom hele dokumentet.

Omsorg

Som sykepleiere har vi lett for å sette likhetstegn mellom omsorg og sykepleie. Men dette er feil av oss. Ikke alt sykepleiere gjør er omsorg, og ikke minst, omsorg er uendelig mer enn det sykepleiere gjør. Selv i det omsorgsarbeidet sykepleiere utøver er vi vanligvis avhengige av mange andre faggrupper hvis omsorgen skal bli helhetlig. I mange tilfeller vil det å erstatte ordet omsorg med ordet sykepleie derfor være en riktig ting å gjøre.

Slik endringen er foretatt i retningslinjene har det likevel i for stor grad medført en innskrenkning av sykepleiernes etiske ansvar. Et eksempel kan være at mens en etter 2001-retningslinjene skulle bidra til prioriteringer som ivaretar de mest omsorgstrengende skal en nå bidra til «prioriteringer som tilgodeser pasienter med størst behov for sykepleie». Dette er ikke bare en språklig eller kosmetisk endring. Det er ikke vanskelig å tenke seg situasjoner der den/de med størst behov for sykepleie ikke er den/de med størst omsorgsbehov. I en slik situasjon vil det etter de flestes mening være direkte uetisk å prioritere sykepleie framfor annen omsorg.

Det som gjenstår er ikke bare å «implementere» de nye retningslinjene, eller å få dem opp på veggen i glass og ramme, men å diskutere dem. Denne artikkelen er ment som et bidrag til en slik diskusjon.

Abilify «Otsuka Pharmaceuticals»

Antipsykotikum.

ATC-nr.: N05A X12

MIKSTUR, oppløsning 1 mg/ml: 1 ml inneholder: Aripiprazol. 1 mg, methyl. et propyl. parahydroxybenz. (E 218 et E 216), const. q.s. Sukkerholdig. Appelsinsmak.**SMELTEABLETTER** 10 mg og 15 mg: Hver smeltetablett inneholder: Aripiprazol. 10 mg, resp. 15 mg, aspartam. 2 mg, resp. 3 mg, const. q.s. Fargestoff: 10 mg: Rødt jernoksid (E 172). 15 mg: Gult jernoksid (E 172).**TABLETTER** 5 mg, 10 mg, 15 mg og 30 mg: Hver tablett inneholder: Aripiprazol. 5 mg, resp. 10 mg, 15 mg og 30 mg, lactos. 67 mg, resp. 62 mg, 57 mg og 187 mg, const. q.s. Fargestoff: 5 mg: Indigoitin (E 132). 10 mg og 30 mg: Rødt jernoksid (E 172). 15 mg: Gult jernoksid (E 172).**Indikasjoner:** Behandling av schizofreni. **Dosering:** Voksne: Anbefalt startdose er 10 mg eller 15 mg 1 gang daglig (dvs. 10 eller 15 ml mikstur), med en vedlikeholdsdose på 15 mg 1 gang daglig, uten hensyn til måltider. Aripiprazol er effektivt i doser fra 10-30 mg/dag (dvs. 10-30 ml mikstur/dag). Det er ikke påvist at høyere doser enn en døgndose på 15 mg kan gi bedre effekt, men enkelte pasienter kan ha nytte av høyere doser. Maks. døgndose bør ikke overskride 30 mg. Barn og ungdom <18 år: Ingen erfaring. Preparatet anbefales ikke til denne pasientgruppen. Eldre: Effekt hos pasienter >65 år er ikke fastsatt. Lavere startdose bør vurderes når kliniske faktorer tilsier dette, da denne pasientgruppen er mer sensibel. Nedsatt leverfunksjon: Ved alvorlig nedsatt leverfunksjon bør aripiprazol administreres med varsomhet, og maks. døgndose på 30 mg brukes med forsiktighet. Ingen dosejustering er nødvendig ved mild til moderat nedsatt leverfunksjon. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for aripiprazol eller noen av hjelpestoffene. **Forsiktighetsregler:**Ved antipsykotisk behandling kan forbedring av pasientens kliniske tilstand ta fra flere dager til noen uker. Pasienten bør overvåkes nøye i hele perioden. Suicidal adferd er rapportert raskt etter oppstart eller endring av behandling. Nøye overvåking av høriskopasienter anbefales. Bør brukes med forsiktighet ved kjent hjerte-karsykdom (tidligere hjerteinfarkt eller ischemisk hjertesykdom, hjertesvikt eller ledningsforstyrrelser), cerebrovaskulær sykdom, tilstander som predisponerer for hypotensjon eller hypertensjon, inkl. malign hypertensjon, samt ved forekomst av forlenget QT-intervall i familien. Dosereduksjon eller seponering bør vurderes dersom tegn eller symptomer på tardive dyskinesier oppstår. Symptomene kan forbigående bli svakere eller til og med inntre etter seponering. Ved utvikling av tegn og symptomer på Neuroleptisk malignt syndrom (NMS), f.eks. feber, muskelstivhet, endret mental status, autonom ustabilitet, økt kreatinofosfokinase, myoglobinuri, akutt nyresvikt, eller ved uforklarlig høy feber uten tillegg av andre kliniske manifestasjoner på NMS, skal alle antipsykotika, inkl. aripiprazol, seponeres. Bør brukes med forsiktighet hos pasienter som tidligere har hatt krampfanfall eller tilstander assosiert med krampfer. Hos eldre pasienter med demens er det rapportert økt dødelighet ved bruk av aripiprazol. Cerebrovaskulære bivirkninger (f.eks. slag, TIA), inkl. dødsfall, har forekommet hos pasienter med psykose relatert til Alzheimers sykdom. Aripiprazol er ikke godkjent for behandling av demensrelatert psykose. Hyperglykemi, i noen tilfeller meget utalt og assosiert med ketoacidose eller hyperosmolært koma eller dødsfall, er rapportert ved behandling med atypiske antipsykotiske legemidler, inkl. aripiprazol. Forekomst av fedme og diabetes i familien er risikofaktorer som kan predisponere for alvorlige komplikasjoner. Pasienten bør observeres for symptomer og tegn på hyperglykemi (f.eks. polydipsi, polyuri, polyfagi, svakhet), og pasienter med diabetes mellitus eller risiko for diabetes mellitus bør overvåkes regelmessig for forverret blodsukkerkontroll. Vektøkning er rapportert svært sjelden, og vanligvis hos pasienter med signifikante risikofaktorer, f.eks. diabetes, sykdommer i skjoldkjerelen eller hypofyseadenomer. Osofagudysmotilitet og -aspirasjon kan forekomme. Bør brukes med forsiktighet ved risiko for aspirasjonspneumoni. Bør ikke tas ved sjelden arvelig galaktoseintoleranse, Lapp-laktasemangel eller glukose-galaktosemalabsorpsjon. Pasienten bør advares mot å betjene farlige maskiner, inkl. motorkjøretøy, til reaksjonen på preparatet er kjent. **Interaksjoner:** Aripiprazol kan potensielt øke effekten av visse antihypertensiva pga. α 1-adrenerge reseptorantagonisme. Pga. preparatets primære CNS-effekter, bør forsiktighet utvises ved samtidig inntak av alkohol eller andre sentralvirkende legemidler med overlappende bivirkninger som sedasjon. Forsiktighet bør utvises ved samtidig administrering med legemidler som kan forårsake forlenget QT-intervall eller elektrolyttubalanse. Famotidin reduserer absorpsjonsgraden til aripiprazol, men effekten anses ikke som klinisk relevant. Ved samtidig administrering av potente CYP 2D6-hemmere (f.eks. kinidin, fluoksetin, paroxetin) eller CYP 3A4-hemmere (f.eks. ketokonazol, itraconazol, HIV-proteasehemmere), bør ordinert aripiprazoldose omtrent halveres. Når CYP 2D6- eller CYP 3A4-hemmerer seponeres fra kombinasjonsbehandlingen, bør aripiprazoldosen økes igjen. Beskjeden økning i aripiprazolkonsentrasjonen kan forventes ved samtidig administrering med svake CYP 3A4- eller CYP 2D6-hemmere. Ved samtidig administrering av potente CYP 3A4-induktorer (f.eks. karbamazepin, rifampicin, rifabutin, fenytoin, fenobarbital, primidon, efavirenz, nevirapin, johannesurt), bør aripiprazoldosen doubles. Ved seponering av potente CYP 3A4-induktorer, bør aripiprazoldosen reduseres til anbefalt dose.**Graviditet/Amning:** Overgang i placenta: Ingen dokumentasjon foreligger. Skal ikke brukes ved graviditet med mindre fordelene forventes å oppveie potensiell risiko for fosteret. Pasienten bør rådes til å gi ingen beskjed ved graviditet eller planlagt graviditet under behandlingen. Overgang i morsmelk: Ukjent. Preparatet bør ikke brukes under amning. **Bivirkninger:** Hyppige (>1/100): Gastrointestinale: Kvalme, oppkast, konstipasjon, dyspepsi. Neurologiske: Hodepine, svimmelhet, akatisi, sømnløshet/sedasjon, tremor, ekstrapyramidale symptomer, inkl. parkinsonisme, dystoni, dyskinesi. Psykiske: Insomnia, rastløshet. Syn: Sløret syn. Øvrige: Asteni/tretthet. Mindre hyppige: Sirkulatoriske: Takykardi, ortostatisk hypotensjon. Sjeldne (<1/1000): Blod: Leukopeni, nøytropeni, trombocytopeni. Endokrine: Hyperglykemi, diabetes mellitus, diabetisk ketoacidose, diabetisk hyperosmolært koma. Gastrointestinale: Økt spyttsekresjon, pankreatitt, dysfagi, abdominalt ubehag, maveubehag. Hud: Utslett, fotosensitivitetsreaksjoner, alopeci, hyperhidrose. Lever: Gulsott, hepatitt. Luftrøyrer: Orofaryngealspasme, laryngospasme, aspirasjonspneumoni. Muskul-skjelettsystemet: Stivhet, myalgi, rabdomyolyse. Neurologiske: Taleforstyrrelse, NMS, grand mal-anfall. Psykiske: Nervøsitet, uro, engstelse. Sirkulatoriske: Synkope, hypertensjon, tromboemboliske hendelser, forlenget QT-intervall, ventrikulære arytmier, brå, uforklarlig død, hjerrestans, «torsades de pointes», bradykardi. Urogenitale: Priapisme, urininkontinens, urinretensjon. Øvrige: Allergisk reaksjon (f.eks. anafylaktisk reaksjon, angioødem inkl. hevelse i tungen), purporeform, ansiktssødem, kløe, urticaria), brystsmarter, temperaturreguleringsforstyrrelse (f.eks. hypotermi, pyreksi), perifere ødemer, perifere ødemer, vektøkning, vektreduksjon, anoreksi, hyponatremi. Selvmordsforsøk, selvmordstanker og gjennomført selvmord er rapportert. Laboratorieverdier: Økning i kreatininkinase, ALAT, ASAT, gammaglutamyltransferase. Økt blodglukose, svingninger i blodglukose, økt glykosylert hemoglobin. Andre kjente bivirkninger assosiert med antipsykotisk terapi, inkl. tardiv dyskinesi, krampfer, samt cerebrovaskulære bivirkninger og økt dødelighet hos eldre demenspasienter, kan også forekomme. **Overdosering/Forgiftning:** Overdosering er sett i doser beregnet på opp til 1080 mg uten dødsfall. Symptomer: Blå. kvalme, oppkast, asteni, diaré og søvnløshet. Symptomer ved overdosering opp til 1260 mg: Letargi, forhøyet blodtrykk, søvnløshet, takykardi og oppkast. Potensielt alvorlige symptomer, f.eks. ekstrapyramidale symptomer og forbigående bevisstløshet, har forekommet ved overdosering hos barn. Behandling: Overdosebehandling bør fokusere på støttende behandling, opprettholdelse av frie luftveier, oksygenering og ventilering samt behandling av symptomer. Muligheten for innvirkning av flere legemidler bør vurderes. Kardiovaskulær overvåking, inkl. kontinuerlig EKG-overvåking for å oppdage mulig arytmi, bør startes omgående. Kull kan være effektivt ved behandling av overdose. Dialyse har sannsynligvis liten effekt. Egenskaper: Klassifisering: Antipsykotikum. Virkningsmekanisme: Det er antydnet at aripiprazols effekt ved schizofreni er mediert via en kombinasjon av partiell agonisme for dopamin D2- og serotonin 5HT1a-reseptorer og antagonisme for serotonin 5HT2-reseptorer. Preparatet viser i dyremodeller antagonistiske egenskaper av dopaminerg hyperaktivitet og agonistiske egenskaper av dopaminerg hypoaktivitet. In vitro høy bindingsaffinitet til dopamin D2- og D3-, serotonin 5HT1a- og 5HT2a-reseptorer og moderat affinitet til dopamin D4-, serotonin 5HT2c- og 5HT7-, α 1-adrenerge- og histamin H1-reseptorer. Moderat bindingsaffinitet til serotoninreopptaksseter, men ingen nevenverdig affinitet til muskarinreseptorer. Interaksjoner med andre reseptorer enn undertyper av dopamin- og serotoninreseptorer kan forklare noen av de øvrige kliniske effekter. Absorpsjon: Maks. plasmakonsentrasjon 3-5 timer etter dosering. Absolutt biotilgjengelighet 87%. Farmakokinetikken påvirkes ikke av fettholdig måltid. Proteinbinding: >99%, hovedsakelig til albumin. Fordeling: Distribusjonsvolum: 4,9 liter/kg. Halveringstid: Ca. 75 timer. Ved døgndosis CYP 2D6-metabolisering, ca. 146 timer. Metabolisme: Hovedsakelig i lever via CYP 3A4 og CYP 2D6 ved dehydrogenering og hydroksylering, via CYP 3A4 ved N-dealkylering. Utskillelse: Ca. 60% via feces, ca. 27% via urin. **Pakninger og priser:** Mikstur: 150 ml kr 1451,10. Smeltetabletter: 10 mg: Enpac: 28 stk. kr 1169,00. 15 mg: Enpac: 28 stk. kr 1169,00. Tabletter: 5 mg: Enpac: 14 stk. kr 601,70. 28 stk. kr 1169,00. 56 stk. kr 2303,70. 10 mg: Enpac: 14 stk. kr 601,70. 56 stk. kr 2303,70. 15 mg: Enpac: 28 stk. kr 1169,00. 56 stk. kr 2303,70. 30 mg: Enpac: 56 stk. kr 4413,30. T: 18a).**Refusjon:** Behandlingen bør være instituert i psykiatrisk sykehusavdeling eller poliklinikk eller av spesialist i psykiatri, og for den videre forskrivning bør det foreligge erklæring fra en slik instans om at det er indisert å fortsette behandlingen ambulant. For fortsatt forskrivning utover 1 år bør det foreligge årlig fornyet erklæring fra instans som nevnt.

