

Etter Gaza

Dagfinn Bjørklid var den første utenlandske sykepleieren som kom seg inn i Gaza etter at krigen brøt ut. Nå er han hjemme igjen.

Side 30

Refusjon, men for hva? Side 6

Helse-Hanssen frir til sykepleierne Side 12

Finsk metode gir bedre fødsler Side 16

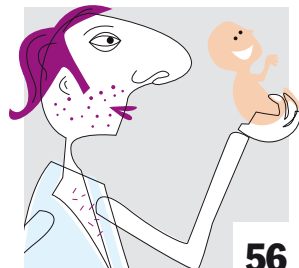
TEMA: Fosterlos? Barselboss? Side 56



06



12



56

Alzheimers sykdom:*

Ny tablettstyrke og praktisk dosering

ÉN gang om dagen
er enklere enn **TO**
ganger om dagen.

**BYTT TIL
20 mg
NÅ!**

ENKEL BEHANDLING

Ebixa

**ÉN OM
DAGEN**

20mg

NYHET!

Ebixa[®]
memantin



H. Lundbeck A/S
Strandveien 15
Postboks 361
1326 Lysaker
Tel.: 91 300 800
Fax: 67 53 77 07
www.lundbeck.no

www.ebixa.com

C Ebixa "Lundbeck"

Middel mot demens. • ATC-nr.: N06D X01

DRÅPER, oppløsning 10 mg/g: 1 g inneholdt: Memantinhydroklorid 10 mg tilsv. memantin 8,31 mg, kaliumsorbat (E 202), sorbitol, renset vann. TABLETTER, filmdrasjerte 5 mg, 10 mg, 15 mg og 20 mg: Hver tablett inneholdt: Memantinhydroklorid 5 mg, 10 mg, 15 mg og 20 mg tilsv. memantin 4,15 mg, 8,31 mg, 12,46 mg og 16,62 mg, hjelpestoffer. Tabletter 10 mg inneholdt: laktose. TABLETTER, filmdrasjerte 10 mg: Hver tablett inneholdt: Memantinhydroklorid 10 mg tilsv. memantin 8,31 mg, laktose 166 mg, hjelpestoffer. Med delestrek. TABLETTER, filmdrasjerte 20 mg: Hver tablett inneholdt: Memantinhydroklorid 20 mg tilsv. memantin 16,62 mg. **INDIKASJONER:** Behandling av pasienter med moderat til alvorlig grad av Alzheimers sykdom. **DOSERING:** Behandlingen bør initieres og veiledes av lege med erfaring i diagnostisering og behandling av Alzheimers demens. Behandlingen skal bare igangsettes hvis en omsorgsperson er tilgjengelig og jevnlig kan monitorere pasientens legemiddelinntak. Diagnostisering bør gjøres i tråd med gjeldende retningslinjer. **Voksne/eldre:** Maks. daglig dose er 20 mg. Risikoen for bivirkninger reduseres ved å gradvis øke dosen med 5 mg pr. uke i de første 4 ukene opp til vedlikeholdsdose: Startpakning: 5 mg en gang daglig i 7 dager, 10 mg en gang daglig i 7 dager, 15 mg en gang daglig i 7 dager, 20 mg en gang daglig i 7 dager. Deretter fortsetter behandlingen med en anbefalt vedlikeholdsdose på 20 mg en gang daglig. Kan tas uavhengig av måltider. Ved moderat nedsatt nyrefunksjon (kreatininclearance <40-60 ml/minutt/1,73 m²) anbefales maks. 10 mg. **KONTRAINDIKASJONER:** Overfølsomhet for memantin eller et eller flere av hjelpestoffene. **FORSIKTIGHETSREGLER:** Forsiktighet utvises hos pasienter med epilepsi, som har hatt tidligere episoder med krampeanfoll eller pasienter som er predisponert for epilepsi. Samtidig bruk av N-metyl-D-aspartat (NMDA)-antagonister som amantadin, ketamin eller deksstrometorfan bør unngås pga. økt risiko for bivirkninger. Overvåking av pasienter ved tilstander med økt pH-verdi i urin (f.eks. drastiske endringer i kostholdet, f.eks. fra kosthold med kjøtt til vegetarkost, eller stort inntak av syrenøytraliserende midler, renal tubulær acidose (RTA) eller alvorlige urinveisinfeksjoner med Proteus bacteria) kan være nødvendig. Pga. begrenset erfaring bør pasienter som nylig har hatt hjerteinfarkt, ubehandlet kongestiv hjertesvikt (NYHA klasse III-IV) eller ukontrollert høyt blodtrykk overvåkes nøye. **Nedsatt nyrefunksjon:** Ved lett nedsatt nyrefunksjon (kreatininclearance 50-80 ml/minutt) er det ikke nødvendig med dosejustering. Ved moderat nedsatt nyrefunksjon (kreatininclearance 30-49 ml/minutt) bør daglig dose være 10 mg. Hvis godt tolerert etter minst 7 dagers behandling kan dosen økes til 20 mg/dag iht. vanlig opptitreringsplan. Ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon (kreatininclearance 5-29 ml/minutt) bør daglig dose være 10 mg/dag. **Nedsatt leverfunksjon:** Ved mild eller moderat nedsatt leverfunksjon (Child-Pugh grad A eller Child-Pugh grad B) er det ikke nødvendig med dosejustering. Memantin anbefales ikke til pasienter med alvorlig nedsatt leverfunksjon da det ikke finnes data om bruk av memantin hos disse pasientene. Pasienter med arvelig galaktoseintoleranse, Laktosemangel eller glukose-galaktosemalabsorpsjon bør ikke bruke tablettene. Pasienter med fruktoseintoleranse bør ikke bruke dråpene. Moderat til alvorlig Alzheimers sykdom pleier vanligvis å nedsette evnen til å kjøre motorkjøretøy og betjene maskiner. I tillegg kan memantin ha lett til moderat påvirkning, slik at pasienter bør informeres om å være spesielt oppmerksomme når de kjører motorkjøretøy eller betjener maskiner. **INTERAKSJONER:** Effektene av barbiturater og nevroleptika kan bli redusert. Samtidig administrering av memantin med spasmolytiske stoffer som dantrolen eller baklofen, kan modifisere deres effekter og dosejustering kan være nødvendig. Samtidig bruk av memantin og amantadin, ketamin og deksstrometorfan bør unngås pga. risiko for farmakotoksisk psykose. Andre legemidler som cimetidin, ranitidin, prokainamid, kinin og nikotin innebærer en mulig risiko for økte plasmanivåer. Redusert eksresjon av hydrokortiazid eller kombinasjonspreparater med hydrokortiazid er mulig. Enkelttilfeller av økt INR ved samtidig behandling med warfarin er sett. Nøye monitorering av protrombintid eller INR anbefales. **GRAVIDITET/AMMING:** Overgang i placenta: Risiko ved bruk under graviditet er ikke klarlagt. Bør derfor ikke brukes under graviditet uten at det er helt nødvendig og etter nøye vurdering av nytte/risiko. **Overgang i morsmelk:** Risiko ved bruk under amming er ikke klarlagt. Det er ikke kjent om memantin skilles ut i morsmelk hos mennesker, men med tanke på hvor lipofilt stoffet er, antas dette å forekomme. Kvinner som tar memantin, bør ikke amme. **BIVIRKNINGER:** Bivirkningene er vanligvis milde til moderat alvorlige. **Hyppige (>1/100):** Gastrointestinale: Forstoppelse. Sentralnervesystemet: Svimmelhet, hodepine og somnolens. Sirkulatoriske: Hypertensjon. **Mindre hyppige:** Gastrointestinale: Oppkast. Sentralnervesystemet: Hallusinasjoner (stort sett rapportert hos pasienter med alvorlig Alzheimers sykdom), forvirring, unormal gange. Sirkulatoriske: Venetrombose/tromboembolisme. Øvrige: Tretthet, sopplinfeksjoner. Krampeanfoll er rapportert svært sjeldent. Enkelttilfeller av psykotiske reaksjoner og pankreatitt er rapportert. Alzheimers sykdom er forbundet med depresjon, selvmordstanker og selvmord og er også rapportert hos pasienter som er behandlet med memantin. **OVERDOSERING/FORGIFTNING:** **Symptomer:** Hhv. 200 mg og 105 mg/dag i 3 dager har vært forbundet med enten bare tretthet, svakhet og/eller diaré eller ingen symptomer. Ved overdoser på <140 mg eller ukjent dose har pasientene hatt symptomer fra sentralnervesystemet (forvirring, søvnighet, somnolens, svimmelhet, agitasjon, aggresjon, hallusinasjoner og unormal gange), og/eller mage-tarm-besvær (oppkast og diaré). Den høyeste rapporterte overdosen, 2000 mg, ga symptomer fra sentralnervesystemet (koma i 10 dager, og senere dobbeltsyn og agitasjon). Pasienten ble behandlet symptomatisk og med plasmaferese, og kom seg uten varige mén. En pasient som hadde fått 400 mg memantin oralt fikk symptomer fra sentralnervesystemet som rastløshet, psykose, synshallusinasjoner, krampependens, somnolens, stupor og bevisstløshet. Pasienten ble restituert. **Behandling:** Symptomatisk. **EGENSKAPER:** **Klassifisering:** Memantin er en spenningsavhengig, ikke-kompetitiv NMDA-reseptorantagonist med moderat affinitet. **Virkningsmekanisme:** Ved neurodegenerativ demens er det i økende grad bevis for at svikt i glutamaterge neurotransmittere, særlig ved aktivering av NMDA-reseptorer, medvirker til både symptom- og sykdomsforverrelse. Memantin modulerer virkningen av patologisk økte spenningsnivåer av glutamat som kan føre til nevronal dysfunksjon. **Absorpsjon:** Absolutt biotilgjengelighet ca. 100%. T_{max} oppnås etter 3-8 timer. «Steady state» plasmakonsentrasjoner fra 70-150 ng/ml (0,5-1 µmol) med store interindividuelle variasjoner. **Proteinbinding:** Ca. 45%. **Fordeling:** Distribusjonsvolum ca. 10 liter/kg. **Halveringstid:** Memantin elimineres monoeksponensielt med terminal t_{1/2} på 60-100 timer. Total clearance (Cl_{tot}) 170 ml/minutt/1,73 m². Renal eliminasjonsrate av memantin ved alkalisk urin kan bli redusert med en faktor på 7-9. **Metabolisme:** Ca. 80% gjenfinnes som modersubstansen. Hovedmetabolittene er inaktive. **Utskillelse:** Gjennomsnittlig 84% utskilles innen 20 dager, og mer enn 99% utskilles renalt. **OPPBEVARING OG HOLDBARHET:** Dråper: Åpnet flaske bør brukes innen 3 måneder. **PAKNINGER OG PRISER:** Dråper: 50 g kr 783,40. Tabletter: Enpac: Startpak: 7 tabl. 5 mg + 7 tabl. 10 mg + 7 tabl. 15 mg + 7 tabl. 20 mg kr 939,90. 10 mg: 30 stk. kr 519,50. 50 stk. kr 778,90. 100 stk. kr 1523,50. 20 mg: 28 stk. kr 939,90. 98 stk. kr 2954,20.

Sist endret: 28.07.2008

H. Lundbeck A/S
Strandveien 15
Postboks 361
1326 Lysaker
Tel.: 91 300 800
Fax: 67 53 77 07
www.lundbeck.no



www.ebixa.com

DEN NYE
SYKEPLEIEN.NO

– kommer snart.

sykepleien

Barth Tholens om finanskrisen

Stilling: Redaktør i Sykepleien

E-post: barth.tholens@sykepleien.no

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



KRISE! 🌪️ #i%💀!!

Er det bare jeg som undrer meg over hvor alle disse milliardene kommer fra? De som det inntil nylig var totalt uansvarlig, eller til og med Fremskrittspartiaktig, å bruke på offentlige tjenester?

Nå ja – hvor pengene kommer fra, er ikke så vanskelig å gjette seg til. De kommer fra vår egen lomme. Som skatteinntekter og oljeinntekter. Det er altså penger som tilhører oss som nasjon. Men inntil for bare få måneder siden fikk vi jo aldri bruke dem. Ymtet vi frampå om å bruke litt ekstra, fikk vi en kjapp leksjon om handlingsregelen. Den tilsa (inntil rundt september i fjor) sperre på overdreven bruk av oljepengene til alle gode formål. Ellers ville det bli inflasjon. Og inflasjon ville føre til arbeidsledighet. Du måtte være en dust for ikke å skjønne at all velstand settes på spill om vi sløser pengene uforsiktig bort på offentlige prosjekter.

Som for eksempel skoler, sykehus og tog. Het det i september.

Men nå skriver vi februar. Og bevilger

oss uante mengder av penger. Først fikk bankene. Så var det eksportindustrien. I januar ble det krisepakker til veiene, skoler og helsebygg. Og nye krisepakker skal det bli. For å være ærlig har jeg kommet helt ut av tellingen av milliardene. Nærmer vi oss en milliard mon tro?

Motkonjunkturpolitikk. Jens Stoltenberg har forklart oss at det gjelder å bremse i økonomiske medgangstider, og gasse tilsvarende på når krisene begynner å stable seg opp som lavtrykk over Atlanteren. Det gjør de nå. Bedrifter får ikke oppdrag, folk handler ikke hus, ledigheten øker. Og da blar regjeringen opp de pengene som de har hatt hele tiden, men har vært helt uvillige til å bruke.

For mange vil en slik krise kjennes en smule attraktiv ut. Norge er en nasjon med en sterk fellesskapsfølelse. Og nå regner pengene utover oss alle. Nå skal vi jobbe med den offentlige

infrastrukturen. Snekkere som før bygget kule fjellhytter for rikingene, skal gå løs på sykehuset. Hele folket skal i arbeid og gjøre Norge bedre, renere og mer effektiv.

Det ligger ikke i vår natur å sutre over slikt. I andre land klages det masse fordi regjeringene øser ut folks skattepenger uten å kreve noe annet tilbake fra næringslivet enn arbeidsplasser. I Norge har vi derimot en tradisjon at vi faktisk stoler på staten. Regjeringen gjør nok noe som er godt for oss alle med disse milliardene, tenker vi trofast. Derfor arter krisen seg også som en liten fest for mange. Nå blir det både lavere renter,

bedre skoler for barna våre og helsebygg vi kan være stolte av.

Spør du meg, bør vi likevel vente litt med å rope hurra og krysse av for Arbeiderpartiet ved neste valg. For midt i

krisen må vi huske at milliardfesten til sysselsettingstiltak også betyr at det blir fryktelig upopulært å komme med lønnskrav i år. Regjeringen vil nemlig først og fremst redde arbeidsplasser i det private næringsliv. Oppussingstiltak i det offentlige vil komme disse til gode. Jobber du derimot i det offentlige, kan mye tyde på at du må nøye deg med lavere renter i år.

For sykepleiere er dette dårlig nytt. Det er ikke mer enn et halvt år siden det endelig så ut til å bli et gjennombrudd for kravet om likelønn. En offentlig kommisjon anbefalte regjeringen å sette av 3 milliarder, slik at sykepleiere endelig kunne komme på høyde med ingeniører uten at sykehusene eller kommunene behøver å gå konk.

3 MILLIARDER! Beløpet høres plutselig ut som en liten bagatell sammenlignet med pengene (våre penger) som har gått til DnB Nor og AS Veidekke. Med 3 milliarder kunne regjeringen

Er likelønnskampen kjørt i disse krisetider? Må du være mann med hjelm for å få glede av en skarve krisemilliard? Foto: Stig M. Weston

med et pennestøk gjøre sykepleie til et attraktivt yrke. Folk ville ha strømmet til for å bemanne de tusenvis av nye sykepleierstillinger som trengs for til morgendagens helsetjeneste. Litt av en sysselsettingspakke!

Men denne gangen ei. Nå er det plutselig blitt lavkonjunktur for likestillingstiltak. Bankene får milliardene (våre) fordi de utgjør «oljen i samfunnsmaskineriet». Sykepleierne har derimot ikke sett snurten av noe som ligner en likestillingspott i noen krisepakke. Det er skikkelig krise.

Ikke rart om noen blir forbanna i år.

Barth Tholen



Forsidefoto: Marit Forn

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 sykepleierne interesser på dagsorden. Sykepleien skal delta i samfunnsdebatten og stimulere til engasjement og meningsbrytning. Sykepleien arbeider etter Vær Varsom-plakatens regler for god presseskikk. Den som mener seg rammet av urettmessig omtale oppfordres til å ta kontakt med redaksjonen. Brudd på pressens etiske retningslinjer, ifølge Vær Varsom-plakaten, kan klages inn for Pressens Faglige Utvalg. Sykepleien betinger seg retten til å lagre og utgi alt stoff som publiseres i elektronisk form.

- 6 Sykepleiere får refusjon – men for hva?
9 **Vi bare spør** Birgit Reisch
10 Folk
12 Samhandlings-Hanssen
14 Leter i utlandet
14 Delte meninger om kongress
16 Finsk metode gir færre skader under fødsel
18 – Forventer full likestilling
20 Smartprisvinnerne kåret, leserne falt for barnas time
26 BCG ut av vaksinasjonsprogrammet
28 Vil vite hvorfor sykepleiere får brystkreft
28 Halvert helseaktivitet
30 **Tett på** Dagfinn Bjørklid
33 Bjørklids Gaza-bilder
34 NSF vil bli frekkere
44 **Bøker:**
- Forfatterintervju: Tordis Stave
 - Anmeldelser
 - Månedens bok
 - 9 spørsmål til Kjersti B. Tharaldsen
- 51 Utmattende telefonstorm
52 Hvor farlig er turnusarbeid?
53 Stor sykepleiermangel
54 Vil ha mer kontroll over spesialistene
- – Håp for anestesisykepleierne før valget
- 56 **Tema:** Hva skal yrket hete?
- – Skift ut «jordmor» og «helsesøster»
 - Vil beholde jordmor
 - Fra sykepleierske til sykepleier
 - Foreslå nye titler og vann 500 kroner
- 71 **Refleks:** Gørhil Gabrielsen
72 **Dilemma:** Rus med verdighet?
74 **Berit Johannessen** om ernæring
76 Siden sist
77 Meninger
77 Riskhospitalet
79 Minneord
80 Quiz
81 Før
- 84 **NSF:** Ny kampanje
- **Lisbeth Normann** om likelønn

**Fag i utvikling:**

- 36 **Fagtema:** Saman til siste slutt
- Legg til rette for verdig død
 - – Helse- og omsorgsministeren kan lære av Fjaler
 - Døyr trygt heime
- 55 Fagnotiser
62 Drar lasset sammen
64 Skrives ut til kjø
67 Fagnotiser
68 Pedagogikk i praksis

- 85 Sykepleien JOBB – ledige stillinger
100 Meldinger, skoler og kurs

Pris til barna

Britt Helen Haukø fra Sykehuset Namsos vant hovedprisen på 100 000 kroner i Smartprisen 2008. Leserne stemte henne til topps for prosjektet «Barnas time», samtalegrupper for barn av psykisk syke og rusmisbrukere.



Foto: Erik Sundt

Samhandlings-Hanssen

Helseminister Bjarne Håkon Hanssen vil gjøre det mer attraktivt for sykepleiere å jobbe i kommunene.



TEGNING: Hanssen med bilde av Hanssen foran sitt helsehus, overraskt av NSF-Normann. Om det likner? – Ja, dessverre, smiler Hanssen.

Det er 30. januar. På Gardermoen har nesten 100 sykepleiere i ledende stillinger klart å kapre helseministeren til den såkalte Dialogkonferansen, i regi av Norsk Sykepleierforbund (NSF). Han er ikke vanskelig å be.

For Bjarne Håkon Hanssen har en reform på gang. Og til høsten er det valg.

Hanssen skal nå fortelle hvordan det går med samhandlingsreformen.

Den kommer i april.

Han trenger ikke manus. Han skal holde det samme foredraget han har holdt så mange ganger før – men i stadig nye varianter og stadig tydeligere i konklusjonene.

Altfor bratt diabetes-kurve

– Jeg vil overbevise dere om at det jeg driver med er viktig, starter ministeren.

Han synes det er «utrolig artig» å jobbe med helsevesenet.

– Ikke minst fordi dere jobber der, sier han til sykepleierne før han går løs på sin analyse av tilstanden i Helse-Norge.

Hovedproblemet handler om penger.

– Det er ausa penger inn i norske sykehus.

Det må det bli slutt på. Den

lærerutdannede statsråden trekker fram favorittplansjen sin: En enslig kurve. Først veldig slakk, så fryktelig bratt. Den handler om diabetes 2, tid og penger. Men kunne like godt handlet om Kols.

Poenget er: Forebygger man ikke disse sykdommene, blir det svært dyrt etter en stund. Pasientene må ha dyr behandling på sykehus.

Du beskriver veldig treffende. Jeg er 100 prosent enig med deg.

Inger Johanne Flingsstorp

For mange dialyserom

Hanssen forteller at han blir «flirfull» når han besøker helsefor-
etaken og blir vist flotte dialyse-
rom: Se, så flinke vi er, signaliserer
omviserne.

– Men egentlig er dette et bilde
på hvor dårlig vi er. Løsningen er
ikke flere dialyserom.

Og løsningen er ikke å bruke mer
på sykehus. Nå er det kommune-
helsetjenestens tur. Dette vil bli en
kommunehelsereform.

– Vi må bli flinkere her...

Hanssen lyser med pekepenen
på kurven sin.

– ...i den tidlige fasen. Slik at
flere kan leve gode liv.

Å forebygge blir billigere for sam-
funnet og bedre for pasientene.

– Hvorfor får vi det ikke til? Hvis
noen i kommunene sier: «Vi skal
bli knallgode på diabetes!» så taper
de penger. Slik er systemet. Det er
på en måte greit at nyrene svikter
på folk.

Samme tenkning kan brukes om
psykisk helsevern. 85 prosent av
ressursene brukes i andrelinjetje-
nesten.

Flere leger til kommunene

Hanssen snakker gjerne om leger.
Han vil ha flere fastleger. Men de
skal ha mer tid per pasient.

– Ned med stykkpris, opp med
basistilskudd, sier Hanssen, som
ikke synes at legene skal gjøre som
de selv vil.

Deler av legenes arbeidsuke skal
styres av kommunene, mener han.
I hvert fall to dager i uka skal de
være i offentlig arbeid. På syke-
hjem, helsestasjoner, i fengsler,
skolehelsetjenesten og asylmottak.