Sist endret: 18.09.2007

Bristol-Myers Squibb • Otsuka Pharmaceuticals

Postboks 464, 1323 Høvik • Telefon 67 55 53 50, Fax: 67 55 53 52 • www.b-ms.no

Dømt til behandling

I Danmark er det opprettet etterutdanning for helsepersonell som jobber med psykisk syke som er dømt til behandling. Det er fordi antall av denne type domfelleiser har steget i mange år.

Sygeplejersken

Unge røyker mindre

Andelen dagligrøykere mellom 16 og 24 gikk ned med fire prosent fra 2006 til 2007. Det følger de siste års trender, som viser nedgang i antall røykere.

Sosial- og helsedirektoratet



Foto: Colourbox

Samtaler hjelper

Samtaleterapi kan hjelpe mennesker med psykiske problemer til bedre mestring og livskvalitet. Det viser doktorgradsarbeidet til psykiatrisk sykepleier Eva Langeland. Doktorgraden er avlagt innenfor psykisk helsearbeid, og hun har utviklet et tilbud om samtaleterapi i grupper.

Høgskolen i Bergen



Foto: Colourbox

Ball i hjertetrøbbel

Under fotball-VM i München ble det lagt inn 3, 26 ganger flere menn med hjerteproblemer i München-området enn vanlig de dagene Tyskland spilte kamp. Tilsvarende tall for kvinner var 1,82. Det har forskere fra Universitetet i München funnet ut. Undersøkelser de gjorde under lignende arrangementer bekrefter samme tendens: Å heie altfor hardt på yndlingslaget skaper hjertetrøbbel. Risikoen er størst noen timer etter at kampen har startet og er størst blant dem som har hjerteproblemer fra før.

forskning.no

Gullets legende kraft

I hundre år har gull vært medisin mot revmatoid artritt, men ingen har visst hvorfor det har hatt effekt. Nå har svenske forskere avdekket en mulig forklaring. Den knytter seg til molekylet HMGB1 (high mobility group box chromosomal protein 1), som utenfor celler fremmer betennelsesreaksjoner. Dette molekylet er det mye av i ledd. Et forsøk viser at gull hemmer utskillelsen av molekylet og åpner dermed opp for en forståelse av sykdomsmekanisme bak revmatoid artritt som kan bane veien for nye medisiner.



Läkartidningen

Sykepleie på apoteket

Sykepleiere med forskrivingsrett tar imot pasienter på skotske apoteker. De vanligste plagene de behandler er hudproblemer, sår hals, neseblødninger og urinveisinfeksjoner. De som søker råd er i alle aldre og fra alle samfunnslag. Fagdirektør Anne E. Smedstad i den norske Apotekforeningen er ikke fremmed for tanken, og sier til *Dagens Medisin* at man i Norge kunne vurdere å la apoteket bistå pasienter med mildere plager, som de i dag må oppsøke lege for.

Dagens Medisin

Postkort forebygger selvmord

Åtte postkort i ett år etter selvmordsforsøk reduserer faren for nye forsøk, viser australsk studie. 772 pasienter som ble behandlet med medikamenter etter selvmordsforsøk fikk postkort med spørsmål om hvordan de hadde det og invitasjon til å ta kontakt med sykehus ved behov. En oppfølging ett år etter intervensjon med postkort, viste fremdeles nedgang i nye selvmordsforsøk. Men nedgangen var også stor i kontrollgruppen, og forskerne etterlyser mer forskning.

Tidsskrift for Den norske lægeförening

Røyker som på film

I USA har undersøkelser vist en sammenheng mellom røyking på film og røykevaner blant ungdom. Tyske forskere undersøkte om det samme er tilfelle i Europa. En undersøkelse med 2711 tyskere mellom 10 og 16 år som aldri hadde røyket viste samme tendens. Jo mer film de så med røyking i, jo større var sjansen for at de begynte å røyke. Særlig gjaldt det ungdommene som hadde ikke-røykende foreldre.



Pediatrics

Sykmeldt? Nå finnes det tilbud som kan hjelpe deg raskere tilbake i jobb

Ingen er tjent med sykefravær som varer lenger enn nødvendig. Både ved sykehusene og i regi av NAV er det opprettet nye tilbud for deg som er sykmeldt. Du kan blant annet få tilbud om behandling av spesialisthelsetjenesten, personlig oppfølging, arbeidstrening, hjelp til å kartlegge dine muligheter i arbeidslivet og ulike motivasjonstiltak.

Les mer på nav.no/raskeretilbake for å finne ut om tilbudene kan være aktuelle for deg. Du kan også ta kontakt med NAV eller din fastlege.



Langt fra Hamar

500 vaksiner bare i dag.
Anne Trollvik har ansvar for fire klinikker i Sør-Sudan.

Etter 22 år med krig, er det endelig fred i Sør-Sudan. Anne Trollvik fra Hamar, til daglig lektor ved Høgskolen i Hedmark, er helsedelegat i Yirol. Hun er ansvarlig for fire Røde Kors-klinikker, som drives på oppdrag av svensk og norsk Røde Kors gjennom et felles prosjekt.

Her diskuterer hun dagens arbeid med Gordon Chien Dhiacic og Paul Chol Abiel fra landets helsemyndigheter.

– Vi satser særlig på kvinner og barn, og vaksinerer i stor skala for å redusere barnedødeligheten. Bare i dag har vi vaksinert over 500 barn, forteller hun.

Sør-Sudan er vakkert og behagelig grønt. Jorden er rød og etter fredsavtalen fra 2005 er de ville dyrene på vei tilbake. Dagen før er fem bøfler sett i nabobyen. Aper og fugler tilhører hverdagen. Og i forrige uke var det noen som så løver.

Hiv er ikke like utbredt som i resten av det sørlige Afrika, men et tiltakende problem. Ifølge tradisjo-

nen får gravide kvinner ikke ha sex før de har født. I mellomtiden går mennene til andre kvinner. Flerkoneri er også vanlig, til tross for at Sudan er et kristent land.

Området er stort og klinikkene betjener rundt 200 000 innbyggere.

– Vi driver forebyggende sykepleie og helsehjelp i en region hvor de tidligere bare hadde medisinmenn og tradisjonelle fødselshjelpere uten medisinsk utdanning.

Som kvinne er Anne Trollvik unik. Ikke minst fordi hun er sjef. Lokalt satses det overhodet ikke på kvinner, og i hvert fall ikke som ledere. Derfor har Anne aktivt jobbet for å ansette lokale kvinner innenfor rammene av prosjektet.

– Det har gått så langt at menn har fått sine kvinner stilt for retten. Her eier mannen kvinnen, og domstolene kan nekta henne å arbeide for oss.

Les mer: www.redcross.no





Antikonsepsjonsmiddel.