– Jeg må ha kontroll på syke-
husene. Det kan jeg klare, mener
Hanssen, – jeg eier jo sykehusene.

Selv om han vil styre legene mer
inn i kommunehelsetjenesten, un-
ner han dem gode betingelser. Det

samme gjør han for sykepleierne,
opplyser han.

Vil ha helsekommuner

Hanssen ønsker seg skamler i kom-
munene. Steder der pasientene kan
være før eller etter sykehus.

– En *faglig* skammel.

Han finner en rød tussj og tegner
noen trappetrinn på flip-overen.
Skammelen plasserer han mellom
sykehjemmet og sykehuset.

– Der kan det være forskning,
legevakt, helsehus, fastsykepleier.
Mange lokale varianter.

Problemet er at det er 431
kommuner. Mange med ganske få
innbyggere.

Det må være lønnsomt for kommunene at sykdom ikke utvikler seg.

Bjarne Håkon Hanssen

– Vi kan ikke ha diabetesteam
eller kolsteam for så få.

Men Hanssen har en løsning:
Helsekommuner. De små kommu-
nene må samarbeide.

Han er forsiktig med å nevne
navn, for dette er følsomt. Men i
Midt-Telemark vet han om noen
som liker ideen.

Hvis Bø med 5 500 innbyggere,
Saugherad med 4 260 folk og
Nome med 6 570 blir én helsekom-
mune, får de til sammen 16 330
innbyggere.

– Det er interessant, fastslår
Hanssen og føyer til:

– DPS-ene bør over her.

Pengene styrer

Nok et følsomt tema er finansi-
eringen. Som egentlig er essensen i
samhandlingsreformen.

– Det må lønne seg å gi pasienten
rett behandling på rett sted.

Derfor må systemet endres.

– Det må være lønnsomt for

kommunene at sykdom ikke utvi-
kler seg. Og lønnsomt for sykehuset
at kommunene handler. Det må bli
slutt på arrogansen i spesialisthel-
setjenesten. Kommunene og sykehu-
sene skal være likeverdige partnere.

Hanssen har ikke resepten klar
riktig ennå.

– Men vi er på sporet av noe
veldig bra.

Om en måned, tipper han, kan
han slippe finansieringsforslaget ut
av sekken.

Han lurar også på om han skal
komme med en stortingsmelding,
ikke bare en strategiplan. En stor-
tingsmelding vil bli mer bindende
for framtiden. I så fall vil den an-

– Det har vi særdeles ikke i
Stavanger. Skal vi gjennomføre re-
formen, må vi ha folk. Men hvilken
strategi skal vi bruke for å rekrut-
tere sykepleierne inn i stillingene?

– Et utidig godt spørsmål, sier
Hanssen.

– Men hovedtenkningen er å
gjøre det attraktivt å jobbe i kom-
munene. Sykepleierne skal få bruke
faget, forske og oppleve at det er
nok sykepleiere. Og så vet dere at
lønnforhandlingene foregår en an-
nen plass.

Nei til bestiller-utfører

Fylkesleder i NSF Oslo, Eli Gunhild
By, har sansen for det Hanssen sier.

– Men også vi sliter med å rekrut-
tere og beholde: Og med bestiller-
utfører-modellen er det stor fare for
å mislykkes.

Hanssen er enig:

– Vi må ha et økonomisk system-
verktøy. Det må være sammenheng
mellom mål og økonomi. Vi jobber
ikke med bestiller-utfører-modellen.
Ikke tale om.

Dermed får ministeren spontan
applaus.

Inger Johanne Flingsstorp fra
Drammen kommune mener Hans-
sen treffer fantastisk godt.

– Du beskriver veldig treffende.
Jeg er 100 prosent enig med deg.

NSF-leder Lisbeth Normann har
også bare bra å si i dag.

– Vi er enige. Vi må ha system,
ellers brenner ildsjelene ut. Og jeg
er glad du sier det om lønn.

Hanssen får med seg et bilde av
seg selv og et helsehus. Og et par
selbuvotter. Så han kan få varme
hender.

– Kjempeartig at sykepleierne
er enig i analysen, sier Hanssen til
Sykepleien på farten ut.

– *Sa de noe wentet til deg i dag?*

– Nei, jeg hørte ikke noe.

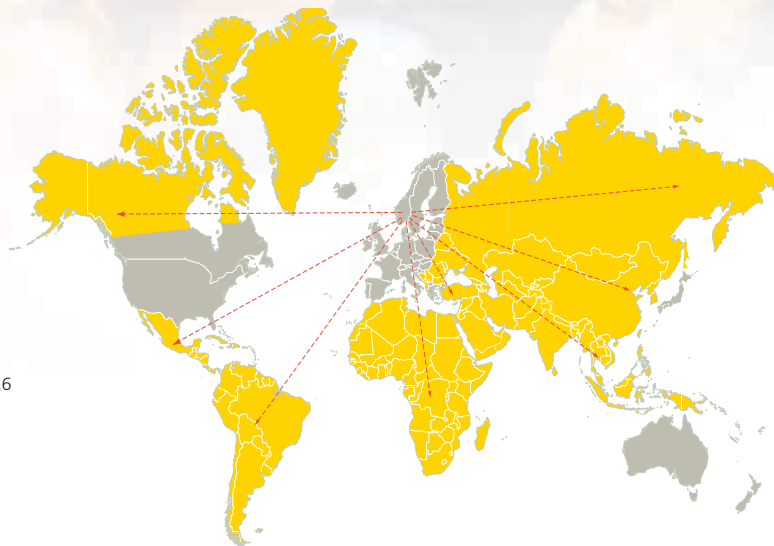
Twinnrix®

– eneste vaksine som beskytter mot hepatitt A og B livet ut!



Husk!
Hepatitt B kan også smitte ved ubeskyttet sex!

- Du trenger ikke reise langt for å bli utsatt for økt risiko for hepatitt A – nylig er hepatitt A-epidemi påvist i Latvia og Tsjekia³
- Hepatitt B er en alvorlig sykdom som kan smitte via blod, spytt, tatovering, piercing og ubeskyttet sex^{1,4,5,6}



- Lav smitterisiko
 - Mellomstor og høy smitterisiko for hepatitt A og/eller B
- WHO 2008² og FHI 2009²
Se preparatomtale side 67

Birgit Reisch

Alder: 50 år

Aktuell som: Enhetsleder på Øya helsehus i Trondheim. Reisch er også medlem i Norsk Sykepleierforbunds (NSF) styre.

BAKGRUNN:

Øya helsehus åpnet 4. november. Helsehuset er populært både hos helseministeren og NSF. Til og med statsministeren har vært på besøk.

Hva er egentlig et helsehus?

Et sted for korttidsopphold der pasienten kan gjenvinne funksjonsevnen så det skal bli lettere å mestre hverdagen hjemme.

Er det en nyskaping?

I hvert fall er Øya helsehus en nyskaping i Norge.

Hvordan det?

Fordi vi er samboere med sykepleierutdanningen og institutt for samfunnsmedisin. Og så er vi bygd sammen med St. Olavs Hospital med en glassovergang. Vi har også et legesenter i huset.

Helsehus er en av helseministerens favoritter når han reklamerer for samhandlingsreformen sin.

Hva synes du om det?

Veldig artig at han bruker dette som et godt eksempel. Det har jo med samhandling mellom nivåene å gjøre.

Også NSF er glad i helsehus?

Ja, helsehus kan jo være en brobygger mellom kommunehelsetjenesten og sykehusene. Utveksling av kompetanse er viktig for god pasientbehandling.

Hvor lenge har du hatt jobben?

Fikk den ti måneder før vi flyttet inn, altså i et drøyt år.

Hva gjorde du før?

Da var jeg leder på Søbstad helsehus. Og så var jeg med på å bygge opp konseptet for undervisningssykehjem i Midt-Norge.

Hva er det beste med helsehuset?

At vi kan utvikle noe nytt for pasientene. Vi har tverrfaglig sammensatte team. Mye mer legetjeneste og fysioterapi enn på et sykehjem. Og vi kan drive mye mer med forskning og fagutvikling.

Men alt er sikkert ikke bra hos dere heller?

Vi har jo startvansker. Vi jobber med å få tilsatt folk. Og innkjøring av nye rutiner. Sånn er det vel på alle nye plasser.

Hva er en bufferpasient?

En som har fått et langtidsopphold og som skal flyttes til et sykehjem. Dette er for å unngå at pasienten opptar en dyr sykehusseng.

Hvor mange helsehus fins det i Norge?

Vet ikke. Men det er fire i Trondheim. Tre av dem er tidligere sykehjem. Øya er helt nytt. Det er ganske spesielt.

Hvor mange burde det bli?

He-he. Et lite helsehus i hver helsekommune, som helseministeren snakker om. Hver kommune er ikke stor nok til et sånt tilbud.

Har du tro på dette?

Absolutt. Dette er en måte å håndtere eldrebølgen på. Helsehus bremser behovet for langtids-plasser på sykehjem.

Ellers noe?

Helsehus er ikke bare for dem som kommer fra sykehus. Hjemmeboende med langsomt funksjonsfall kan ha nytte av et opphold hos oss. Dette er god forebygging.

tekst og foto **Marit Fonn**



Gyllen heder

Dagens medisin har gitt «Den gylne resepts» hederlige omtale til Ivar Guldvog og Rosemarie Ditlefsen ved Seksjon for mamma- og endokrinkirurgi ved Sykehuset Telemark.

Avdelingsoverlege Guldvog og avdelingssykepleier Ditlefsen sørget for at poliklinikken ble plassert i samme korridor der pasientene legges inn for operasjon – slik at de kan forholde seg til samme lege og sykepleier under hele forløpet. På den måten har poliklinikken blitt inkorporert i sengeavdelingen.

– Initiativtakerne har på en forbillig måte klart å kombinere et tilbud der pasienten blir ivaretatt både fysisk og sosialt – og som samtidig bidrar til kostnadsbesparende drift, skriver juryens leder i sin avgjørelse.

Kilde: Dagens Medisin



SPARER: Her er hele avdelingen med Guldvog bakerst og Ditlefsen nummer to foran fra høyre).



foto Helse Sunnmøre

Årets helseleder fra Helse Sunnmøre

Norsk sykehus og helsetjenesteforening (NSH) har kåret Astrid J. Eidsvik til årets helseleder. Hun er administrerende direktør ved Helse Sunnmøre og er den sykehusdirektøren som med sine 15 år i direktørstolen har sittet lengst ved roret i ett og samme helseforetak.

– Vi er stolte av å ha en så jordnær direktør. Hun har vår respekt og vi synes det er flott at hun har fått prisen, sier NSFs hovedtillitsvalgt ved Ålesund sjukehus, Kaspara Tørlen.

Hun legger til at direktøren er lett omgjengelig og lett å komme i kontakt med.

– Helse Sunnmøre har sine utfordringer, men det har alle andre foretak også. Vi har mange formelle og uformelle møter, og Astrid har god kjennskap til organisasjonen og detaljer på avdelingsnivå, sier Tørlen.

Årets sykepleierleder i Akershus

Lillian Reiten ble i fjor sommer kåret til årets sykepleierleder i Akershus av NSF Akershus, for 2007. Hun er seksjonssykepleier ved avdeling for infeksjonssykdommer ved Ahus. I begrunnelsen framheves Reitens gode egenskaper, både som faglig ressurs og medarbeider: «Vinneren er en sykepleier som er svært opptatt av faget, som alltid er i forkant av begivenhetene og takler omstillinger på en strålende måte», heter det i juryens begrunnelse.

Sykepleieren beklager den seine omtalen.

Doktorgrad i sykepleie

Sykepleier og lærer Lillian Lillemoen ved sykepleierutdanningen i Fredrikstad har tatt doktorgraden i sykepleie. Hun har sett nærmere på utvikling av moralsk kompetanse i sykepleierutdanningen.

Lillemoen mener at til tross for en uttalt ideologi om ansvaret for egen læring, må høyskoler ta et overordnet ansvar for å stimulere sykepleierstudentenes kritiske refleksjon over egen praksisutøvelse. Hun har dokumentert at utvikling av moralsk opptreden ikke kommer i fremste rekke når det tilrettelegges for studentenes læring i praksisperiodene.



foto Høgskolen i Østfold

Til tross for at studentene strever med til dels sterke moralske utfordringer, er det kun sporadisk at disse får oppmerksomhet i samtalen mellom student og praksisveileder eller lærer.

Kilde: Høgskolen i Østfold

Vi siterer Geir Sverre Braut,

assisterende direktør i Helsetilsynet

– Å få fagfolk til å følge retningslinjer er noe av det vanskeligste.

Kilde: Klassekampen

EMSELEX® - EFFEKTIV¹ OG M₃ SELEKTIV

Effektivt¹

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) 7,5mg og 15mg DEPOTTABLETT
Effektiv¹ 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

Sykepleiere får refusjon –

Fra januar i år utløser også enkelte sykepleieroppgaver ved poliklinikkene refusjon. Men få vet akkurat hvilke prosedyrer det gjelder.



Dette gir penger

Dette er noe av det sykepleiere ved somatiske poliklinikker nå kan få refusjon for:

- Kronikeromsorg for diabetikere og pasienter med andre indremedisinske kroniske sykdommer (for eksempel hjertesvikt, Kols/astma eller MS, Parkinsons og andre kroniske nevrologiske sykdommer)
- Lysbehandling av pasienter med kroniske hudlidelser, for eksempel psoriasis og eksematøse lidelser
- Gipsing og bandasjebehandling som ledd i oppfølging etter skader.
- Svangerskapsomsorg utført av jordmødre i spesialisthelsetjenesten
- Praktisk gjennomføring av undersøkelser med henblikk på hjerterytmeforstyrrelser, der lege fortolker resultat og står for oppfølging i etterkant.

Kilde: Statsministerens kontor

Tidligere var det bare legenes aktiviteter som ga penger til sykehuse-nes somatiske poliklinikker ved refusjon via innsatsstyrt finansiering. Fra første januar er dette endret. Nå kan også sykepleiere, jordmødre og psykologer sørge for penger i kassa til sykehuset de jobber på.

Men hvilken type helsehjelp gjelder dette egentlig?

Sykepleien forsøkte å finne ut av det. Først leste vi en pressemelding fra Statsministerens kontor. Der er en del eksempler nevnt (se faktaboks), men det er ingen fullstendig liste. Så sjekket vi det nye

regelverket fra Helsedirektoratet. I kapittel fire på side 95 og 96 står det noe om dette, men det hele er nokså kryptisk og henviser bare videre til haugevis av DRG-koder. Så forsøkte vi Norsk Sykepleierforbund (NSF). Heller ikke der hadde de noen fullstendig oversikt.

REFUSJONSPLIKTIG: I år gir blant annet kronikeromsorg for diabetikere refusjon til sykehuse-nes poliklinikker, også når den utføres av sykepleier.



– men for hva?

– Rapportert all pasientkontakt

Vi ringer til Helsedirektoratet:

– Jeg er skeptisk til å fokusere på hva som får og ikke får refusjon. Det er ikke noe helsepersonell skal bry seg om, sier Leena Kiviluoto, avdelingsdirektør i Helsedirektoratet. – De bør uansett rapportere alt de gjør der de bruker tid på pasienten. Bare på den måten kan vi få et riktig bilde av aktiviteten ved landets poliklinikker.

Hun forteller at det som i år er tatt med av sykepleieroppgaver i refusjonssystemet stort sett er basert på det som tidligere har blitt rapportert.

– En viktig endring er at finansieringen er blitt mer «profesjonsnøytral». Finansieringsordningen skal ikke være førende for hvem som gjør en prosedyre når pasienten kommer inn for noe konkret som er bestemt på forhånd. Endringen vil derfor kunne berøre de fleste sykepleiere som jobber klinisk på landets poliklinikker, sier Kiviluoto.

– Men ikke telefonditt

Nye regler omfatter ikke bare kontakter med «håndfaste» prosedyrer, men også kontakter knyttet til oppfølging av de største kronikergruppene.

Det kan ha sett ut som om legene har gjort mer enn de faktisk har gjort.

Leena Kiviluoto

– Det er viktig at sykepleierne registrerer konsultasjonene selv om disse ikke alltid utløser refusjon. Vi får ikke endret noe hvis rapporteringen ikke foreligger, sier Kiviluoto.

– Telefonkonsultasjoner også?

– Nei, det ber vi ikke om. Det tar for mye tid for sykepleierne om de skal behøve å notere alle data om det også.

– Men for noen utgjør det en stor del av arbeidsdagen – hvorfor er det ikke viktig å dokumentere tiden det tar?

– Det har liten hensikt å dokumentere tidsbruk som sådan. Sykehusene har jo også en rammefinansiering som kan dekke opp for dette arbeidet, sier Kiviluoto.

Første skritt

Hos NSF er de glade for at en gammel kampsak endelig har slått gjennom. De ser på det som et første skritt i riktig retning.

– Regelendringen er et slags kontrollert forsøk for å se hvilken virkning det vil få. Helsedirektoratet tenker å utvide ordningen fra neste år, og det er vi helt enige i. Alt sykepleiere gjør som innebærer pasientkontakt bør være refusjonspliktig, sier Unni Hembre, nestleder i NSF.

Hun understreker at det foreløpig savnes mange ting på lista, men at NSF sentralt vil jobbe tett sammen med faggruppene for å få en bedre oversikt og gi en tilbakemelding til Helsedirektoratet etter hvert.

Sykepleien har snakket med lederne for NSF's faggrupper innen stomi, hud, nyre og urologi. Samtlige sier de ennå ikke har full oversikt over hva som gjelder i den nye ordningen, men at flere sykepleierkonsultasjoner fremdeles ikke vil utløse refusjon.

Margrete Ronge er leder av NSF's faggruppe av sykepleiere i urologi. Rundt halvparten av medlemmene i hennes gruppe vil ikke få refusjon. Ved urologisk poliklinikk på Hauke-

ARBEIDSGIVER-ANSVAR: Nestleder i NSF, Unni Hembre, sier det er et arbeidsgiveransvar å sørge for at sykepleierne får nødvendig informasjon om den nye finansieringsordningen for landets poliklinikker.



land universitetssjuehus hadde de i fjor 1400 rene sykepleierkonsultasjoner som det ikke ble gitt refusjon for.

– På den måten blir sykepleierne usynlige på inntektsiden og blir dermed lett kuttet bort ved nedskjæringer, sier hun.

Ikke flere penger

Endringen forutsettes gjennomført budsjettneutralt, det vil si at det ikke er noen flere kroner å hente ut for sykehusene med den nye ordningen.

– Kan det bli mer penger ved neste års budsjett dersom aktiviteten i år blir mye høyere enn forutsett?

– Dette vurderes i forhold til

statsbudsjettet for 2010. Men blir det dobbelt så mange konsultasjoner i år, vil det ikke nødvendigvis bli dobbelt så stor finansiering neste år, sier Kiviluoto i Helsedirektoratet.

Hun hevder målet med endringen først og fremst er å få et riktigere bilde av hvem som gjør hva ved landets poliklinikker.

– Det største problemet med den tidligere finansieringsmodellen har vært at den har bidratt til at aktivitetsrapporteringen ikke har vært i tråd med virkeligheten. Det kan ha sett ut som om legene har gjort mer enn de faktisk har gjort, sier Kiviluoto.

Leter i utlandet

Jakten på ny direktør ved Oslo universitetssykehus fortsetter. Styret leter også utenfor Norge.

Det bekrefter styreleder Steinar Marthinsen. Etter planen skulle direktøren vært på plass i slutten av januar. Men etter at tre svært sentrale kandidater trakk seg, ble det klart at ansettelsesutvalget måtte gå noen ekstrarunder. Dette fikk det gehør for på et styremøte i Helse Sør-Øst 29. januar.

Han eller hun må være involverende og konstruktiv.

Steinar Marthinsen

– Direktørstillingen ved Oslo universitetssykehus representerer en av landets viktigste lederjobber. Vi må bruke den tiden som trengs for å finne riktig kandidat, sier Marthinsen.

– Er det vanskelig å finne denne personen?

– Det er litt tidlig å si. Vi vil vur-

dere de kandidatene som vi tror har nødvendig potensial for å gå inn en slik stilling.

Bill. mrk: omstillingsprosesser

– *Hvilken egenskaper bør den nye direktøren for OUS ha?*

– Personen bør ha helsefaglig bakgrunn, erfaring fra større omstillingsprosesser og gode lederegenskaper. Direktøren skal blant annet sammensmelte tre helseforetak til ett. For å lykkes må han eller hun være involverende og konstruktiv i forhold til eiere, ansette, tillitsvalgte og ulike organisasjoner, brukere og andre interessegrupper.

– Dårlige rammebetingelser

Bare fem av de åtte som opprinnelig sto på den offentlige søkerlisten er fortsatt interessert i stillingen. Tre sterke kandidater, Helse Sør-Øst-

direktør Bente Mikkelsen, Ullevål-direktør Tove Strand og Jan Eriksson ved Sahlgrenska trakk seg.

Tove Strand skal ha hatt betenkeligheter fordi hun mener rammebetingelsene ikke er gode nok. Hun ønsker ikke å utdype dette nærmere på nåværende tidspunkt. Bente Mikkelsen vil heller ikke snakke om beslutningen sin.

– *Kommentar til at tre sentrale kandidater trakk seg på oppløpsiden?*

– De har vurdert stillingen nærmere og funnet ut at den ikke passer for dem. Jeg har full respekt for det. Vi tar begrunnelsene deres til etterretning, sier styrelederen.

Kan drøye enda mer

Ansettelsesutvalget kontakter nå folk som trakk seg fra søkerlisten i starten av prosessen og søker også etter flere



Foto: Erik M. Sunott

VILLE IKKE: Både direktør Bente Mikkelsen (over) i Helse Sør-Øst og Ullevål-direktør Tove Strand trakk seg som søkere til det nye Oslo universitetssykehus



Foto: Bo Marthinsen

kandidater, både i Norge og i de andre skandinaviske landene. Målet er å kunne gjøre en ansettelse i løpet av februar.

Men styreleder Marthinsen utelukker ikke at det kan ta lengre tid å finne riktig person.

– *Tror du en ny direktør er på plass i løpet februar?*

– Jeg håper det, men jeg vet at en så omfattende prosess kan ta tid.

Delte meninger om kongress

Deltakerne på Sykepleierkongressen har felt sin dom: Et godt arrangement, med rom for forbedringer.

Sykepleierkongressen 2008 gikk av stabelen i Trondheim Spektrum i september i fjor, og bar temaet «Livskraftig kompetanse».