TABLETTER, filmdrasjerte: Hver aktiv tablett inneholder: Levonorgestrel 100 µg, etinyløstradiol 20 µg, laktosemonohydrat, hjelpestoffer. Fargestoff: Rødt jernoksid (E 172), titandioksid (E 171). Hver inaktiv tablett inneholder: Laktosemonohydrat, hjelpestoffer. Fargestoff: Titandioksid (E 171). **Indikasjoner:** Antikonsepsjon. **Dosering:** Tabletten må tas som angitt på pakningen, hver dag til omtrent samme tid. 1 tablett tas daglig i 28 etterfølgende dager. Etter at den siste inaktive tablett er tatt, starter en med nytt brett dagen etter. I løpet av de 7 dagene med inaktive tabletter inntrener en bortfallsblødning. Oppstart: Ingen tidligere hormonell prevensjonsbruk (i løpet av den siste måneden). Medisineringen skal starte på dag 1 i kvinnens normale syklus. Det er tillatt å starte på dag 2-7, men da anbefales i tillegg en annen prevensjonsmetode (f.eks. kondomer og sædprevenningsmiddel) i løpet av de 7 første dagene en tar tablettene. Skifte fra et annet kombinasjonspreparat: Medisineringen bør starte dagen etter den vanlige tablettfrie perioden eller perioden med inaktive tabletter til foregående kombinasjonspreparat. Skifte fra et rent progestogenpreparat (minipille, progestogeninjeksjon/implantat): Kvinnen kan når som helst skifte fra minipille og begynne med preparatet neste dag. En bør starte dagen etter fjerning av et implantat eller, dersom en bruker injeksjon, dagen etter neste injeksjon skal foretas. I alle disse situasjonene, anbefales å bruke en tilleggsprevensjon de 7 første dagene en tar tablettene. Etter abort i første trimester: Medisineringen kan starte umiddelbart. Andre prevensjonsmetoder er ikke nødvendig. Etter fødsel eller abort i 2. trimester: Siden den umiddelbare postpartumperioden er assosiert med en økt risiko for tromboemboli, skal p-piller ikke anvendes tidligere enn 28 dager etter fødsel, hos ikke ammende eller etter abort i 2. trimester. Tilleggsprevensjon anbefales de 7 første dagene. Dersom samleie har funnet sted, må graviditet utelukkes før en starter med et kombinasjonspreparat, ellers må kvinnen vente på sin første menstruasjonperiode. Effekten av p-pillene reduseres når tabletter glemmes eller ved oppkast. Se pakningvedlegg. **Kontraindikasjoner:** Skal ikke brukes av kvinner med noe av følgende: Trombofleitt eller tromboemboliske lidelser, dyp venetrombose, en tidligere historie med dyp venetrombose eller tromboemboliske lidelser, cerebrovaskulære eller kardiovaskulære lidelser, trombogene valvulære, arvelig eller ervervet trombofili, migrene/hodepine med fokale neurologiske symptomer, slik som aura, trombogene rytmeforstyrrelser, alvorlig diabetes med vaskulære forandringer, alvorlig ubehandlet hypertensjon, kjent eller mistenkt cancer mammae, cancer i endometriet eller andre verifiserte eller mistenkte østrogenavhengige neoplasier, kolestatisk gulsott under graviditet eller gulsott ved tidligere bruk av p-piller av kombinasjonstypen, leve- radenomer eller leverkreft, udiagnostiserte unormale vaginalblødninger, verifisert eller mistenkt graviditet, hypersensitivitet overfor noen av preparatets innholdsstoffer. **Forsiktighetsregler:** For behandling initieres, foretas grundig undersøkelse inkl. mammaundersøkelse, blodtrykkmåling, samt en grundig familieanamnese. Hyppigheten og typen av etterfølgende undersøkelse bør være basert på etablerte retningslinjer og tilpasses individuelt. Forstyrrelser i koagulasjonssystemet skal utelukkes hvis det i nærmeste familie allerede i yngre år har forekommet tromboemboliske sykdommer (først og fremst dyp venetrombose, hjerteinfarkt, slagfall). Ved unormale vaginalblødninger skal undersøkelser gjennomføres for å utelukke kreft. Kvinner fra familier med økt forekomst av brystkreft eller som har benigne brystknuter, må følges opp spesielt nøye. Sigarettøyking øker risikoen for alvorlige kardiovaskulære bivirkninger ved bruk av p-piller. Denne risikoen øker med alder og mye røyking og er ganske markert hos kvinner over 35 år. Kvinner som bruker p-piller må på det sterkeste anbefales ikke å røyke. Bruk av kombinasjons-p-piller er assosiert med økt risiko for arterietrombose og tromboemboli. Rapporterte hendelser inkl. hjerteinfarkt og cerebrovaskulære hendelser (ischemi og blødningsslag, transitorisk ischemisk attack). Eksponering for østrogen og progestagener bør minimeres. Forskrivning av kombinasjons-p-piller med minst mulig østrogen- og progestageninnhold anbefales. Risikoen for arterietrombose og tromboemboli øker ytterligere hos kvinner med underliggende risikofaktorer. Må brukes med forsiktighet hos kvinner med risikofaktorer for kardiovaskulære lidelser. Eksempler på risikofaktorer for arterietrombose og tromboemboli er: Røyking, hypertensjon, hyperlipidemi, overvekt og økt alder. Kvinner som bruker perorale kombinasjons-p-piller og som har migrene (spesielt migrene med aura), kan ha økt risiko for slag. Opptre tegn på emboli (f.eks. akutte brystmerter, tungpustethet, syns- eller hørselsforstyrrelser, smerte og hevelse i en eller begge underkremittene) under behandlingen skal preparatet seponeres og pasienten undersøkes nøye. Bruk av kombinasjons-p-piller er assosiert med økt risiko for venetrombose og tromboemboli. Den økte risikoen er størst blant førstegangsbrukere det første året. Risikoen er imidlertid mindre enn under graviditet. Venøs tromboembolisme er dødelig i 1-2% av tilfellene. Risikoen øker ytterligere hos kvinner med tilstander som predisponerer for venetrombose og tromboembolier. Eksempel på risikofaktorer for venetrombose og tromboembolier er: Overvekt, kirurgisk inngrep eller skader som øker risikoen for trombose, nylig gjennomgått fødsel eller abort i 2. trimester, forlenget immobilisering og økt alder. Om mulig, bør behandlingen med kombinasjons-p-piller avbrytes 4 uker før og 2 uker etter elektiv kirurgi hvor det er økt risiko for trombose og ved forlenget immobilisering. Bruk av p-piller er assosiert med godartet adenomer i lever, selv om insidensen av disse er sjeldne. Risikoen synes å øke med varigheten av behandlingen. Disse yrer seg som akutte buksmerter eller akutt intraabdominal blødning. Preparatet skal da seponeres og pasienten undersøkes nøye. Ruptur kan forårsake død gjennom intraabdominal blødning. Kvinner som tidligere har hatt kolestase forårsaket av perorale kombinasjons-p-piller, eller har hatt kolestase under graviditet, har større risiko for å få denne tilstanden ved bruk av perorale kombinasjons-p-piller. Pasienter som bruker perorale kombinasjons-p-piller bør derfor overvåkes nøye, og dersom tilstanden vender tilbake, bør behandlingen avbrytes. Det er rapportert tilfeller av retinalvaskulær trombose. P-piller må seponeres dersom det forekommer uforklarlige delvise eller fullstendige synsforstyrrelser, proptose eller dobbeltsyn, papilledem, eller skader i retinalvaskulaturen. Glukoseintoleranse er rapportert og kvinner med diabetes eller nedsatt glukoseintoleranse skal følges opp. Dersom kvinner med hypertensjon velger å bruke p-piller, må de overvåkes nøye og dersom signifikant økning av blodtrykket oppstår, må preparatet seponeres. Bruk av perorale kombinasjons-p-piller kan være assosiert med økt risiko for cervical intraepitelial neoplasii eller invasiv livmorhalskreft hos enkelte kvinnepopulasjoner. Imidlertid er det fremdeles kontroversielt hvorvidt omfanget av slike funn kan skyldes forskjeller i seksuell adferd eller andre faktorer. Adekvate diagnostiske tiltak er indisert ved udiagnostisert abnormal underlivsblødning. Utvikling eller akutt forverring av migrene eller utvikling av hodepine med annet forløp som er tilbakevendende, vedvarende eller alvorlig, krever at p-piller seponeres og at årsaken vurderes. Kvinner med migrene (spesielt migrene med aura) som bruker kombinasjons-p-piller kan ha økt risiko for slag. Gjennombruddsblødninger og sporblødninger sees spesielt de 3 første månedene. Adekvate diagnostiske tiltak må iverksettes for å utelukke kreft eller graviditet ved gjennombruddsblødninger på samme måte som ved annen unormal vaginalblødning. Dersom patologi er blitt utelukket, kan fortsatt bruk av de perorale kombinasjons-p-pillene eller bytte til annen formulering løse problemet. Noen kvinner kan oppleve postpille amenoré muligens med anovulasjon, eller oligomenoré, spesielt når slike forhold har eksistert tidligere. Kvinner som behandles for hyperlipidemi skal følges tett. En liten andel kvinner vil få ugunstige lipidforandringer når de bruker p-piller. Ikke-hormonell prevensjon bør vurderes ved ukontrollert dyslipidemi. Vedvarende hypertriglyseridemi kan forekomme. Økninger i plasmatriglyserider kan føre til pankreatitt og andre komplikasjoner. Akutt eller kronisk leverdysfunksjon kan nødvendigvis seponering inntil leverfunksjonen returnerer til normalt. Pasienter som blir klart deprimert når de bruker p-piller, må forsøke å klarlegge om symptomene er relatert til medikamentet. Kvinner med en sykehistorie med depresjon skal observeres nøye og preparatet skal seponeres dersom det utvikles alvorlig depresjon. Pasienter bør informeres om at preparatet ikke beskytter mot HIV-infeksjon (AIDS) eller andre seksuelt overførbare sykdommer. Pasienter med sjeldne arvelige problemer med galaktoseintoleranse, en spesiell form for arvede laktasemangel (Lapp lactase deficiency) eller glukose/galaktosemalabsorpsjon bør ikke ta dette legemidlet. Utsettelse av menstruasjonen: Menstruasjonen kan utsettes ved først å ta de rosa tablettene og så kaste brettet uten å ta de 7 hvite tablettene. Start deretter direkte på et nytt brett. **Interaksjoner:** Nedsatt serumkonsentrasjon av etinyløstradiol kan føre til økt insidens av gjennombruddsblødninger og uregelmessig menstruasjon, og kan muligens redusere effekten av kombinasjons-p-pillen. Ved samtidig bruk av preparater som inneholder etinyløstradiol og forhindelser som kan redusere plasmakonsentrasjonen av etinyløstradiol, anbefales en ikke-hormonell prevensjonsmetode (kondom og spermdepnende middel) i tillegg. Ikke-hormonell prevensjonsmetode anbefales brukt i tillegg i minst 7 dager etter seponering av substanser som kan føre til redusert plasmakonsentrasjon av etinyløstradiol. Ved langvarig bruk av slike substanser bør ikke kombinasjons-p-pillen anvendes som primær prevensjon. Det anbefales å bruke tilleggsprevensjon over en enda lengre periode etter seponering av forbindelser som inducerer hepatiske mikrosomale enzymer og fører til redusert plasmakonsentrasjon av etinyløstradiol. Det kan enkelte ganger ta flere uker inntil enzyminduksjonen er fullstendig normalisert, avhengig av dosen, behandlingsvarigheten og eliminasjonshastigheten til den induserende forbindelsen. Diaré kan øke tarmmotiliteten og derved redusere hormonabsorpsjonen. På samme måte kan medikamenter som reduserer tarmoverføringstiden redusere hormonkonsentrasjonene i blodet. Interaksjonen kan oppstå med medikamenter som inducerer mikrosomale enzymer som kan minske etinyløstradiolkonsentrasjonen (f.eks. karbamazepin, oksykarmazepin, rifampicin, barbiturater, fenylbutazon, fenytoin, griseofulvin, topiramid, enkelte proteasehemmere, ritonavir). Atorvastatin kan øke serumkonsentrasjonen av etinyløstradiol. Medikamenter som opptre som kompetitive inhibitorer for sulfonering i gastrointestinalveggen kan øke biotilgjengeligheten av etinyløstradiol (f.eks. askorbinsyre, paracetamol). Substanser som hemmer CYP 3A4 (isozym, f.eks. indinavir og flukonazol), kan også øke biotilgjengeligheten av etinyløstradiol. Konsentrasjonen av etinyløstradiol vil kunne minke etter inntak av visse antibiotika (f.eks. ampicillin, tetracyklin) pga. redusert entero-hepatisk resirkulering av østrogen. Etinyløstradiol kan interferere med metabolismen av andre medikamenter ved å inhibere hepatiske mikrosomale enzymer, eller ved å inducere hepatisk medikamentkonjugering, spesielt glukuronidering. Plasma- og vevskonsentrasjonene vil følge enten kunne minke (f.eks. lamotrigin) eller øke (f.eks. ciklosporin, teofyllin, kortikosteroider). Toleandomycin kan øke risikoen for intrahepatisk kolestase ved koadministrering med perorale kombinasjons-p-piller. Det er rapportert at bruk av perorale kombinasjons-p-piller øker risikoen for galaktoré hos pasienter som behandles med flunarizin. Gjennombruddsblødninger er rapportert ved samtidig bruk av johannesurt (*Hypericum perforatum*). Effekten av preparatet kan reduseres, og ikke-hormonell tilleggsprevensjon anbefales ved samtidig bruk med johannesurt. **Graviditet/Amning:** Studier antyder ingen teratogen effekt ved utilsiktet inntak i tidlig graviditet. **Overgang i placenta:** Se Kontraindikasjoner. **Overgang i morsmelk:** Både østrogen og gestagener går over i morsmelk. Østrogener kan redusere melkeproduksjonen samt andre morsmelkens sammensetning. Bør ikke benyttes under amning. **Bivirkninger:** Bruken av kombinasjonspreparat er assosiert med en økt risiko for arterielle og venøse trombosier og tromboemboliske tilstander, inkl. hjerteinfarkt, slag, transitorisk ischemisk attack, venøs tromboemboli og pulmonær emboli. En økt risiko for cervixneoplasier og cervixkreft og en økt risiko for brystkreft. **Hypypige (>1/100):** Gastrointestinale: Kvalme, oppkast, mavekramper, oppblåst mage, smerte. Hud: Akne. Metabolske: Vektforandringer (økning eller reduksjon). Neurologiske: Humørforandring inkl. depresjon, angst, svimmelhet, endret libido. Urogenitale: Gjennombruddsblødninger, og/eller sporblødning, dysmenoré, endret menstruasjonsmengde, cervixerosjon og -seksjon, vaginitt inkl. candidiasis, amenoré. Øvrige: Hodepine, inkl. migrene, væskeretensjon, ødemer, brystmerter, omme bryster, forstørrede bryster, sekresjon fra brystene. **Mindre hypypige:** Gastrointestinale: Endret appetitt. Hud: Kløe, vedvarende melasma, hirsutisme, hårtap. Metabolske: Endring i serumlipidnivå, inkl. hypertriglyseridemi. Sirkulatoriske: Hypertensjon. Syn: Intoleranse for kontaktlinser. **Sjeldne (<1/1000):** Gastrointestinale: Kolestatisk gulsott, gallesten, gallblærelidelse (forverrer eksisterende lidelse og påskynder utvikling hos symptomfrie), pankreatitt, leve- radenomer, leverkarsinomer. Hud: Erythema nodosum, erythema multiforme, angioedem, urticaria. Metabolske: Nedsatt glukoseintoleranse, forverring av porfyri, senkning av serumfolatnivået. Neurologiske: Forverring av chorea. Sirkulatoriske: Forverring av varikøse vener. Syn: Opticusneuritt, retinal vaskulær trombose. Urogenitale: Postpille amenoré, spesielt når slike forhold har eksistert tidligere. Øvrige: Hemolytisk uremisk syndrom, anafylaktiske reaksjoner inkl. urticaria og angioedem, forverring av systemisk lupus erythematosus. **Overdosering/Forgiftning: Symptomer:** Kvalme, oppkast, brystmerter, svimmelhet, buksmerter, tretthet/utmattelse, blødninger ved seponering hos kvinner. **Behandling:** Intet spesifikt antidot. Dersom videre behandling av overdose er nødvendig, rettes denne mot symptomene. **Egenskaper: Klassifisering:** Monofasisk østrogen/progestogen kombinasjons-p-pille. Lavdosepreparat. **Virkningsmekanisme:** Hemmer effekten av gonadotropiner. Hovedmekanismen for denne effekten er inhibisjon av ovulasjonen, men andre endringer som inntreffer omfatter endringer i cervixlimhin- nen (hemmer spermienes evne til å nå inn til livmoren) og endringer i endometriet (reduserer sannsynligheten for implantasjon). Det er vist 35% reduksjon av det totale antall akne-lesjoner i ansiktet ved bruk av lavdoserende p-piller (100 µg levonorgestrel/20 µg etinyløstradiol). **Absorpsjon:** Levonorgestrel blir raskt og fullstendig absorbert etter oral administrering. Biotilgjengelighet ca. 100%. Etinyløstradiol blir raskt og nesten fullstendig absorbert fra mave-tarmtraktus, men pga. «first pass»-metabolisme i tarmmucosa og lever, er biotilgjengeligheten til etinyløstradiol mellom 38% og 48%. **Proteinbinding:** Levonorgestrel er i serum primært bundet til SHBG (kjønshormon- bindende globulin). Etinyløstradiol er i plasma 97% bundet til albumin. Etinyløstradiol bindes ikke til SHBG, men inducerer SHBG-syntese. **Halveringstid:** Halveringstiden for levonorgestrel er ved «steady state» ca. 36 timer, for etinyløstradiol ca. 18 timer. **Metabolisme:** Levonorgestrel og etinyløstradiol metaboliseres i lever, etinyløstradiol hovedsakelig via CYP 3A4. **Utskillelse:** Levonorgestrel og dets metabolitter blir primært utskilt i urin (40-68%) og ca. 16-48% blir utskilt i fæces. Etinyløstradiol: Ca. 40% utskilles via urin, og ca 60% blir utskilt i fæces. **Andre opplysninger:** Bruk av p-piller kan påvirke resultatene av enkelte laboratorietester, inkl. biokjemiske parametre knyttet til lever, thyroidea, binyre- og nyrefunksjoner, plasmamålv av proteiner (f.eks. kortikosteroidbindingsglobuliner og lipid/lipoprotein-fraksjoner), parametre i karbohydratmetabolismen og koagulasjons- og fibrinolysepara- metre. Vanligvis holder endringene seg innen normale laboratortverdier. **Pakninger og priser:** 3 x 28 stk. kr 237,20. 6 x 28 stk. kr 443,40. **Sist endret: 04.01.2007**

Referanser:

- Loette SPC (Summary of Product Characteristics), SLV 2006-10-04.
- Coney P, Washenik K, Langley RG, DiGiovanna JJ, Harrison DD. Weight change and adverse event incidence with a low-dose oral contraceptive: two randomized, placebocontrolled trials. *Contraception*. 2001 Jun;63(6):297-302.
- legemiddelverket.no (Microgynon SPC).

Drammensveien 145b, 0277 Oslo
 P.B. 313 Skøyen, 0213 Oslo
 Tel: 40 00 23 40 • Fax: 40 00 23 41
 wyeth@online.no • www.wyeth.no

LEVONORGESTREL 100µg / ETINYLØSTRADIOL 20µg

Gjesteskribent Gøhril Gabrielsen

Yrke: sykepleier

E-post: gohril@studiom7.no



Kunsten å få

En sommerdag for veldig lenge siden, på togstasjonen i Hamburg etter en interrailtur gjennom det europeiske kontinentet, satt min venninne og jeg og slappet av i solen da en mann dukket opp.

Han stod rett foran oss, lenge, uten å si et ord. Vi lot først som om vi ikke la merke til ham, han var skitten og luktet alkohol, vi tenkte nok begge at han tigget etter penger. Men vi var blakke og hadde knapt penger til mat. Dessuten var vi mer enn 250 mil hjemmefra med alt det innebar av utgifter. Nei, vi hadde ikke en krone å avse.

«Er dere fra Nord Norge? Finnmark?» spurte han på engelsk med tysk aksent. Vi så opp på ham og nikket, plutselig litt interessert. Men det var som om han falt litt sammen ved denne bekreftelsen. Han tok til å rote i lommene, og før jeg rakk å reagere satt jeg med hundre tyske mark i hånden. Min venninne og jeg så overrasket på hverandre, deretter på mannen som allerede hadde forlatt oss. Jeg spratt opp, og innhentet ham bak en kiosk hvor jeg strakte seddelen mot ham. «Jeg vil ikke ha dem», sa jeg, «du trenger pengene mer enn oss». Han svarte ikke på påstanden, men fortalte kort at han hadde vært soldat i Finnmark under krigen. Det ville glede ham om jeg mottok pengene. «Vær så snill, de er dine», sa han. Jeg stod en stund og kjente på tyngden av pengene. Mengden av alt jeg plutselig kunne kjøpe. «Behold pengene», sa jeg og la seddelen i hånden hans på den samme direkte måten som han hadde gjort. Og så løp jeg bort uten å si noe mer, og på et vis lykkelig over å ha stått imot: Min venninne og jeg hadde trengt hver eneste krone.

Det er lett å avsløre min egen historieløshet i denne fortellingen. At jeg ikke straks koblet en fordums tysk soldat med et krigsherjet, nedbrent Finnmark. Nettopp derfor oppfattet jeg heller ikke ønsket om en slags tilgivelse, jeg forstod rett og slett ikke at mannen ville bøte med penger på noen gamle gjerninger som kanskje plagde ham

dag og natt. Med litt fantasi er det ikke vanskelig å forestille seg hva han som tjuet hadde vært med på, kanskje ureflektert, under press, i redsel, ja, kanskje i en naiv tro på noe riktig og rett. Hva hadde jeg ikke kunnet gjort for ham ved å motta pengene? Lettet samvittigheten, gitt ham noen gode dager?

I en artikkel i A-Magasinet (47/07) hevder psykolog Christine Mohn at vi stort sett hjelper andre for å hjelpe oss selv. Det kan virke som et temmelig kynisk utsagn med tanke på alle som hjelper andre ut fra et ektefølt engasjement, ofte med risiko for eget liv. Årsaken er selvfølgelig mer omfattende enn som så. Men for å følge Mohns resonnement hjelper vi andre enten fordi vi føler at det er vår medmenneskelige plikt, fordi det

Å ta imot skaper et forhold til giveren. Det forplikter og skaper et usagt krav om en gjengjeldelse.

øker sannsynligheten for at vi selv får hjelp når vi trenger det, eller for å regulere vårt eget humør. Mohns slutning er altså at vi hjelper andre ut fra egen vinning. Men sett i det samme «kyniske» perspektivet; hva kan vi oppnå med det motsatte? Hva kunne jeg ha oppnådd ved å *motta* pengene fra tiggeren, ved å la ham hjelpe meg? Ikke mye, bortsett fra den rent materielle vinningen. For jeg er ganske sikker på at jeg i ettertid hadde klandret meg selv for grådighet. Og stikker jeg enda dypere i uviljen, kjenner jeg at tanken på å stå i gjeld til noen føles ganske ubehagelig. Og det er nok her noe av problemet ligger. Det er nemlig ikke alle jeg vil stå i gjeld til. Å ta imot skaper et

forhold til giveren. Det forplikter og skaper et usagt krav om en gjengjeldelse. Og jeg innbiller meg at det gir giveren en viss makt over meg.

Et annet aspekt er at jeg er oppdratt til å gi og dele. Jeg er jo tross alt oppvokst i Norge, selve givernasjonen. Det ønsker jeg selvfølgelig at vi skal fortsette å være. Men – jeg er åpen for at denne «giverposisjonen» har gjort oss litt overlegne, nesten litt arrogante, ja, at vi har kommet til å betrakte oss selv som så ressurssterke at det er under vår verdighet å si «ja takk, det trenger jeg».

Slike betraktninger kommer selvsagt fra et nokså «blasert» ståsted. Mange er så avhengige av andres omsorg at de aldri kan tillate seg å stille spørsmål vedrørende hjelpen de mottar eller trenger.

Jeg snakker mer om de av oss som stiller opp for andre både på jobb og i fritiden, som insisterer på å klare seg selv, og som til og med har venner og familie som mer enn gjerne vil bidra. For alle disse, alle oss, skulle jeg ønske at kunsten å motta ble likestilt med gleden ved å gi. Og at den ble betraktet som et like stort tegn på nestekjærlighet. Fordi det dypest sett er å anerkjenne andres ressurser, det er å erkjenne at selv den fattigste kan by på noe vi selv ikke har. Og ikke minst at vi alle kan skifte på å være sterke og svake, for det er jo det vi er, både som mennesker og nasjon, hele tiden.

I etterpåklokskapen lys ser jeg at det kunne oppstått en flott gjensidighet mellom tiggeren og meg. Jeg kunne ha gitt *ham* den gode følelsen av å hjelpe meg. Og han kunne gitt *meg* den gode følelsen av å hjelpe ham. Dessuten, hadde jeg vært riktig snarrådig og klok, som jeg dessverre ikke var, kunne jeg jo bare gitt pengene videre til en annen uteligger.

SYKEPLEIENS ØVRIGE GJESTESKRIBENTER I 2008:



Anders Folkestad
Leder i Unio



Martine Aurdal
Skribent.



Jon Hustad
Journalist i Dag og Tid.



Trude Aarnes
Jordmor og privatpraktiserende sexolog.



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

MAGASINET



Journalist/gruppeleder
Marit Fonn
tlf. 22 04 33 68
marit.fonn@sykepleien.no



Journalist
Nina Hernæs
tlf. 22 04 33 67
nina.hernes@sykepleien.no



Journalist
Eivor Hofstad
tlf. 22 04 33 71
eivor.hofstad@sykepleien.no



Journalist
Susanne Dietrichson
tlf. 22 04 33 53
susanne.dietrichson@sykepleien.no



Fagredaktør
Torhild Apall Dybvik
tlf. 22 04 33 76
torhild.apall@sykepleien.no

JOBBS/NETT



Redaksjonssjef
Bjørn Arild Østby
tlf. 22 04 33 59
bjorn.arild.ostby@sykepleien.no



Journalist
Kari Anne Dolonen
tlf. 22 04 33 69
kari.anne.dolonen@sykepleien.no



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



Journalist/webredaktør
Lily Kalvø
tlf. 22 04 33 66
lily.kalvo@sykepleien.no

DESK/LAYOUT



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



Grafisk formgiver
Hege Holt
tlf. 22 04 33 57
hege.holt@sykepleien.no



Grafisk formgiver
Sissel Vetter
tlf. 22 04 33 58
sissel.vetter@sykepleien.no

ANNONSER



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



Markedskonsulent, produkt
Lise Dyrkoren
tlf. 22 04 33 72
lise.dyrkoren@sykepleien.no



Markedskonsulent, stilling
Finn Simonsen
tlf. 22 04 33 52
finn.simonsen@sykepleien.no

Siden sist inneholder korrigeringer og nye synspunkter på fakta gjengitt i tidligere utgaver. Vil du hjelpe til? Kontakt oss på interaktivt@sykepleien.no



Fra Sykepleien nr. 1/08.

Manglet referanser

Anne Clancy skrev i Sykepleien nr. 1/08 «Sett etikken før evidensen», men ved en feil kom referansene hun viste til ikke med. Derfor trykker vi dem her:

1. Aakre, M. Etikken er revidert. Sykepleien, 2007. 17: 82-83.

2. NSF-hefte, Sykepleie - et selvstendig og allsidig fag. 2005.
3. Freidson, E., Professionalism, the Third Logic. 2007, Cambridge: Polity Press.

Innlegget (med referanser) finnes også på www.sykepleien.no

Ikke misbruk det røde korset

Sykepleiens serie «Smartpris 2007» har vekket reaksjoner fra uventet hold. Artiklene om smarte sykepleiere var utstyrt med en vignett som framstilte en lypspære med et lite rødt kors inni. Det fikk Norges Røde Kors til å hoppe i stolen.

– Symbolet er identisk med det offisielle Røde Kors-emblemet, som er beskyttet av Genèvekonvensjonen. Denne forbyr bruk av logoer som kan forveksles med dette emblemet, skriver Tørris Jæger, leder av Folkerettsseksjonen i Røde Kors. I Norge er uhjemlet bruk av det røde korset straffbart. Et selskap ble dømt for urettmessig bruk i Oslo tingrett nylig. Også andre har fått merke at de ikke uten videre kan bruke korset. Blant andre fikk den kjente dyrelegen Trude Mostue også et lignende brev fra organisasjonen.

Her ble hun truet med anmeldelse. Mostue hadde reklamert på bilen sin med firmalogoen «Mostue + Lutron Dyreklinikk». Plussen i logoen var et orange kors. Sykepleien på sin side har nå innstilt bruken av korset. Smartpris 2008 skal utstyres med en annen vignett.

– Vi mener kanskje at Røde Kors overtolker betydningen av vår lille vignett, men vi har forståelse for at organisasjonen ønsker å verne om sitt emblem, skriver Sykepleiens redaktør Barth Tholens i sitt svar. Røde Kors takker og viser til at symbolet skal gi beskyttelse til sanitetspersonell som i væpnede konflikter skal ta seg av syke og sårede. Derfor ønsker de å opprettholde respekten for symbolet også i fredstid.

– En sorg å slutte i jobb

Det var morsomt å lese om sykepleiren fra -67. Er selv utdannet samme år, skriver en sykepleier i et brev til Sykepleien.

Historien om kullet utdannet i Trondheim i 1967 (Sykepleien 18/2007) har inspirert henne til å fortelle om sin lange karriere. «Dessverre viste det seg at min helse ikke var god, og jeg måtte uførepensjonere meg i 2007. Ønsket mitt var å jobbe til jeg ble pensjonist, så det var en sorg for meg å slutte i jobb.»

Som tillitsvalgt har hun jobbet for mer lønn.

«Det var nesten flaut i sosiale sammenhenger å si hvor lite jeg tjente», skriver hun.