Arrangementet i sin helhet er nå evaluert, og rapporten kan fortelle om en svært vellykket kongress. Ansatte, frivillige og samarbeidspartnere bidro til å skape et innhold og en ramme som i all hovedsak innfridde forventningene.

Ris og ros

70 prosent av deltakerne har gitt

sine tilbakemeldinger. Reaksjonene tyder på et svært godt totalinntrykk av arrangementet.

«Et profesjonelt og inspirerende opplegg, som bidro til å skape samhørighet og gi en identitetsfølelse», og «Faglig dyktige forelesere som visste å inspirere og engasjere» er blant de positive erfaringene. Samtidig syntes flere av deltakerne at dagene ble altfor hektiske og intense.

Bedre løsninger rundt måltidene og en festaften hvor alle deltakerne

er samlet står også på ønskelisten ved fremtidige kongresser. Særlig åpningsfesten i Trondheim Spektrum svarte ikke til forventningene blant mange av deltakerne.

Over halvparten godt fornøyd

Hele 35 prosent oppgir at de er lite fornøyd med denne kvelden. De hadde ønsket seg en festaften med en mer formell ramme, der de kunne sitte ved dekket bord, spise i fellesskap og bli underholdt underveis. I stedet ble det mye kø, lite

mat og nesten bare ståplasser.

26 prosent oppgir at de er svært fornøyd med Sykepleierkongressen totalt sett, mens 56 prosent sier at de er godt fornøyd. Bare 2 prosent er mindre fornøyd.

Halvparten mener de vil kunne ta kunnskapen de tilegnet seg på kongressen i bruk i sitt arbeid, og 84 prosent bekrefter at de ønsker å delta på den neste kongressen i regi av Norsk Sykepleierforbund, som finner sted i 2012.

tekst Geir Arne Johansen

Effektiv?



Skånsom?



Effektiv eller skånsom håndhygiene? Nå slipper du å velge....

Med Dixin får du effektivt rene hender på en dokumentert mild måte. Håndsåpen gir en effektiv og skånsom vask, desinfeksjonsmiddelet tilfredsstillende krav i bl.a. EN 1500 og prEN12791, mens hudkremen trekker raskt inn i huden og bevarer fuktigheten. Dixin har luft- og bakterietette doseringsventiler og en praktisk, hygienisk design. For mer informasjon se: www.lilleborgprofesjonell.no



Alle tre er godkjente av
Norges astma -og allergiforbund.



Dixin

- effektiv omsorg for hendene

Færre skader under

Det hjelper at jordmødrene tar styringen under fødselens 2–3 aller siste rier. Antallet sphincterskader er mer enn halvert.



HINDRER SKADER: Nesten slik foregår det under en fødsel ved fødeavdelingen på SI-divisjon Lillehammer, forteller Anne Riis (t.v.) og Gullborg Fjeldstad lattermildt.

fødsel

Den gamle metoden er kommet til heder og verdighet igjen. Ved fødeavdelingen på Lillehammer viser tallene at skader på endetarmens lukkemuskel under fødsel har gått ned.

– Vi innrømmer gjerne at det var med en viss skepsis vi skulle lære å bli bedre fødselshjelpere av finnene. Men så hadde jo de så mye bedre statistikk å vise til når det gjaldt skader på endetarmens lukkemuskel under vaginale fødsler enn oss. Og vi angrer ikke, forsikrer avdelingsjordmor Gullborg Fjeldstad og fagutviklingsjordmor Anne Riis.

De kan med stolthet vise en pent nedadgående kurve på antall sfinkterskader av grad tre og fire, som er de mest alvorlige, på hele 6 prosent de siste fem årene.

– Det finnes bedre hjelp til behandling for sphincterskader nå enn tidligere, likevel kan det for enkelte ende opp med en plagsom kronisk lidelse, sier Fjeldstad.

Styrer farten

Riis demonstrerer teknikken på en dukke:

– Det handler om å gi aktiv støtte av både hodet og mellomkjøttet under siste del av utdrivningsfasen. Det viktigste vi har gjort er en bevisstgjøring i forhold til å styre hastigheten og sørge for at barnet ikke kommer for raskt. Akkurat idet hodet sklir ut skal mor nesten ikke trykke. Dette innebærer at samarbeid og kommunikasjon mellom kvinnen og jordmor må være ekstra tett i denne fasen, slik at vi kan styre hvor aktiv hun skal være, forklarer Riis.

De to jordmødrene understreker at det også er mange individuelle faktorer som påvirker. Noen kan ha så sterke rier at det nesten er

umulig å bremse en veldig rask utdrivning. Størrelsen på barnet spiller også inn, likeledes om mor er førstegangsfødende eller flergangsfødende.

Driller ansatte

Fjeldstad tror at de gode resultatene ved fødeavdelingen på Lillehammer kan ha sammenheng med at alle de ansatte er drillet i teknikken, og alle må lære den, enten de er vikarer eller jordmorstudenter.

Fremgangsmåten var velkjent for norske jordmødre inntil bølgen av «hands off»-metoder kom på 80- og 90-tallet.

– Jordmødrene inntok på den tiden en mer passiv rolle under utdrivningstiden og kvinnene fikk styre fart og forløp mer selv, forteller Fjeldstad.

I mål

Riis og Fjeldstad er mer enn fornøyd med de gode resultatene ved avdelingen.

– Målet til Sosial- og helsedirektoratet var å komme ned til maksimum to prosent sphincterrupturer per år. Vi har nådd målsettingen og vel så det, smiler de.

Kilder:
Føde- og barselavdelingen, SI-divisjon Lillehammer
«Sfinkterskader ved fødsel bør reduseres i Norge. Nasjonal handlingsplan» ved Nasjonalt råd for fødselsomsorg og Sosial- og helsedirektoratet, januar 2006
«Decreasing the Incidence of Anal Sphincter Tears During Delivery», Obstetrics & Gynecology, May 2008



Illustrasjonsfoto: Marti Ponn

Dette er finskemethoden

Gynekolog og jordmor fra Finland ble hyret inn for å sette en nasjonal handlingsplan ut i livet.

Teknikken, på folkemunne kalt «finskemetoden», består av en løsningsmetode som beskytter mellomkjøttet. I tillegg er det et tett samarbeid mellom den fødende og fødselshjelperen, samt informasjon i forkant av fødselen om riktig trykke- og pusteteknikk.

Sphincterruptur er en fødselskomplikasjon med skade av endetarmens lukkemuskel. Det kan gi kroniske lidelser som lekkasje av luft og avføring, fisteldannelse og problemer ved samleie.

I 2006 kom en nasjonal handlingsplan med mål om å redusere slike skader ved fødsel i Norge. Sosial- og helsedirektoratet i samarbeid med Nasjonalt råd for fødselsomsorg sto bak.

Målet for handlingsplanen var å redusere antall skader fra 4,3 prosent (i 2006) til 2 prosent i 2008. På slutten av 60-tallet lå Norge på bare en prosent slike skader, slik nivået har vært i Finland hele tiden. Den finske gynekologen Jouko Pirhonen og jordmor Tiina Pirhonen sto bak gjennomføringen av den praktiske opplæringen av fødselshjelpere i Norge.

Fem sykehus ble valgt ut til å gjennomføre intervensjonsstudien, blant dem var føde- og barselavdelingen ved SI-divisjon Lillehammer. Ved denne avdelingen er antallet redusert fra hele 7 prosent i 2003 til vel 1 prosent i (november) 2008. Dette betyr at 15–20 kvinner blir spart for alvorlige plager hvert år av de omkring 1000 fødende ved denne avdelingen.

– Forventer full likestilling

– Unio forventer at regjeringen i sitt lovforslag til våren likestiller tredelt skift- og turnusarbeid, sier Unio-leder Anders Folkestad.

I fjor høst fikk arbeids- og inkluderingsminister Dag Terje Andersen overrakt utredningen «Skift og turnus – gradvis kompensasjon for ubekvem arbeidstid». Nå har utredning vært på høring.

– Skritt i riktig retning. Men punktum er nok ikke satt, mener forbundsleder i Norsk Sykepleierforbund (NSF), Lisbeth Normann.

Redusert arbeidstid

«Jo flere ubekvemme vakter, dess mer reduksjon i arbeidstiden.»

Det er begrunnelsen til skift/turnusutvalget for å fremme forslag om «gradvis kompensasjon for ubekvem arbeidstid». Det betyr at arbeidstakere som har natt- og søndagsarbeid, vil få reduksjon i arbeidstiden.

Helt konkret foreslår utvalget at hver time man arbeider på søn- og helgedag regnes lik 1 time og 10 minutter, og at hver time om natten regnes lik 1 time og 15 minutter

De nye reglene vil imidlertid kun gjelde ansatte som jobber i tredelt skift eller turnusarbeid.

– Vi er enige med utvalget i at det er viktig å redusere ulempene

ved skift/turnusarbeid mest mulig. Men dette må også gjelde de som jobber i rene nattevaktstillinger. Slik tilfellet er i staten, sier Lisbeth Normann.

Nattevakter

Skift/turnusutvalget tar ikke med rene nattevaktstillinger med den begrunnelse at arbeidstidsreduksjonen blir for stor.

«Dette er ulogisk, særlig med tanke på at nattarbeid er svært belastende. Arbeidstakere i faste nattevaktstillinger i helsesektoren har i sin turnus både nattevakter og regelmessig søndagsarbeid, som oftest tredje hver søndag», heter det i høringsuttalelsen Unio har sendt Arbeids- og inkluderingsdepartementet.

Unio viser til at en nattarbeider som jobber tredje hver søndag vil ha rundt 1 300 ubekvemstimer per år, mens en i tredelt turnus/døgnkontinuerlig skift som ikke jobber på søndag vil ha rundt 600 ubekvemstimer.

Ifølge professor Torbjørn Akerstedt er det først og fremst de som jobber i tredelt skift/turnussystem



KAMP: Likestilling av skift- og turnusarbeid har vært en kampsak for NSF siden landsmøtet i 1993. Foreløpig siste innspill i saken er utredningen «Skift og turnus – gradvis kompensasjon for ubekvem arbeidstid» som ble lagt fram 3. oktober i fjor.

som er utsatt for de største helsebelastningene. Deretter kommer de med mer permanent nattarbeid.

Mer deltid

I helsesektoren er det behov for bemanning døgnet rundt. Turnuser blir ofte organisert rundt deltid ved å bruke faste kvelds- og nattevaktstillinger i kombinasjon med todelt eller tredelt turnus. I sykehus, ved sykehjem og i hjemmesykepleien er det vanlig å etablere turnuser hvor nattevaktene helt eller delvis dekkes av arbeidstakere i deltid.

– Forslaget til skift/turnusutvalget kan stimulere til deltid ved at virk-

somhetene velger å gå helt bort fra tredelt turnus for å spare ressurser, sier Lisbeth Normann.

Må evalueres

Unio er langt fra overbevist om at turnusene i helsesektoren lar seg organisere slik det gjøres i industrien. Hovedsammenslutningen etterlyser i sin høringsuttalelse derfor en rask evaluering for å måle effekten av de nye reglene.

– Vi mener også utvalget i liten grad forholder seg til at kvinner og menn har ulike roller i arbeids- og familieliv, sier forbundsleder Lisbeth Normann.