Som uførepensjonist ville hun nå ikke greid seg som enslig. «Ganske ille, ikke sant?» kommenterer hun, og har til slutt en bønn til politikerne:

«I dag roper samfunnet på flere hender i helsevesenet. Nå må politikerne forstå at det er på tide å gi sykepleierne høyere lønn, mye høyere lønn!!»

Neste nummer

Sykepleien JOBB 4/08

Etterspurt vare.

Utdanning av sykepleiere har blitt eksportvirksomhet i enkelte land. Drømmen om det nye livet korresponderer ikke alltid med virkeligheten.

Klara Høiseith Slettemoen skriver i dette innlegget om hvordan hun opplevde møtet med helsevesenet etter å ha fått brystkreft.



Å vente og leve i uvisshet var verst

Det er halvannet år siden nå. En sen nattetime klødde jeg meg åndsfraværende over brystet, og fant en fremmed kul.

En sjøstjerneformet, silikonaktig klump, som skulle ta fra meg følelsen av å ha kontroll på det meste her i livet.

Jeg var en av de kvinnene som trodde at jeg skulle bli 150 år, og at ingenting hastet. Det gjaldt å være flink, prestere, levere, ha kontroll og bygge en trygg og sikker fremtid. Jeg var aktiv tobarnsmamma og jobbet som journalist i Norsk Ukeblad.

Dagene og ukene som fulgte var de verste i livet mitt. Det følte som å gå rundt med en sprengladet bombe i brystet. Først kommer sjokket, og deretter fornektelsen. Det uvirkelige hadde kanskje blitt virkelig? Hver morgen når jeg våknet så tenkte jeg: Jeg håper det bare er en ond drøm, men det tok meg bare noen sekunder å oppdage at kulen var der, like standhaftig. Jeg tenkte som de fleste kvinner gjør. Får man kreft så er livet på en måte slutt.

Jeg hadde en lang vei å gå, fra å ringe og bestille time på legekontoret, vente på at dagen skulle opprinne, bestille mammografi, vente i mange dager på å komme dit, vente på svaret, bli innkalt til ny undersøkelse, vente igjen, nåleprøve, ultralyd, vente på at fastlegen skulle få dommen, og deretter vente på at sykehuset skulle kalle meg inn. Det tok alt i alt en måned.

Jeg forsøkte så godt jeg kunne å leve normalt, men de skremmende tankene surret rundt i hodet mitt som vindmøller i sterk vind, døgnet rundt. Så kom dommen. Jeg fikk telefon fra min fastlege. Hun sa jeg hadde brystkreft. Da jeg la på fulgte den mest ensomme stunden jeg har hatt.

Skal det virkelig være sånn, at når man går med en tikkende bombe i brystet, så skal man vente i ukevis? Hvorfor fant jeg meg i det, spør jeg meg nå. Jeg skulle bare troppet opp på sykehuset, og bedt dem om å ta alle prøvene der. Jeg var 47 år og mamma til to jenter på ni. Haster det ikke med å få en diagnose og komme i behandling da? Og hva gjør det med en psykisk å gå rundt i visse så lenge?

En kvinne jeg ble kjent med på sykehuset fortalte at hun selv fant en kul i brystet på størrelse med et bringebærdrops. Da hun endelig ble operert var kulen på størrelse med en plomme, og hun hadde spredning til lymfeknutene. Jeg skjønner godt at hun var bitter.

– Men det sprer seg så sakte, sier legene når jeg sier dette. Hvordan vet de det? Det er først etter at man er operert og svulsten er analysert at man vet om den er av det hissige slaget eller ikke. Jeg hadde en stor svulst, men var en av de heldige som ikke hadde spredning.

Endelig kom dagen da jeg skulle

til legen på Ullevål. Hun sa jeg skulle opereres om 23 dager. Jeg sa NEI, jeg vil ikke vente. Jeg skal opereres denne uka. Hvis dere ikke kan gjøre det så får jeg finne et annet sykehus. Nå kunne jeg kjempe, for jeg visste hvem fienden var. Da jeg gikk derfra så hadde jeg en lapp i lomma. Jeg hadde lyst til å komme med et seiersbrøl i de lange gangene som føles som labyrinter på Ullevål. Jeg skulle opereres to dager senere. Hvorfor fikk jeg det som jeg ville? Var det fordi jeg var journalist? Skal det virkelig være slik at man må stå på krava til de grader for å få en rask behandling når man har en kreftsvulst i brystet? Jeg er ressurssterk, og jammen må man være det for å være syk? Men hva med fru Andersen, som har lært at doktorer, dem sier man ikke imot. Er det derfor statistikkene viser at flere velstående kvinner overlever kreften? Er det fordi vi tør å stille krav, stille spørsmål om behandlingen vi får, sier ifra når noe ikke fungerer?

Jeg ble operert, og deretter fulgte tøffe cellegift- og strålebehandlinger. Jeg er en aktiv nettbruker, og hadde lange «chatter» med leger på nettet. De tok seg tid til å svare meg på alle de spørsmålene jeg hadde, på kveldstid, i deres fritid. Jeg møtte en medmenneskelighet som jeg ikke trodde fantes.

Jeg vil at alle kvinner som finner en kul i brystet skal kunne reise til

et sykehus der de får tatt alle prøvene på en dag. Mammografi, ultralyd og nåleprøve. Det skal være en patolog der som kan analysere prøvene. I tillegg trenger vi en person å snakke med på dette senteret, som kan mye om brystkreft, reaksjoner og behandlingsmetoder. Og det er vi pasientene som avgjør når denne samtalen er over. Resultatet på prøvene skal foreligge i løpet av noen dager. Jeg vet det koster å gjennomføre dette, men hva koster det med alle kvinnene som blir så utslått av denne tiden med kreft at de aldri greier å komme tilbake til sitt virke igjen? Hva koster det når små barn mister sine mødre? Det er ikke alt man kan sette en prislapp på.

Et slikt senter har lenge vært planlagt på Ullevål, men hva skjer? Etter det jeg forstår er det igjen lagt på is. Hva har du å si til det, Sylvia Brustad? Og hvordan er det for kvinnene som bor rundt i distriktene? Hvor lenge må de vente før de kommer i behandling?

Det er viktig for meg at politikere og ledere innenfor kreftomsorg forstår hvordan det er å vente på behandling, med en tikkende bombe i brystet. I dag er jeg symptomfri. Noe av kreftene begynner å vende tilbake, og jeg vil kjempe for mine medsøstre som kommer i samme båt som meg.

Klara Høiseith Slettemoen (49), jobber som journalist i ukepressen, tidligere informasjonsmedarbeider i Landsforeningen for hjerte- og lungesyke.



Unnskyld at jeg banner!

Etter å ha arbeidet innenfor helsevesenet siden 1991, har jeg tatt et valg om å si opp min stilling som anestesisykepleier i akuttmottak.

Nå velger jeg også, etter alle disse år som trofast og lojal sykepleier, å rope høyt og prøver å skildre hvordan jeg de siste årene har sett på at mitt kjære helsevesen innimellom føles som et uvesen – for meg som sykepleier.

Med min erfaring og utdanning vet jeg at jeg er en meget kompetent fagperson i et akuttmottak. Så når jeg nå sier at det oftere og oftere er uforsvarlig mye å gjøre, og at det til tider er vanskelig å klare å ha oversikt og kontroll over alle mine pasienter per vakt, så stemmer fan meg dette!

Følelsen av å ikke ha helt kontroll over situasjonene på jobb er noe jeg oftere og oftere kjenner på. Situasjoner som samtidighetskonflikter ved mottak av pasienter og pårørende er dagligdags, dette er noe vi som jobber innenfor akuttmedisin skal kunne takle, og samtidig ha kontroll over. Men når man føler at man er i ferd med å miste kontrollen kommer tankene: Enn hvis jeg gjør en feil?

Så unnskyld at jeg banner, men disse forbannede innsparingene og nedskjæringene, ikke bare i akuttmottak, fører til for lav bemanning, utbrente sykepleiere, ingen faglig utvikling, sykehuskø, misfornøyde og frustrerte pasienter og pårørende, gråtende sykepleiere og leger som kanskje ikke får spist eller gått på do på vekten sin.

Så dette må da bety at pasientene ikke lenger kan forvente å få den pleien, tidlig behandling og ikke minst den omsorgen de faktisk som skattebetalere har krav på når de blir syke.

Ja, jeg har tatt ansvar, men når ressursmangel og overfylte sykehus gjør hverdagen lett kaotisk, har jeg dessverre ingen mulighet til å gi den pleien og oppfølgingen jeg ønsker, og er dyktig på.

Så hvordan skal jeg da kunne

takle om feil blir gjort eller symptomer blir oversett. Jeg kan da for fan ikke stå ansvarlig for en jobb jeg skal gjøre og som jeg samtidig ikke har mulighet til å utføre?

Hva i all verden er det som skjer med dette uvesenet jeg har brent slik for? Og ikke minst hva er det som gjør at vi sykepleiere fortsetter å godta at arbeidsdagen vår er så presset på tid og penger at vi oftest fungerer som medisinutdelere og rett og slett overser denne «helhetlige omsorgen» som vi faktisk er god på.

Så sykepleiere: Bli klar over hva dere står ansvarlig for, og tenk over om dere vil fortsette å ta dette ansvaret nå?

Er det ansvarlig å ha fem pasienter samtidig i et akuttmottak? Er det ansvarlig å være to sykepleiere på vakt på en nattevakt med 30 pasienter? Er det ansvarlig å bare fortsette å høre på, for deretter å snakke i korridorene om alle de millionene de skal skjære ned med når vi allerede i dag føler vi ikke strekker til.

De skal kutte ned på antall senger, jeg lurar på hvor de skal gjøre av alle pasientene til slutt!

Hvorfor jobber vi på et sykehus? For å pleie og behandle pasienter? Eller for å hjelpe Norge til å tjene/spare penger på dem! For et kaos!

Helsevesenet er avhengig av oss sykepleiere – så la oss få gjøre en skikkelig jobb, da! Det trengs mer faglig oppdatering, bedre tid til å ivareta pasientene på en verdig måte og ikke minst ta klagen og «sytingen» vår på alvor. Det er sykepleierne som er grasrota og ser de daglige behovene, det er sykepleierne som hele tiden er til stede som bidrar til kontinuerlig riktig behandling ut ifra observasjoner på pasientens klinikk over tid, og er det ikke da vi sykepleiere som er en av de viktigste leddene innen for sykehuskjeden?

Dette er ikke klaging eller syting fra min side, dette er realitetene i dagens helsevesen. Kompetansen

innenfor akuttmedisin er skyhøy – hos sykepleierne – dette er tøffe damer og menn som faktisk tåler en trøkk. Så når sykefraværet øker drastisk, turnover de siste årene er skyhøy, ledere kommer og går, og både leger og sykepleiere gråter på vakt, ja blir jeg lyn forbannet!

Så igjen unnskyld at jeg banner, men dette kommer bare til å bli verre om hele helsevesenet i fremtiden kun skal ha fokus på økonomi!

Hva er vel viktigere å ivareta enn folks helse?

Alle blir syk en dag, husk det, dere som sitter på pengesekken midt på Karl Johan!

At pasientene er en tapende part i all denne diskusjonen om budsjett og innsparing, er det ingen tvil om.

Sitter du i helsekø, eller sitter du timevis i kø i et akuttmottak eller er du utskrevet fra et sykehus og faktisk ikke er helt sikker på hva som egentlig har feilet deg eller hvilken behandling du har fått? Tiden til god informasjon, tiden for samtaler spesielt i et akuttmottak er nesten fraværende. Kanskje det ikke gjør noe egentlig, den medikamentelle behandlingen strekker jo som oftest til, det er jo egentlig det en ønsker – å få denne medikamentelle behandlingen eller den gipsen man trenger. Men hva skjer når du ikke lenger får denne medikamentelle behandlingen før etter tre timer ankomst et akuttmottak, eller kanskje gipsen får du først etter fem timers venting – på grunn av kø og at du hele tiden blir satt bakerst i køen fordi det kommer akutte ting fremfor deg? Dette er hverdagen, folkens!

Våre 16000 skritt per vakt er dessverre ikke skritt nok til å få ting til å gå raskere fordi det ofte er ressursmangel på helsepersonell. Kanskje hele logistikken på sykehusvesenet burde blitt satt skikkelig under lupen – rutinene også for den slags skyld!

Grensen for det å i det hele tatt skulle få tid til hver enkelt pasi-



SA OPP: Lona Gamst sa opp jobben og forteller offentligheten om det. 23. januar trykket Dagbladet et intervju med henne.

ent er marginal – det skulle vært helt annerledes. All skatten man betaler skal vel sikre at man får en verdig behandling når man blir syk, tatt imot av et helsevesen hvor ikke alle stort sett er slitne, springer rundt for å rekke over dagens gjøremål med hele tiden å ha i tankene at her gjelder det å stå på for å få flest mulig raskest gjennom mølla for å spare penger og unngå kø.

Jeg tror ikke det er usansynlig at det snart ligger pasienter og dør alene på pasientrom fordi det ikke er ressurser nok til kontinuerlig å observere alle som virkelig trenger det.

Sykehusene er stort sett alltid fulle av pasienter, også de som er ferdigbehandlet og som stakkars ligger og venter på sykehjems plass. Jeg synes det er flaut å være sykepleier og representere alt dette, og tenke på at de som har tilrettelagt Norge for oss ikke får en verdig avslutning på et langt liv.

Så jeg velger altså å si opp. Føler meg ikke feig, men forbannet. Forbannet over at pasientene ikke vises mer respekt enn å bli målt opp mot penger.

Jeg er ikke en person som klager og syter, jeg er ikke en person som gir lett opp. Jeg er en person som

tar ansvar for mine handlinger og min jobb, og sier nå at dette vil jeg ikke lenger representere, og hopper derfor av karusellen – så nå kan jeg rope litt høyt utad – endelig. Er det ikke flere der ute som vil rope litt, det kjennes godt og riktig!

Lona Gamst

Dummere studenter?

Er det studentene som blir dummere eller utdanningsinstitusjonene som fraskriver seg ansvar? I Sykepleien nr. 01/08 vises det til at strykprosenten i sykdomslære blant sykepleierstudentene på Høgskolen i Oslo sank fra 41 prosent i 2006 til 11 prosent i 2007. Dette skjedde samtidig som man la om fra tradisjonell eksamensform til flervalgseksamen.

Samme utvikling fant sted ved Universitetet i Stavanger. Er dette et resultat av tilfeldige variasjoner mellom to årskull, eller blir kravene for å bestå eksamen senket av skolens sparetiltak? Leder i NSF Student påpeker at det må være metodens egnethet til å teste studentenes kunnskap som avgjør valg av eksamensform. Dette kan virke selvsagt, men som tillitsvalgte sykepleierstudenter ser vi gang på gang at skolene lar økonomiske og tidsbesparende hensyn gå foran de kvalitetssikrende.

I rammeplan for sykepleierutdanning står det at ferdig utdannede sykepleiere skal ha handlingskompetanse i å «observere, vurdere, planlegge, gjennomføre, evaluere og dokumentere pleie og omsorg til pasient og pårørende.» Med handlingskompetanse menes områder der utdanningen har ansvar for å bidra til de nyutdannedes selvstendighet. Man skal altså ikke bare vite om tre symptomer på hjerteinfarkt, man skal også kunne se disse i en sammenheng og utføre adekvate tiltak som er

prioritert ut fra faglig begrunnelse. I tillegg skal effekten av sykepleien evalueres. Evne til denne helhetlige prosessen vil man kanskje kunne måle gjennom gode flervalgseksamener og forberedende studieoppgaver som det nevnes i artikkelen. Som nestleder i NSF Student får jeg imidlertid tilbakemelding fra flere studenter som mener de fikk vist pinlig lite kunnskap ved denne typen eksamen. De synes det er flaut å innrømme at deres skole vurderer evner innen sykdomslære i en «lottokupong», som man lett kan bestå etter få dagers intensivt pugg.

Arbeidet med å gi sykepleie som yrke den status det fortjener i samfunnet, starter i utdanningen. Ved å bevisstgjøre studenter om at det kreves både høy kunnskap, vurderingsevne og handlingskapasitet for å bli sykepleier, gjør skolene det klart hvilket ansvar som ligger i yrket. Utdanningsinstitusjonene har også et ansvar for hvilke signaler de sender til resten av samfunnet gjennom sine prioriteringer. Dette innebærer at både den praktiske og den teoretiske delen av studiet må sikres gjennom god undervisning, og vurderingsformer som faktisk måler studentens kunnskap og evne til å anvende den.

Utdanningsinstitusjonene må basere sine valg og prioriteringer på pedagogiske prinsipper og en vilje til å ta de beslutninger som skal til for å sikre pasienter og pårørende den aller beste sykepleie også i fremtiden. Det er dermed de som avgjør hvem som skal kunne motta autorisasjon som sykepleier. Og det skal ikke kunne være hvem som helst!

Tone Moan, nestleder NSF Student



Fra Sykepleien nr. 1/08.

C Daivobet® LEO
Middel mot psoriasis. ATC-nr.: D05A X52

T SALVE: 1 g innh.: Calcipotriol 50 µg, betametasondipropionat tilsv. betametason 0,5 mg, flytende parafin, polyoksypropylen-15-stearyleter, α-tokoferol, hvit vaselin til 1 g. **Indikasjoner:** Behandling av stabil plaque psoriasis vulgaris egnet for lokal terapi. **Dosering:** Påsmøres det affiserte område 1 gang daglig. Den anbefalte behandlingsperiode er 4 uker. Etter denne periode kan gjentatt behandling med Daivobet initieres etter legens anbefaling. Maks. daglig dose 15 gram, maks. ukentlig dose 100 gram. Behandlet område skal ikke være mer enn 30% av kroppens overflate. Anbefales ikke til barn eller ungdom <18 år. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdstoffene. Pga. innholdet av calcipotriol er preparatet kontraindisert hos pasienter med fortyrrelser i kalsiumstoffskiftet. Pga. av innholdet av kortikosteroid er preparatet kontraindisert ved viruslesjoner i huden (f.eks. herpes eller varicella), sopp- eller bakterieinfeksjoner i huden, infeksjoner forårsaket av parasitter, hudmanifestasjoner i forbindelse med tuberkulose eller syfilis, rosacea, perioral dermatitt, akne vulgaris, atrofisk hud, atrofyk striae, skjørhet av hudvener, iktyose, akne rosacea, hudsår/-skader, perianal og genital kløe. Ved guttat, erytrodremisk, ekfoliativ og pustuløs psoriasis. Ved alvorlig nyreinsuffisiens eller alvorlig leversykdom. **Forsiktighetsregler:** Unngå applikasjon og utilsikket overføring til hodebunn, ansikt, munn og øyne. Hendene må vaskes etter hver påsmøring. Samtidig behandling med andre steroider må unngås. Hemmet binyrebarkfunksjon eller innvirkning på den metabolske kontroll av diabetes mellitus kan forekomme pga. systemisk absorpsjon. Applikasjon på store områder av skadet hud, under okklusjon, på slimhinner eller i hudfoder bør unngås, da det øker det systemiske opptak av kortikosteroider. Huden i ansiktet og genitalia er svært følsom for kortikosteroider. Langtidsbehandling av disse kroppsdeler bør unngås. Disse områdene bør behandles med svakere steroider. Når lesjonene blir sekundærinfisert bør antimikrobiell behandling gis. Behandlingen med kortikosteroider bør stoppes om infeksjonen forverres. Når en behandler psoriasis med topiske kortikosteroider kan det være en risiko for utvikling av den pustuløse form eller «rebound»-effekt ved seponering. Det er økt risiko for lokale og systemiske kortikosteroidbivirkninger ved langtidsbehandling. Behandlingen bør seponeres hvis bivirkninger oppstår som følge av lang tids bruk av kortikosteroider. Det er ingen erfaring med bruk av produktet i hodebunnen. Det er ingen erfaring med samtidig bruk av andre psoriasismedler gitt lokalt eller systemisk, eller samtidig bruk av fototerapi. **Graviditet/Amming:** Overgang i placenta: Det foreligger ingen data for bruk til gravide. Bør derfor kun brukes under graviditet der fordelene synes større enn risikoen. Overgang i morsmelk: Betametason går over, men risiko for barnet synes lite sannsynlig ved terapeutiske doser. Det foreligger ingen data på overgang av calcipotriol i melk. Forsiktighet bør utvises ved forskrivning til ammende. Skal ikke smøres på brystene ved amming. **Bivirkninger:** Hyppige (>1/100): Hud: Kløe, utslett, sviende følelse i huden. Mindre hyppige: Hud: Smerter i huden eller irritasjon, dermatitt, erytem, forverring av psoriasis, follikulitt, pigmentforandringer i huden på applikasjonsstedet. Sjeldne (<1/1000): Hud: Pustuløs psoriasis. Calcipotriol: Rapporterte bivirkninger omfatter lokale reaksjoner, kløe, hudirritasjon, en sviende og stikkende følelse, tørr hud, erytem, utslett, dermatitt, eksem, forverring av psoriasis, fotosensitivitet og overfølsomhetsreaksjoner inkl. meget sjeldne tilfeller av angioødem og ansiktsødem. Systemiske effekter ved lokalbehandling kan i meget sjeldne tilfeller forårsake hyperkalsemi eller hyperkalsiuri. Betametason: Lokale reaksjoner kan inntrø, særlig ved langvarig anvendelse, inkl. hudatrofi, teleangiectasi, striae, follikulitt, hypertrikoze, perioral dermatitt, allergisk kontaktdermatitt, depigmentering og kolloid milia. Ved behandling av psoriasis er det en risiko for utvikling av den pustuløse form. Systemeffekter ved lokalbehandling av kortikosteroider er sjelden hos voksne, men de kan være alvorlige. Adrenokortikal suppresjon, katarakt, infeksjoner og økt intraokulært trykk kan forekomme, særlig ved langtidsbehandling. Systemeffekter ses oftere ved okklusjonsbehandling (plast, hudfoder), ved påsmøring av store områder og ved langtidsbruk. **Overdosering/Forgiftning:** Symptomer: Bruk av mer enn anbefalt dose kan føre til forhøyet serumkalsium, som faller raskt når behandlingen seponeres. Overdreden langvarig bruk av topiske kortikosteroider kan hemme binyrebarkfunksjonen og gi sekundær adrenal insuffisiens, som normalt er reversibel. Behandling: Adrenal insuffisiens behandles symptomatisk. Ved kronisk toksisitet skal preparatet seponeres gradvis. **Oppbevaring og holdbarhet:** Åpnet tube må brukes innen 12 måneder. **Pakninger og priser:** 30 g kr 273,10, 60 g kr 474,80, 120 g kr 915,20T: 31h). Sist endret: 01.12.2007

Referanser:
1. Douglas WS. et al. Acta Derm Venereol 2002;82:131-135
2. Guenther L. et al. Br J Dermatol 2002;147:316-323
3. Kaufmann R. et al. Dermatology 2002;205:389-393

Emselex «Novartis»

Urologisk spasmolytikum
ATC-nr.: G04B D10
DEPOTTABLETTER 7,5 mg og 15 mg: Hver depottablett inneholder: Darifenacin 7,5 mg, resp. 15 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: 7,5 mg: Titandioksid (E 171), 15 mg: Paraoransje (E 110), titandioksid (E 171).