Ekte drama, ekte mennesker
MANDAG - TORSDAG
KL. 20.00



www.tv3.no/sykehuset

**Disse ungene trenger å bli sett.
Det har leserne skjønt.**

Britt Helen Haukø

**100 000 til
BARNAS TIME**

Lesernes vinner!

Smartprisen 2008

Leserne falt for barnas time

EKEBERG, OSLO: Sykepleiens lesere stemte aller mest på Barnas time i årets smartprisavstemning. Britt Helen Haukø kunne dermed ta med seg 100 000 kroner hjem til Namsos.

– Ikke hver dag man får 100 000, sa Britt Helen Haukø, som følte seg sjokkskadet etter å ha blitt utnevnt til lesernes favoritt.

Vinnerne av Sykepleiens konkurranse Smartprisen 2008 ble hyllet på et arrangement på Ekebergrestauranten i Oslo 27. januar. Fire ulike smartpriser ble delt ut.

17 prosent av lesernes stemmer ga Haukø seieren for prosjektet Barnas time, et samtaletilbud for barn som har psykisk syke eller rusavhengige foreldre. Hakk i hæl

fulgte Lisbeth Østby for prosjektet om intravenøsbehandling. Hun fikk 16 prosent av stemmene. På tredjeplass kom Turid Tidemandsen Espelien for sin idé om å ha bilde av tablettene utenpå pakken (11 prosent).

Totalt 1 129 sykepleiere har stemt på lesernes smartpris.

– Skryter av hverandre

– Det er viktig å bli anerkjent av sine egne. Og viktig at sykepleierne skryter av hverandre, sa leder i

Norsk Sykepleierforbund (NSF) Lisbeth Normann da hun delte ut lesernes pris.

At hovedprisen gikk til et opplegg for utsatte grupper, som barn og unge, syntes Normann var gledelig.

– Bruk pengene til videre fagutvikling. Jeg vet fra før av at sykepleierne klarer å få store resultater ut av små ressurser, sa Normann.

Trenger å bli sett

Haukø setter pris på at leserne har

stemt på et forebyggingsprosjekt.

– Disse ungene trenger å bli sett. Det har leserne skjønt. Nå er jeg bare veldig glad, sa hun. Også foreldre og unge vil bli glade, tror hun.

– Pengene betyr at vi kan nå enda flere.

Tre ganger før har hun fått midler til prosjektet Barnas time, som til våren også blir bok der metoden beskrives. Her har Helsedepartementet bidratt med 500 000 kroner.





THE WINNER: Norsk Sykepleierforbunds leder Lisbeth Normann (til høyre) delte ut lesernes smartpris.

– Rus og psykiatri – det er i tiden?

– Ja, men ikke da vi begynte. Vi var tidlig ute, smilte vinneren, som er tilknyttet psykiatrisk post på sykehuset Namsos.

Mye motstand

I sju år har hun holdt på med prosjektet, og hun har møtt mye motstand på veien. Hun etterlyser en holdningsendring blant de ansatte i voksenpsykiatrien.

– Ventelisten er lang og det er

mer enn nok å gjøre. Da synes mange det er nok å jobbe med de voksne pasientene. Men det er vi som møter pasientene som ser at de har barn.

Det forplikter, mener Haukø. Men de ansatte som jobber med voksne sier gjerne at de ikke kan snakke med de unge.

– De vet ikke hvordan de skal gjøre det, sier de.

Haukøs erfaring er at kommunehelsetjenesten gjerne vil hjelpe disse barna – men vet ikke hvem de er.

– En helsesøster hører gjerne bare rykter. Men vi vet.

Finner nye ord

Prosjektet er blitt evaluert, og barna sier at det er lettere å snakke med foreldrene etter å ha vært med på Barnas time.

– De fikk ord å bruke. Og flere turte å fortelle til vennene sine om mor eller fars problemer.

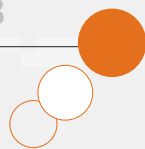
Flere har fått oppfølgende tiltak av for eksempel helsesøster eller barnevern.

Haukø har blant annet lyst til å bruke pengene til et fagseminar med foredragsholdere utenfra.

– Det er ikke lett å bli profet i eget land, så det kommer flere på seminar med innleid hjelp, sa hun nøkternt.

Selv har hun vært på mange konferanser rundt om og fortalt om hva de driver med i Namsos.

Psykiatrisk klinikk i hele Helse Nord-Trøndelag har tatt i bruk Barnas time-metoden. Haukø ser nå gjerne at hele landet tar etter nordtrønderne.



50 000 til LØFTEKLADD

Fagjuryens pris for beste ikke-realiserte ide



NØLENDE VINNER: Nina Rødsmoen fra Sandnes vant med «Løftekladden», en oppfinnelse hun selv hadde laber tro på, men som begeistret juryen. Nå fortsetter arbeidet med å utvikle produktet.

– Tas på alvor

Selv om dette helt og holdent er leserens pris, bifaller også juryen prosjektet.

Den skriver: «Når psykisk syke og rusavhengige legges inn, rammes hele familien. I Barnas time tas barna på alvor og får snakke om foreldrenes sykdom. Foreldrene får også hjelp til å snakke med sine barn. Resultatene har vært gode så langt.»

Juryens vurdering: «En flott metode som bidrar til at hele mennesket kan hjelpes. Vi gleder oss til boka som kan bidra til at flere kan få ta del i metodikken og erfaringene.»

Tre fagpriser

De tre andre vinnerne, med priser på 50 000 kroner hver, var utpekt

av en variert sammensatt fagjury på et grundig jurymøte tidlig i januar.

– Vi har hatt gode diskusjoner om hvert enkelt bidrag, fortalte jurymedlem Gudrun Haabeth Grindaker.

– Det var mange gode kandidater, jeg skulle gjerne gitt alle en pris, sa jurymedlem Katrine Bjåmer.

De to har deltatt i juryarbeidet for første gang. Juryen kom likevel frem til solid enighet om de tre vinnerne: fagprisen, pris for beste urealiserte idé og beste idé fra kommunesektoren.

Katrine Bjåmer jobber som fagutviklingssykepleier i hjemmetjenesten i Sandvika i Bærum kommune, Gudrun Haabeth Grindaker

er direktør i KS Arbeidsgiverutvikling. Ellers besto juryen av fagsjef Mette Dønåsen i Sykepleierforbundet, intensivsykepleier Knut Dybvik ved Nordlandssykehuset, Egil Høyem fra Innovasjon Norge og anestesisykepleier Terje Andersen ved Rikshospitalet.

Trakk vinnerforslaget

Terje Andersen fortalte at det virket som flere av kandidatene hadde liten tro på sin egen idé.

Et eksempel er vinneren av beste urealiserte idé, Nina Rødsmoen. Hun trakk tilbake forslaget «Løftekladden» da Sykepleien skulle presentere ideen i bladet i høst, men lot seg overtale til å ha den med likevel. Det resulterte i en pris på 50 000, og mot til å fortsette arbeidet.

– Den første modellen av løftekladden ble jo liggende i skapet, fortalte Rødsmoen.

Hun fikk den ikke helt til å fungere etter å ha prøvd den til en bruker. Men hun har kontakt med en syerske som vil være med å videreutvikle produktet.

Rødsmoen takket kolleger som har vært med å prøve ut produktet på Lunde bo- og aktivitetssenter i Sandnes. Nå vil hun rådføre seg med Innovasjon Norge for å få vite hvordan hun skal fortsette utviklingen av produktet.

Fagsjef i Sykepleierforbundet, Mette Dønåsen, delte ut prisen.

– Løftekladden vil ha stor effekt for den enkelte pasient. Den har et bredt marked. Vi ønsker at den skal jobbes videre med og tilpasses



HÅPER PÅ SPREDNING: Det var ekstra jevt å få fagjuryens pris, syntes Edel Johanne Børslett i Bærum kommune, her sammen med kollega Berit Skjerve. Hun håper nå etikkarbeidet for helsepersonell kan spre seg til flere kommuner enn Bærum.

ulike setninger. Det enkle er ofte det vanskeligste, men det beste, sa hun.

Vil hjelpe de sykeste gamle

Vinner av prisen for beste forslag fra kommunesektoren var Lisbeth Østby, som også nesten nådde opp i leseravstemningen. Hennes prosjekt er å lære opp sykehjemssykepleierne i intravenøsbehandling i sykehjem i Skien og Nome, for å unngå unødvendig sykehusinnleggelse.

I takketalen fortalte Lisbeth Østby at hun som fersk sykepleier på Sykehuset Telemark la merke til de redde, fortvilte øynene til eldre som ble lagt inn. Å bli flyttet på som gammel og syk kan utløse forvirring og gi en dårligere prognose.

– Jeg kunne ikke la være å gjøre noe med dette, sa hun.

Gode resultater

– Kjempemoro å få smartpris! Det er noe med å bli satt pris på etter mye beinhard jobbing, sa Lisbeth Østby da Sykepleien snakket med henne rett etter prisutdelingen.

Resultatene i Østbys prosjekt er målbare: Sammenligner man 2007 fram til juni med samme periode i 2008 etter at kommunens sykehjemssykepleiere var ferdige med kurs, er innleggelser med infeksjoner blitt mer enn halvert.

Før var det så godt som ingen intravenøsbehandlinger på sykehjemmene i Skien og Nome kommune. I 2008, etter at Østby hadde kurset sykepleierne, var det totalt 137 intravenøstilfeller i kommunehelsetjenesten i Skien og ved Nome sjukeheim, og 100 av

dem var rein væskebehandling.

– På den måten unngikk vi også en del tilfeller av urinveisinfeksjon og lungebetennelse.

Guðrun Haabeth Grindaker, direktør for avdeling for Arbeidsgiverutvikling hos KS (kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon), delte ut denne prisen på 50 000 kroner.

– Østbys prosjekt har styrket livskvaliteten til de eldre, spart penger for sykehusene og økt den faglige kompetansen ved sykehjemmene, sa hun.

Fire nye fylker med

Foreløpig har prosjektet blitt gjennomført i Skien og Nome kommune, mens Porsgrunn nylig er blitt med. Uken før smartprisen ble utdelt, ble

det opprettet fem nye stillinger. Nå skal også undervisningssykehjemmene i Aust- og Vest-Agder, Vestfold og Buskerud i gang med det samme. Telemark har fått den femte stillingen.

Grindaker håper prisvinneren videreutvikler systemet til å kunne brukes av andre sykepleiere i hele landet.

– Vil du gjøre det, Østby?

– Nå avventer jeg litt og ser hvordan det går i de nye fylkene som skal starte opp. Jeg har undervist om metoden, fortalt om mine erfaringer og overlevert alle mine papirer. Vi får vente et halvt til trekvart år og se hvordan det går før vi kan videreføre systemet til resten av landet, sier hun.

– Hva skal du gjøre med prispenge-
ne på 50 000 kroner?



**50 000 til
INTRAVERNØSKURS**

Beste idé fra
kommunesektoren

**Kjempemoro å få smart-
pris! Det er noe med
å bli satt pris på etter
mye beinhard jobbing.**

Lisbeth Østby



ØSTBYS METODE: Lisbeth Østby fra vant fordi hennes opplegg har hatt stor betydning for brukernes livskvalitet og har stor mulighet for spredning, sa representanten fra KS, Gudrun Haabeth Grindaker da hun overrakte smartprisen. Prosjektet ble også omtalt i Sykepleien nr. 7/08

– Det har jeg ikke rukket å tenke på, sier den glade vinneren.