Indikasjoner: Symptomatisk behandling av urgeinkontinens og/eller økt vannlatingsfrekvens og urgency som kan forekomme hos pasienter med overaktiv blære. **Dosering:** Bør tas 1 gang daglig med væske. Kan tas med eller uten mat. **Svelges hele. Skal ikke tygges, deles eller knuses. Voksne ≥18 år inkl. eldre ≥65 år:** Anbefalt startdose er 7,5 mg daglig. Effekt og sikkerhet bør vurderes på nytt 2 uker etter behandlingsstart. For pasienter som har en akseptabel bivirkningsprofil, men som krever ytterligere symptomlindring, kan dosen økes til 15 mg daglig, basert på individuell respons. **Barn:** Ikke anbefalt pga. manglende data vedrørende sikkerhet og effekt. **Nedsatt nyrefunksjon:** Forsiktighet bør utvises. Dosejustering er unødvendig. **Nedsatt leverfunksjon:** Økt eksponering kan forekomme ved mildt nedsatt leverfunksjon (Child-Pugh grad A), men dosejustering er unødvendig. Ved moderat nedsatt leverfunksjon (Child-Pugh grad B) bør behandling kun gis dersom fordelene oppveier risikoen. Daglig dose bør begrenses til 7,5 mg. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdstoffene. Urinretensjon, ventrikelretensjon, ukontrollert trangvinkeglaukom, myasthenia gravis, alvorlig nedsatt leverfunksjon (Child-Pugh grad C), alvorlig ulcerøs kolitt, toksisk megacolon, samtidig bruk av potente CYP 3A4-hemmere (f.eks. proteasehemmere, ketokonazol, itrakonazol). **Forsiktighetsregler:** Bør administreres med forsiktighet til pasienter med autonom neuropati, hiatushernie, klinisk signifikant obstruksjon ved blæretømming, risiko for urinretensjon, alvorlig konstipasjon eller gastrointestinale obstruktive lidelser (f.eks. pylorusstenose). Bør brukes med forsiktighet hos pasienter som behandles for trangvinkeglaukom. Andre årsaker til økt vannlatingsfrekvens (hjertesvikt eller nyresykdom) bør utredes i forkant av behandlingen. Ved urinveisinfeksjon bør adekvat antibakteriell behandling igangsettes. Forsiktighet bør utvises ved risiko for redusert gastrointestinal motilitet, gastroøsofageal refluks og/eller samtidig bruk av medisiner som kan forårsake/forverre øsofagitt (f.eks. perorale bisfosfonater). Sikkerhet og effekt ved neurogen årsak til overaktivitet i detrusor er ukjent. Pasienter som opplever svimmelhet, tåkesyn, søvnløshet og søvngighet under behandlingen, bør ikke kjøre bil eller bruke maskiner. **Interaksjoner:** Darifenacin metaboliseres primært av CYP 2D6 og CYP 3A4. CYP 2D6- og CYP 3A4-hemmere kan øke eksponeringen av darifenacin. Ved samtidig administrering med moderate CYP 3A4-hemmere (f.eks. erytromycin, klaritromycin, telitromycin, flukonazol, grapefruktjuice) eller potente CYP 2D6-hemmere (f.eks. paroksetin, terbinafin, cimetidin, kinidin) bør anbefalt startdose være 7,5 mg daglig. Kan titreres til 15 mg daglig for å oppnå forbedret klinisk respons forutsatt at dosen er godt tolerert. Forsiktighet bør utvises ved samtidig bruk av substanser som hovedsakelig metaboliseres via CYP 2D6, og som har et smalt terapeutisk vindu (f.eks. flekainid, tioridazin, trisykliske antidepressiva som imipramin). Standard terapeutisk monitorering av protrombintid for warfarin bør opprettholdes. Terapeutisk legemiddelmonitorering av digoksin bør utføres ved oppstart og avslutning av darifenacinbehandling, samt ved endring av dosen. Samtidig bruk av potente hemmere av P-glykoprotein (f.eks. verapamil, ciklosporin) bør unngås. Samtidig bruk av andre legemidler med antimuskariske egenskaper (f.eks. oksybutynin, tolterodin, flavoksat) kan gi mer uttalte terapeutiske effekter og bivirkninger. Potensering av antikolinerge effekter av antiparkinsonmidler og trisykliske antidepressiva kan også forekomme. **Graviditet/Amming: Overgang i placenta:** Dyrestudier har vist toksisitet for fødsel, peri- og postnatal utvikling. Skal ikke brukes under graviditet. **Overgang i morsmelk:** Ukjent. Utskilles i morsmelk hos rotter. Forsiktighet bør utvises ved bruk under amming. **Bivirkninger:** Antikolinerge effekter er generelt doseavhengige. **Hyppige (>1/100):** Gastrointestinale: Dyspepsi, kvalme, konstipasjon. Syn: Tørre øyne. Øvrige: Hodepine, abdominalsmerter, munntørhet. **Mindre hyppige:** Gastrointestinale: Diaré, flatulens, ulcerøs stomatitt. Hud: Tørr hud, utslett, pruritus, svetting. Luftveier: Rhinitt, økt hoste, dyspné. Neurologiske: Svimmelhet, insomnia, somnolens, unormal tankevirksomhet. Sirkulatoriske: Hypertensjon, ødem, inkl. perifert. Syn: Unormalt, inkl. sløret syn. Urogenitale: Urinretensjon, urinveiforstyrrelser, impotens, urinveisinfeksjon, vaginitt, blæresmerter. Øvrige: Asteni, påført skade, ansiktødem, smaksforstyrrelser. **Laboratorieverdier:** Forhøyet ALAT og ASAT. Behandling med darifenacin kan muligens maskere symptomer assosiert med galleblæresykdom. **Overdosering/Forgiftning: Symptomer:** Doser på 75 mg har gitt munntørhet, konstipasjon, hodepine, dyspepsi og tørrhet i nesen. **Behandling:** Bør rettes mot å reversere antikolinerge symptomer under nøye medisinsk overvåkning. Fysostigmin kan bidra til å reversere slike symptomer. **Egenskaper: Klassifisering:** Urologisk spasmolytikum. **Virkningsmekanisme:** Selektiv muskarinreseptorantagonist (M3 SRA). M3-reseptoren er den viktigste subtypen som kontrollerer muskelkontraksjon i urinblæren. **Absorpsjon:** Biotilgjengelighet: 15% og 19% etter daglige doser på hhv. 7,5 mg og 15 mg ved «steady state». Maks. plasmanivå nås ca. 7 timer etter administrering og «steady state» nås den 6. dagen. Eksponeringen er 23% lavere hos menn enn hos kvinner. **Proteinbinding:** 98%. **Fordeling:** Distribusjonsvolum 163 liter. **Metabolisme:** Betydelig metabolisme via CYP 3A4 og CYP 2D6 i lever, og via CYP 3A4 i tarmveggen. **Utskillelse:** Ca. 60% i urin, ca. 40% i fæces. Kun 3% utskilles uforandret. **Pakninger og priser: 7,5 mg:** Enpac: 28 stk. 438,50. 98 stk. 1447,90. **15 mg:** Enpac: 28 stk. 438,50. 98 stk. 1447,90. **T:** 40a). **Refusjon:** Refunderes kun for motorisk hyperaktiv blære med lekkasje. **Sist endret:** 04.06.2007 (SPCer 23.03.2007)

Referanser: 1. Chapple C, et al. A pooled analysis of three phase III studies to investigate the efficacy, tolerability and safety of darifenacin, a muscarinic M₃ selective receptor antagonist, in the treatment of overactive bladder. BJU Intl. 2005;95:993-1001. ID kode: 4053/10.2007



REFUSJON ETTER 59 PUNKT 40



NOVARTIS

Novartis Norge AS • Postboks 237 Økern • 0510 Oslo
Tlf.: 23 05 20 00 • Faks: 23 05 20 69 • www.novartis.no

Quiz Er du en kompetent sykepleier?

Ta vår aktuelle og nådeløse kunnskapsquiz.



- 1 Hvor ligger scrotum?**
A: Rundt hoftededdene
B: Bak kneet
C: I menns underliv
 - 2 Hvilke sykdommer beskytter MMR-vaksinen mot?**
A: Miltbrann, meslinger og røde hunder
B: Meslinger, kusma og røde hunder
C: Syfilis, kikhoste og klamydia
 - 3 Er noen vaksiner i barnevaksineringsprogrammet påbudt?**
A: Ja, alle
B: Nei, ingen
C: Ja, men kun BCG (tuberkulose)
 - 4 Hva er flatulens?**
A: Ufrivillig vannlating
B: Luftavgang
C: Flatlus
 - 5 Hvem regnes som sykehusreformens far?**
A: Gudmund Hernes
B: Dagfinn Høybråten
C: Tore Tønne
 - 6 Hvem skrev boken «Modermordet»?**
A: Unni Lindell
B: Runar Bakken
C: Ansgar Gabrielsen
 - 7 Hva oversettes latinske vesica med på norsk?**
A: Blære
B: Væske
C: Venøs
 - 8 Hva står forkortelsen LAR for?**
A: Legemiddellassosiert rytmeforstyrrelse
B: Legemiddellassistert rehabilitering
C: Lett atypisk rotasjon
 - 9 Hva er spiroketer?**
A: En type spiraler (prevensjon)
B: Legemidler
C: Bakterier
 - 10 Hvem er helsepolitisk talsperson i Arbeiderpartiet?**
A: Sylvia Brustad
B: Jan Bøhler
C: Jon Almaas
- 😊 **10 poeng:** Imponerende. Pasientene kan ikke få nok av deg. (Sikker på at du ikke har kikket?)
😊 **6-9 poeng:** Lovende. Men ikke treng deg på pasienter mer enn høyst nødvendig.
😐 **3-5 poeng:** Bra. Men kanskje på tide med den videreutdanningen du har tenkt på så lenge?
😞 **0-2 poeng:** Ikke bra. Hold deg mest mulig på vaktrommet og lat som du dokumenterer. (Sjekk at du virkelig er autorisert.)

SVAR: 1C, 2B, 3B, 4B, 5C, 6B, 7A, 8B, 9C, 10B



Sykepleierstudenter ved Haukeland sykehus på 1950-tallet.

PRAKSIS: Den teoretiske undervisningen utgjorde kun 602 timer. Det var gjennom praktisk erfaring elvene fikk oppleve hva faget gikk ut på.

«... å begynne i sykepleien»

På 1950 tallet var opptakskravet til sykepleierutdanningen «helst realskoleeksamen». Det var videre en fordel at søkeren hadde gått på husmorskole. Husholdningskunnskaper var viktige forkunnskaper for dem som ville «begynne i sykepleien», som det het.

– Støvtørking inngikk som en sentral arbeidsoppgave i avdelingen, konstaterte Helga Dagsland i en kartlegging hun gjennomførte på midten av 1950 tallet. Begrunnelsen for at dette var en viktig oppgave for elevene, var at det gir elevene mulighet til å skaffe seg «en basis for den psykologiske omsorgen for pasienten: Hun lærer å kjenne ham

og forstå ham bedre enn tidligere». I tillegg vil ansvar for støvtørking gi eleven forståelse for at det å holde det rent rundt pasienten er et viktig ansvarsområde for en sykepleier. Det gir henne også anledning til en ordentlig og systematisk iaktakelse av pasienten.

Den teoretiske undervisningen som skoleprogrammene la opp til utgjorde kun 602 timer fordelt over tre år. Praksis fikk elvene derimot i rikt monn. Det var gjennom praktisk erfaring, og kun gjennom praktisk erfaring, at elvene fikk oppleve hva faget gikk ut på.

De skulle være 7-8 måneder ved en kirurgisk avdeling, tilsvarende

tid ved en medisinsk avdeling, 2 måneder ved en fødeavdeling, 2-3 måneder ved en psykiatrisk avdeling, 3 måneder ved en epidemisk avdeling og minst en måned ved en barneavdeling. Til sammen utgjorde praksistiden rundt 27 måneder av skoletiden.

Ikke bare var de lenge på hvert arbeidssted, men de hadde like lang arbeidsdag som de fast ansatte på avdelingene.

Det var ikke uvanlig at elvene arbeidet et par uker med nattevakter i gangen. Det var helt opp til behovet for arbeidshjelp i avdelingene.

Fra Rikshospitalet i 1957 forteller Kari Jevnaker i boken "Fra omsorg til spesialsykepleie" at ved en avdeling

måtte elevene for hver dag spørre avdelingssøster hva slags vakter de skulle gå. Skulle de gå delt vakt – fra 0700 til 1200 med fri til 1600, for så å jobbe til 2000, eller gå vanlig dagvakt fra 0700 til 1600? Eller ifølge Jevnaker: Til vi var ferdige med de oppgavene vi var tildelt.

Elevene utgjorde en billig og uunnværlig arbeidskraft for sykehusene. I forarbeidet til sykepleieloven av 1960 skriver Sosialdepartementet blant annet: «For større sykehus er det en økonomisk fordel å drive sykepleieskole. Elevene representerer en billigere arbeidskraft enn de forskjellige former for krisehjelp, og utvilsomt en bedre hjelp».



Rike menn setter minst pris på kvinner

Mer enn åtte av ti menn vil at kvinner skal få større lønnstillegg for å oppnå likelønn. Rike menn er minst betalingsvillige. – Døren står åpen for like-lønnskommisjonen og regjeringen. Det er stort rom for å øke lønna for kvinnedominerte grupper, sier forbundsleder Lisbeth Normann.

En fersk landsdekkende spørreundersøkelse blant 3 479 menn viser at menn har stor vilje til å bidra til likelønn. I alt er det 82 prosent av norske menn som vil at kvinnedominerte grupper skal få større lønnstillegg enn dem selv. Hele 42 prosent går så langt som å si at de vil avstå helt fra lønnstillegg dersom pengene brukes til å oppnå likelønn.

– Jeg synes det er fantastisk at mannfolk er så løsningsorienterte. Sykepleierne forventer at likelønnskommisjonen vil presentere tiltak som raskt kan gi oss lønn på nivå med sammenlignbare mannsdominerte grupper. Dette viser at regjeringen har solid ryggdekning for å

følge opp med midler for å heve lønnsnivået til kvinnedominerte grupper, sier Normann.

Minst fra de rikeste

Et overraskende funn er at menn i den øverste inntektsgruppen er minst villige til å avstå fra egne lønnstillegg for å bidra til likelønn. Mens drøyt 44 prosent av menn, på lavere og middels inntektsnivåer, er villige til å gi bort egne lønnstillegg til kvinner, er andelen 37,5 prosent blant menn som tjener 400 000 kroner eller mer.

Når vi inkluderer menn som vil la kvinnedominerte grupper få større lønnstillegg enn seg selv, er det menn på det laveste

inntektsnivået som skiller seg ut; hele 95 prosent vil gi kvinner større lønnstillegg. For de øvrige inntektsgruppene er andelen 82 prosent.

Mest fra LO-organiserte

Fordelt på tilhørighet til organisasjoner er det fagorganiserte innenfor LO som i størst grad er villige til å gi bort egne lønnstillegg, med 44 prosent.

Når vi inkluderer menn som vil at kvinnedominerte grupper skal få større tillegg enn seg selv, er det menn organisert i Unio-forbund som viser størst vilje til å bidra til likelønn: Hele 87 prosent vil la kvinnegrupper få mest. Det er kanskje ikke overraskende ettersom mange menn i Unio-forbund selv jobber innenfor kvinnedominerte grupper, og altså vil nyte godt av slike lønnstillegg.

NSF mener alle må få

– Nå mener ikke NSF at menn må avstå helt fra lønnstillegg.

Likelønn må oppnås ved at kvinnedominerte grupper får lønnstillegg som kommer på toppen av de ordinære tariffoppjørene. Nå har vi dokumentert at det knapt fins motstand mot å gi større lønnstillegg til våre medlemmer og andre kvinnedominerte grupper, sier Normann.

– Men at såpass mange som 42 prosent av yrkesaktive menn er villige til å gi fra seg hele lønnstillegget for å oppnå likelønn viser innsatsvilje, engasjement og rettferdighetssans. Dette er en enorm drahjelp, sier Normann.

Kvinnernes timelønn som andel av menns timelønn har vært praktisk talt stillestående siden 1985. En lang rekke tariffoppjør med fokus på likelønn har ikke brakt norske kvinner nærmere menns lønnsnivå.

Flere fakta fra undersøkelsen er publisert på NSF's nettsider, www.sykepleierforbundet.no

Egenandelsfordel

Med hjemmel i statuttene for NSF's solidaritetsmidler har forbundsstyret besluttet at det ikke skal kunngjøres mulighet for å søke støtte i 2008.

Årsaken er at NSF i år må prioritere egne tiltak som til sammen legger beslag på det meste av budsjettammen. Disse tiltakene omfatter studiebesøk til Norge for representanter for våre søsterorganisasjoner i Malawi, Zambia og Sør-Afrika, hvorav de to første er nyetablerte fagforeninger i

sine respektive hjemland. Samt et relativt stort program for å bistå våre kolleger i Montenegro med organisasjonsutvikling, regulering av sykepleierprofesjonen og utvikling av et utdanningsnivå som kan imøtekomme EUs direktiv for gjensidig godkjenning av kvalifikasjoner.

Utover dette er det kun funnet rom for å støtte årets TV-aksjon. Det er imidlertid satt av et beløp for å gi bidrag i forbindelse med akutte katastrofer som måtte oppstå i løpet av året.

Forbundsstyret har samtidig besluttet at NSF i løpet av 2008 skal ha en bred gjennomgang av erfaringene med utdeling av solidaritetsbevilgninger siden 1995. Bevilgningenes omfang, hvilke endrete behov som foreligger og hvilke konsekvenser en slik gjen-

nomgang eventuelt vil få for statuttene innhold og forvaltningen av solidaritetsbidrag fra 2009.

Bakgrunnen for en slik gjennomgang er erkjennelsen av at våre omgivelser er i stadig endring og at vi underveis har fått gode innspill og forslag fra NSF's medlemmer om tiltak som bør tilgodeses, men som det i dag er vanskelig å finne hjemmel for i statuttene.

NSF understreker alvorret!

Anestesisykepleier Lona Gamst har sagt opp sin stilling i akuttmottak på grunn av uforsvarlige forhold. – Helseministeren sier hun tar beskrivelsene fra Gamst på største alvor. Jeg vil gjerne vite hva det innebærer, sier forbundsleder Lisbeth Normann i Norsk Sykepleierforbund (NSF).

Med et glødende leserinnlegg i pressen satte Lona Gamst ord på det svært mange sykepleiere erfarer: Budsjettpress og effektivisering i sykehus gir stadig dårligere kår for å utføre en faglig forsvarlig sykepleietjeneste – for ikke å nevne å levere høy kvalitet til pasientene.

«Med min erfaring og utdanning vet jeg at jeg er en meget kompetent fagperson i et akutt-mottak. Så når jeg nå sier at det oftere og oftere er uforsvarlig mye å gjøre, og at det til tider er vanskelig å klare å ha oversikt og kontroll over alle mine pasienter per vakt, så stemmer fan meg dette!» skriver anestesisykepleier Gamst i sitt innlegg.

På TV2s debattprogram Tabloid 24. januar forsikret helse- og omsorgsminister Sylvia Brustad at hun tok beskrivelsene fra Lona Gamst på største alvor. Samtidig understreket statsråden at sykehusene får mer penger enn noensinne.

Hvilket alvor?

– Vi ser at helseforetakene gjennomførte 21 prosent flere opphold med tre prosent flere årsverk i 2006 sammenlignet med 2002. Hver ansatt har fått flere pasienter å forholde seg til. Lona Gamst beskriver konsekvensen av dette, sier Normann.

– Hun er ikke alene: Andelen sykepleiere som aldri erfarer

uforsvarlige situasjoner på sin arbeidsplass er kun 14 prosent, og det er langt færre enn for fem år siden. Jeg må sterkt understreke alvorret i situasjonen! sier Normann.

– Løsningen handler om tinging: Det må inn flere sykepleier-årsverk, og sykepleierne trenger faglig oppdatering og tilbud om etter- og videreutdanning for å håndtere den stadig økende kompleksiteten. Pasientsikkerheten må stå i fokus, og det er ikke tilfelle når utviklingen er slik Lona Gamst beskriver, sier Normann.

I et intervju med Dagbladet understreker også Lona Gamst at effektiviseringen har gått altfor langt. Hun sier at prioritering-ene er for dårlige, og at dette er et politisk ansvar.

Økte oppgaver

– ikke bare økte midler

Sintef Samdata produserer statistikk om spesialisthelsetjenesten, og her beskrives blant annet effektiviteten. I rapporten for 2006 slås følgende fast: «Korrigerer vi for de nye oppgavene i perioden (2002–2006) har derfor kostnadsveksten vært mindre enn aktivitetsveksten.»

– Den tørre statistikken bekrefter det våre medlemmer forteller oss og det Lona Gamst beskriver. Jeg mener det må bli slutt på de formålsløse politiske rundene om hvem som bevilger mest. Det som

trengs er politisk lederskap, sier Normann.

– Tydelig prioritering må til. Enten må spesialisthelsetjenesten prioriteres og tildeles de midler som kreves for at alle oppgaver skal løses med høyest mulig kvalitet så nært pasienten som mulig, eller så må vi få vite hva som skal nedprioriteres, sier Normann.

– Jeg merker meg at Brustad nevner innsats mot deltid, og det er ett vesentlig poeng som det er prisverdig at hun har tatt fatt i. Samtidig må jeg spørre: På hvilken måte vil Brustad ta på alvor det misforholdet som fins mellom tilgjengelige sykepleierressurser, mengden pasienter og kompetanseutviklingen som trengs for å holde kvaliteten høyt hevet, avslutter Normann.

NSF på nett

På Norsk Sykepleierforbunds egen nettside finner du saker NSF og sykepleierne er engasjert i. Gå inn på www.sykepleierforbundet.no/sistenytt og les mer.

Normann om Stjernø-utvalget

– Å fjerne de nasjonale rammeplanene er uakseptabelt. Å sikre nasjonale krav til kunnskapsinnhold er avgjørende, sier forbundsleder Lisbeth Normann i en kommentar til Stjernø-utvalget.

Tar konkurransen med ro

LOs nestleder Geir Mosti varslar at LO vil rekruttere sykepleiere. – Det er svært utfint av LO å gå andre forbund i nærheten. Men jeg tar dette med knusende ro, sier forbundsleder i NSF, Lisbeth Normann.

Ny generalsekretær

Ellen Beccer Brandvold (51) er ansatt som ny generalsekretær i Norsk Sykepleierforbund (NSF). Hun tiltrer stillingen etter påske.

– Støtt opp om «Redde Små»

Helsesøstrene er blant initiativtakerne til "Redde Små", som skal øke oppmerksomheten på overgrep og vold mot barn. De oppfordrer alle til å signere oppropet.

Tid for å aksjonere

Økt lønn gir kvinner økt forhandlingsmakt på hjemmebane. Kan det være lønn som avgjør hvem som tar fødselspermisjon og tar hovedansvaret for familien og omsorgsarbeidet, spør Lisbeth Normann i Dagbladet.

Foreslår 15 % mer

Unio ber Likelønnskommisjonen om å vurdere en lønnsløftplan der kvinne-dominerte grupper i offentlig sektor får 15 prosent mer enn de ordinære tariffoppgjørene over en tiårs periode.

Forbundsleder Lisbeth Normann

Stilling: Forbundsleder i NSF

E-post: lisbeth.normann@sykepleierforbundet.no



Lønnsbalanse og kjønnsbalanse

Likestillings- og diskrimineringsombudet vil bedre kjønnsbalansen i tradisjonelle kvinneyrker, og foreslår å gi menn fortrinnsrett på jobbene. Intensjonen er god, men virkemiddelet er ineffektivt – i alle fall for sykepleieryrket. Hvordan skal man kunne kvotere inn menn som ikke finnes? Blant utdannede sykepleiere er det 94 prosent kvinner. Kjønnsbalansen i helsetjenesten blir ikke bedre av å skulle foretrekke de få prosentene mannlige sykepleierne ved ansettelse.

Dessverre er yrkespreferansene våre tradisjonelle. Norge har det mest kjønnsdelte arbeidsmarkedet i Europa. Innen helse- og sosialtjenesten er det 83 prosent kvinner, mens olje- og gassutvinningen kan skilte med 83 prosent menn. Skal vi tro på SSBs fremskrivning om yrkesvalg, er det lite som vil endre seg de neste 25 årene. Derfor må det tas et aktivt krafttak for å bedre kjønnsbalansen i

arbeidslivet. Det holder ikke å legge ansvaret på den enkelte og si at jenter må velge utradisjonelt.

Menn og kvinner møtes med ulike holdninger og forventninger i arbeidslivet. Enkelt sagt er det fortsatt slik at menn forsørger familien og jobber overtid, mens kvinner utøver omsorgsansvaret og jobber deltid. Arbeidslivet bygger opp under de stereotype kjønnsrollene ved å tilby typiske «mannsykker» og «kvinneyrker» ulike rammebetingelser. I praksis finnes det to atskilte arbeidsmarkeder i Norge. Det ene er preget av hele stillinger og best lønnsbetingelser. Der arbeider det menn. I det andre er det utstrakt bruk av deltidstiltinger, midlertidige tilsetninger og arbeidet er lavere lønnet. Der arbeider det kvinner.

Så lenge lav lønn, ufrivillig deltid og dårlig betaling for ubekvem arbeidstid er en del av sykepleieryrket, holder mennene seg på avstand. I dag er søkningen til ulike utdanningsretninger mer kjønnsstereotyp enn noensinne. Noen foreslår å løse problemet med å be jentene velge annerledes, at det er deres egen skyld når de velger seg til dårlig betalte jobber. Men sett at de unge kvinnene tok forslaget på alvor, sett at de valgte seg bort fra helse- og omsorgsyrkene og satset «utradisjonelt» alle sammen. Hvem skulle ta seg av våre gamle? Hvem skulle passe på at pasientene puster under operasjon eller på forsvarlig vis ta imot barna som kommer til verden? De unge mennene? Da er det nedslående med undersøkelser som viser at mange gutter heller vil gå arbeidsledige enn å gå inn i helse- og omsorgsyrkene!

Siden mye av årsaken til det kjønnsdelte arbeidsmarkedet ligger i rammebetingelser og holdninger, er det her vi må begynne. Jeg vil gjerne ha flere mannlige sykepleiere, men nye kvoteringsregler i arbeidslivet er neppe et virkemiddel som genererer spesielt mange. Det må tas større grep enn som så. Bedre fagmiljø, mulighet for faglig utvikling og videreutdanning, flere heltidsstillinger og likestilling av arbeidstiden for skift- og turnus må på plass. Det samme gjelder økt lønn. Det er et paradoks at det kvinnedominerte sykepleieryrket, med krav til minst treårig

høgskoleutdannelse, i snitt ligger 100 000 kroner under det menn med tilsvarende utdanningslengde oppnår i privat sektor. Likelønnskommisjonen legger frem sin innstilling om en knapp måned. Jeg vil minne om at tiltak som jevner ut lønnsbalansen, vil også jevne ut kjønnsbalansen!

Ja, jeg er irritert!

«Er det noe du er irritert på?», spør Sykepleiens redaktør Barth Tholens i sin faste spalte «Aksjonisten». Akkurat nå er jeg irritert på redaktørens leder i forrige nummer av Sykepleien.

Her skriver redaktør Tholens om utilfredsstillende godtgjørelse for arbeidstøy i Vennesla kommune. Det er vel og bra. Imidlertid har jeg et behov for å påpeke at holdningene redaktøren her utviser til sykepleieryrket må stå for hans egen regning.

Tholens assosierer blant annet sykepleieryrket med «møkkajobb». På vegne av forbundsledelsen i NSF vil jeg ta avstand fra måten redaktøren velger å skildre sykepleieryrket og sykepleiernes arbeidsoppgaver på. Hans beskrivelse av sykepleiere som «vasser i fulle bleier» og at «det er blod, gørr og urin overalt» er meg bekjent ikke representativ for verken sykepleiernes eller pasientenes hverdag i den norske helsetjenesten. Uoverensstemmelser mellom redaktørens oppfatninger og NSF's meninger er en pris vi må betale for å ha et tidsskrift som utøver uavhengig og kritisk journalistikk. Redaktørens leder i forrige nummer av Sykepleien representerer en slik uoverensstemmelse.



VIL IKKE: Unge menn vil heller være arbeidsledige enn å ta seg jobb innen helse og omsorg. Da blir det vanskelig å kvotere dem inn i sykepleierjobber, påpeker Normann.