Foreløpig er det i alle fall nok å gjøre for gründeren. Hun har 13 sykehjem som trenger undervisning og oppfølging, hun holder egne kurs for sykehjemslegene og blir invitert til å holde foredrag rundt omkring i landet. Prosjektstillingen varer til årets slutt, med gode muligheter for forlengelse, vil vi tro ...

– Viktig tema for alle

Fagjuryens såkalte «fagpris» ble delt ut av divisjonsdirektør Siri Bjerke i Innovasjon Norge. Den gikk til Edel Johanne Børslett i Bærum kommune, for hennes ettkarbid.

– Prisen for beste realiserte idé går til et stort og viktig prosjekt, som kommer pasientene spesielt til gode. Helsepersonell oppnår gjennom etikkprosjektet å få en felles forståelse for ulike dilemmaer, og en større bevissthet rundt valgene man tar i hverdagen. I tillegg kan dette arbeidsverktøyet brukes utenfor helsesektoren, og det har i alt en nyttig

og samfunnsøkonomisk verdi, sa Bjerke.

– Dette var veldig hyggelig, og jeg synes det er ekstra gjevt at prisen kommer fra fagjuryen, strålende sykepleier og leder av samarbeidsprosjektet om etisk kompetanseheving i Bærum kommune, Edel Johanne Børslett, da hun mottok prisen på 50 000 kroner.

Etikkprosjektet har så langt vekket stor interesse, og ifølge

Børslett er det et uttalt behov blant helsearbeidere om å drøfte etiske problemstillinger.

Økt etterspørsel

– Prisen vil gjøre det lettere å gjøre prosjektet kjent også ut over Bærum kommunes grenser, og vi håper og tror at flere vil melde seg på etikkveilederkursene våre i tiden som kommer, sier hun.

Børslett ønsker å rette en stor

takk til alle bidragsytere og samarbeidspartnere; Seksjon for medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo, kommunesjefen og kvalitetsutvalget i Bærum kommune, KS, og ikke minst til alle kontaktpersonene ved de ulike tjenestestedene.

– Jeg hadde ikke tenkt på at dette var mulig, sa en overveldet prisvinner.

– Vi gleder oss til å komme hjem og fortelle dette!

- Det finnes ingen snarvei til god helse



Til alle mammaer og pappaer:

Viktig for optimal utvikling!

I barndommen skal kropp og hjerne vokse og utvikle seg, da er riktig næring ekstra viktig. Möller's Tran inneholder en unik naturlig kombinasjon av næringsstoffer som er viktige for barns helse og utvikling.

DERFOR BØR BARN TA TRAN

OPTIMAL UTVIKLING AV HJERNEN

Möller's Tran er rik på den spesielle omega-3-fettsyren DHA. Dette stoffet er en av de viktigste byggeklossene for cellene i hjernen. Forskning viser at inntak av DHA har en positiv effekt på hjernens utvikling. En skje Möller's Tran gir mer DHA enn man finner i de fleste andre produkter (0,6 gram per 5ml).

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

- Helsedirektoratet

STERKT SKJELETT

Möller's Tran er en god kilde til vitamin D, som er viktig for opptak av kalsium i kroppen og dermed avgjørende for at kroppen skal kunne bygge et sterkt skjelett. Her i Norge hvor vi har lite sol, viser det seg at mange får for lite vitamin D. En skje Möller's Tran sørger for den anbefalte mengden vitamin D hver dag.

TRYGT NORSK NATURPRODUKT

Möller's Tran er et naturprodukt laget av 100% norsk fisk. Over 150 år med stadige forbedringer gjør at vi kan tilby tran av høyeste kvalitet. På vei fra fisk til flaske gjennomgår hver dråpe tran en avansert prosess og grundige kontroller for å sikre et rent og trygt produkt. Les om vår renhetsgaranti på våre hjemmesider.

TRANTIPS

- Gi tran til små barn før badetid, så unngår du søl og flekker på klærne.
- Prøv kald Möller's Tran med sitronsmak, mange synes den er bedre.
- Ta tran sammen med barnet – vær et godt forbilde.
- Ikke gi opp. De fleste venner seg til smaken etter en stund.

www.mollers.no

Grønt nr: 800 80 555

MÖLLER'S
GRUNNLAGT 1854



BCG ut av vaksinasjonsprogrammet



UTGÅR: Fra og med neste skoleår vil ikke etnisk norske ungdommer få BCG-vaksine.

Etniske norske barn skal ikke lenger vaksineres mot tuberkulose. Fra nå av prioriteres barn med familietilknytning til land der tuberkulose er utbredt.

En ny rapport fra Folkehelseinstituttet konkluderer med at BCG-vaksinen ikke lenger skal inngå som en del av barnevaksinasjonsprogrammet. Fra å være et av landene i Europa med mest tuberkulose på begynnelsen av 1900-tallet, er Norge i dag et av landene i verden med lavest forekomst. Hanne Nøkleby, direktør for Divisjon for smittevern i Folkehelseinstituttet, understreker at BCG-vaksinen har vært under revurdering med jevne mellomrom i en årrekke.

Tilbys barn i risikogrupper

– Hvorfor har dere bestemt dere for å ta vaksinen ut av programmet akkurat nå?

– Forrige utredning ble foretatt i 2000, og da ble avgjørelsen å ikke ta vaksinen ut av programmet. Grunnen til at vi tok problemstillingen opp på nytt igjen er at de landene i Europa som det er naturlig for oss å sammenligne oss med ikke lenger vaksinerer obligatorisk mot BCG, sier Nøkleby.

Vaksinen skal fortsatt gis til barn med økt risiko for å bli smittet med tuberkulose, samt tilbys til yngre personer som er særlig risikoutsatt for smitte.

Innvandrere mest utsatt

– Men er ikke tuberkulose mer utbredt i Norge i dag enn for tjue år siden?

– Jo, men det har med innvandring å gjøre. Det kommer innvandrere til Norge som allerede er smittet, men undersøkelser viser at disse stort sett bare smitter innad i sine egne miljøer. Nordmenn flest er derfor ikke mer utsatt for smitte i dag enn for tjue år siden. Vi har derfor kommet frem til at det er bedre å bruke ressursene målrettet; å gå aktivt inn med tiltak overfor dem som er i risikozonen.

NSF støtter rapporten

Astrid Grydeland Ersvik, leder i Landsgruppen av Helsesøstre i Norsk Sykepleierforbund, forteller at også de støtter rapporten:

– Vi har gitt høringsinnspill og støtter den konklusjonen arbeidsgruppen har kommet frem til. Med så lav forekomst av tuberkulose som det er i Norge i dag, mener vi at å bruke ressursene der smitten er størst er det beste.



BCG UNØDVENDIG: Hanne Nøkleby i Folkehelse frykter ikke tuberkulosesmitte i Norge. Foto: Lene Solbakken

Ersvik er bekymret fordi folk stadig reiser mer og derfor er mer utsatte for smitte, men synes likevel det er riktig at dagens ordning er revurdert.

Folkeheksinstituttet anbefaler at BCG skal tilbys barn under 18 år som skal tilbringe mer enn tre måneder i et land med høy forekomst av tuberkulose og ha tett kontakt med lokalbefolkningen. Alle andre som skal ut å reise i risikozoner og ønsker å vaksinere seg vil normalt selv måtte betale for den.

I DAG KAN VI GJØRE MER



GARDASIL®

Vaksine mot humant papillomavirus
Type 6,11,16,18
Rekombinant, adsorbert

Den firevalente
vaksinen som skal
beskytte mot
livmorhalskreft*
– for bred beskyttelse
og tidlig nytte



Livmorhalskreft*



Premaligne genitale lesjoner

• Livmorhalsen

• Vulva

• Vagina **NY** indikasjon



Eksterne kjønnsvorter

Forårsaket av HPV 6,11,16 og 18**



*Relatert til HPV 16/18
**Norsk SPC 05/09/08

Se preparatomtale side 28

C1
Gardasil® «Sanofi Pasteur MSD»
Vaksine mot humant papillomavirus.

ATC-nr.: J07B M01

INJEKSJONSVÆSKE, suspensjon: Hver dose inneholder: Humant papillomavirus (HPV) type 6 L1-protein ca. 20 µg, type 11 L1-protein ca. 40 µg, type 16 L1-protein ca. 40 µg, type 18 L1-protein ca. 20 µg, natriumklorid, L-histidin, polysorbat 80, natriumborat, aluminium (som amorft aluminiumhydroksyfosfat sulfatadjuvans) 225 µg, vann til injeksjonsvæsker. **Indikasjoner:** Vaksine som skal forhindre premaligne genitale lesjoner (cervikale, i vulva og vaginale), cervixcancer og kjønnsvorter (condyloma acuminata) som har årsakssammenheng med humant papillomavirus (HPV) av typene 6, 11, 16 og 18. Indikasjon er basert på effekt hos voksne kvinner 16-26 år og påvist immunogenisitet hos barn og ungdom 9-15 år. Beskyttelseeffekt er ikke undersøkt hos menn. Bruk av preparatet skal følge offentlige anbefalinger. **Dosering:** Primær Vaksinering: 3 separate doser på 0,5 ml gis ved måned 0, 2 og 6. Ved alternativt vaksinasjonsplan gis den 2. dosen minst 1 måned etter den 1. dosen, og 3. dose gis minst 3 måneder etter 2. dose. Alle 3 dosene må gis innen 1 år. Behovet for boosterdose er ikke klarlagt. **Barn: <9 år:** Ikke anbefalt pga. utilstrekkelig data vedrørende immunogenisitet, sikkerhet og effekt. Gis i.m., fortrinnsvis i overarmens deltarmuskulatur eller i det øvre anterolaterale området på låret. Må ikke injiseres intravaskulært. Hverken subkutan eller intradermal administrering er undersøkt, og anbefales derfor ikke. Det anbefales å fullføre vaksinasjonsplanen. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. Ved symptomer på overfølsomhet, må det ikke gis flere doser. Vaksinering utsettes ved akutt, alvorlig febersykdom. Vaksinering er ikke kontraindisert ved mindre infeksjon, som en lett øvre luftveisinfeksjon eller lett feber. **Forsiktighetsregler:** Hensiktsmessig medisinsk behandling må alltid være tilgjengelig i tilfelle sjeldne anafylaktiske reaksjoner. Det er usikkert om alle som får vaksinen beskyttes. Vaksinen beskytter bare mot sykdommer som forårsakes av HPV-type 6, 11, 16 og 18. Anbefalte forsiktighetsregler for beskyttelse mot seksuelt overførbare sykdommer må fortsatt følges. Beskytter ikke mot eksisterende HPV-infeksjoner. Har ikke terapeutisk effekt og er derfor ikke indisert som behandling av cervixcancer, høygradig cervix-, vulva- og vaginaldysplasi eller kjønnsvorter, eller for å hindre utvikling av andre etablerte HPV-relaterte lesjoner. Vaksinering er ikke erstatning for regelmessig screeningundersøkelse av cervix. Regelmessig screening iht. lokale anbefalinger er fortsatt viktig. Det foreligger ikke data om bruk ved svekket immunrespons. Personer med svekket immunrespons, uavhengig av årsak, kan ha redusert respons på vaksinen. Må gis med forsiktighet ved trombocytopeni eller annen koagulasjonssykdom, fordi det etter i.m. injeksjon kan oppstå blødning hos disse pasientene. Varighet av beskyttelsen er ukjent. Vedvarende beskyttelseeffekt har vært påvist i 4,5 år etter fullført primær Vaksinering på 3 doser. Ingen sikkerhets-, immunogenisitet- eller effektivitetsdata støtter kombinasjon med andre HPV-vaksiner. **Interaksjoner:** Kan gis samtidig med hepatitt B-vaksine på annet injeksjonssted uten å forstyrre immunresponsen på HPV-vaksinen. Andel personer som oppnådde et beskyttende nivå av anti-HB f10 mIE/ml ble ikke påvirket, men anti-HBs geometriske middelværdier var lavere når vaksinerne ble gitt samtidig. Klinisk betydning er ukjent. Samtidig bruk med andre vaksiner er ikke undersøkt. Bruk av hormonelle prevensjonsmidler synes ikke å påvirke immunresponsen på preparatet. **Graviditet/Amning: Overgang i placenta:** Begrensede data indikerer ingen sikkerhetsrisiko. Bruk under graviditet anbefales imidlertid ikke, og vaksinering bør utsettes til etter fullført graviditet. Overgang i morsmelk: Kan gis til ammende. **Bivirkninger:** Svært vanlige ($\geq 1/10$): Øvrige: Erytem, smerte og hevelse på injeksjonsstedet, pyreksi. Vanlige ($\geq 1/100$ til $< 1/10$): Øvrige: Blåmerke og pruritus på injeksjonsstedet. Sjeldne ($\geq 1/10\ 000$ til $< 1/1000$): Hud: Urticaria. Svært sjeldne ($< 1/10\ 000$), ukjent: Blod/lymfef: Lymfadenopati. Gastrointestinale: Kvalme, oppkast. Immunsystemet: Overfølsomhetsreaksjoner inkl. anafylaktiske/anafylaktiske reaksjoner. Luftveier: Bronkospasme. Muskel-skjelettsystemet: Uspesifikk artritt/artropati. Nevrologiske: Guillain-Barrés syndrom, svimmelhet, hodepine, synkope. **Overdosering/Forgiftning:** Symptomer: Ved overdosering er bivirkningsprofilen sammenlignbar med det som er observert ved anbefalte enkeltdoser. **Egenskaper: Klassifisering:** Rekombinant, adsorbent, ikke-infeksiøs fire-komponentvaksine med adjuvans, laget av høyrensedde viruslignende partikler (VLP) fra hoved L1-kapsidprotein hos HPV-type 6, 11, 16 og 18. Produsert i gjærceller vha. rekombinant DNA-teknologi. VLP inneholder ikke virus-DNA og kan ikke infisere celler, reproducere eller forårsake sykdom. **Virkningsmekanisme:** HPV infiserer bare mennesker, men dyreforskning med analoge papillomavirus antyder at L1 VLP-vaksiner beskytter ved å inducere en humoral immunrespons. Preparatet beskytter mot infeksjoner forårsaket av de fire HPV-typer i vaksinen. Etter 3 år er beskyttelseeffekten mot HPV 6-, 11-, 16- og 18-relatert CIN 2/3 og AIS, VIN 2/3, VaIN 2/3 og kjønnsvorter på hhv. 99%, 100%, 100% og 99%. Kryssbeskyttelseeffekt mot CIN 2/3 og AIS er også vist mot 10 ikke-vaksinertyper. Kombinert er effekten på 23%, mens for HPV-31 alene er effekten på 56%. Det er ikke vist beskyttelse mot sykdom forårsaket av HPV-typer hos pasienter som er PCR- og/eller antistoffpositive før vaksinering. Påvirker ikke utvikling av infeksjoner eller lidelser som er til stede ved vaksineringstidspunktet. **Terapeutisk serumkonsentrasjon:** Minimum beskyttende antistoffnivå er ikke identifisert. Innen 1 måned etter 3. dose er 99,9% antistoffpositive mot HPV 6, 99,8% mot HPV 11 og HPV 16, og 99,6% mot HPV 18. Immunogenisitet har sammenheng med alder og anti-HPV-nivåer ved måned 7 og er merkbart høyere hos pasienter <12 år enn hos eldre. Eksakt varighet av immunitet etter primær Vaksinering med 3 doser er ikke fastslått. Bevis på immunologisk hukommelse ble sett hos vaksinerte personer som var antistoffpositive mot relevant HPV-type(r) før vaksinering. Vaksinerte som fikk en tilleggsdose 5 år etter vaksinasjon, viste en hurtig og kraftig antistoffrespons (tegn på immunologisk hukommelse) som var større enn anti-HPV geometrisk middelværdier observert 1 måned etter den 3. dosen. Basert på immunogenisitetssammenligning kan en anta at vaksinen også har beskyttelseeffekt hos jenter 9-15 år. Immunogenisitet og sikkerhet er vist hos gutter 9-15 år. Beskyttelseeffekt er ikke evaluert hos menn. **Oppbevaring og holdbarhet:** Oppbevares i kjøleskap (2-8°C). Må ikke fryses. Beskyttes mot lys. **Andre opplysninger:** Hele den anbefalte vaksinedosen må benyttes. **Ristes godt før bruk.** Etter risting er innholdet en litt uklart, hvit suspensjon. Innholdet i sprøyten inspiseres visuelt for partikler og misfarging før injeksjon. Legemidlet skal kastes dersom det inneholder partikler eller er misfarget. Bruk én av de vedlagte kanylene til vaksineringen. Passende kanyle velges ut i fra pasientens størrelse og vekt for å sikre i.m. injeksjon. Sikkerhetsmekanismen vil dekke kanylen etter injeksjon for å forhindre stikkskade. Kontakt med aktiveringstappene på sikkerhetsmekanismen må unngås for å sikre at plastylsen ikke dekker kanylen for tidlig. Sørg for at luftbobler fjernes fra sprøyten før injeksjon. Må ikke blandes med andre legemidler. **Destruksjon:** Ubrukt legemiddel eller avfallsmateriale skal behandles iht. lokale krav. Sist endret: 18.11.2008. **Pakninger og priser:** Ferdigfylt sprøyte med sikkerhetsmekanisme og to kanyler: 0,5 ml kr 1181,10. HPV 16 og 18 er ansvarlig for omtrent 70 % av tilfellene av høygradig cervical intraepitelial neoplasi (CIN 2/3) og adenocarcinoma in situ (AIS) av høygradig vulvadysplasi (VIN 2/3) hos unge kvinner før menopause. Godkjent av NOMA: 29.10.08

Vil vite hvorfor sykepleiere får brystkreft

Risikoen for å få brystkreft er høyere blant sykepleiere enn hos andre yrkesgrupper. Nå vil tidligere sykepleier Jenny-Anne S. Lie finne ut hvorfor.

– Dersom det er slik at faktorer i yrket bidrar til økt brystkreftrisiko blant sykepleiere, er dette viktig å få avdekket, sier sykepleier og dr.philos. Jenny-Anne Sigstad Lie ved Statens arbeidsmiljøinstitutt (Stami) til Sykepleien.

Tidligere har hun slått fast at risikoen for å få brystkreft er

dobbel så stor for sykepleiere som har jobbet som nattevakt i 30 år, sammenliknet med dem som aldri har jobbet nattevakt. Nå fortsetter hun sitt arbeid med å forske på sykepleiere og brystkreft.

2000 sykepleiere

I regi av Stami og Krefregisteret

Halvert helseaktivitet

Fortsatt blir Pro Sentret oppsøkt av prostituerte som trenger helsehjelp. Men bare halvparten så mange som før.

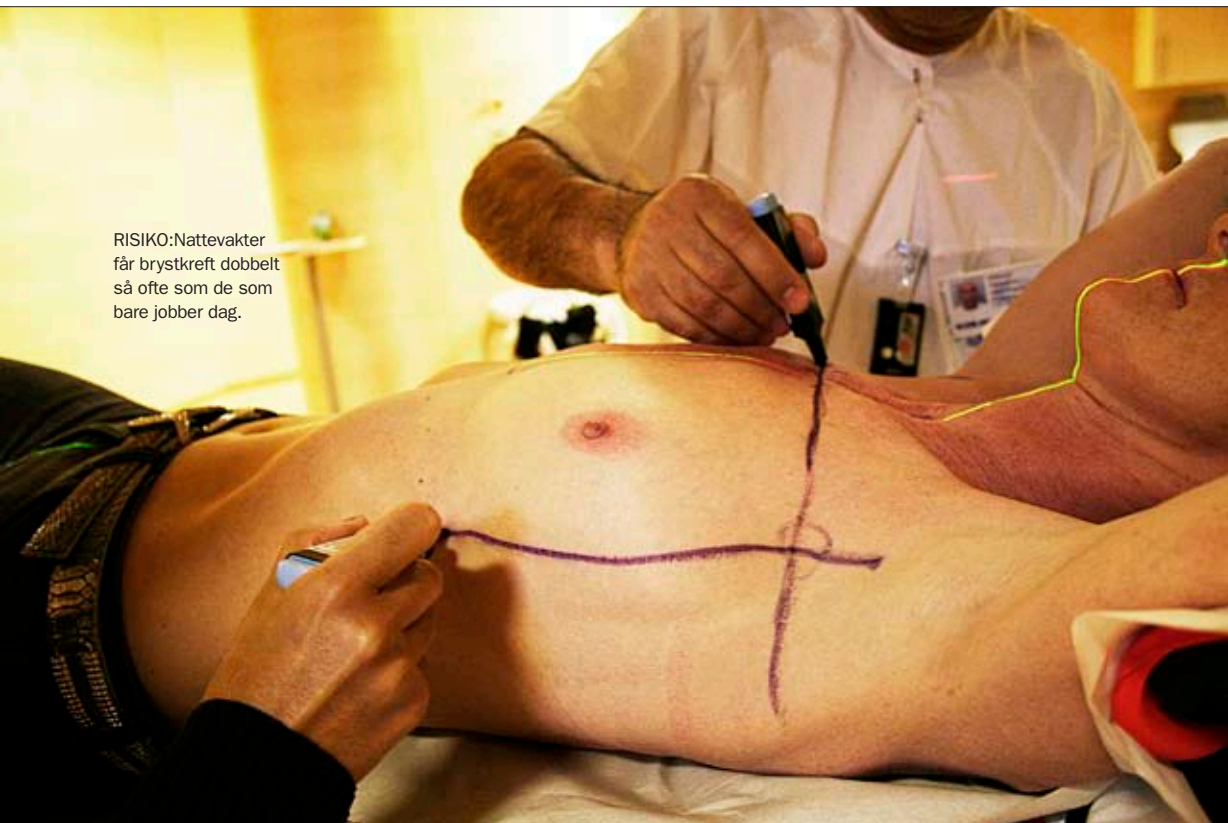
Fra nyttår ble det forbudt å kjøpe sex i Norge. Pro Sentret har vært mot forbudet. Bekymringen er at de prostituerte ikke lenger vil søke helsehjelp de trenger.

– Gatene er så å si tomme. Vi treffer bare en og annen når vi

er ute, bekrefter Lennart Lock, avdelingssykepleier ved helseavdelingen på Pro Sentret i Oslo

Han forteller at storparten av de nigerianske har reist. De fleste til Italia og Spania, der de har oppholds- og arbeidstillatelse fra før. I Norge har de

RISIKO: Nattevakter får brystkreft dobbelt så ofte som de som bare jobber dag.



skal Lie lede en stor undersøkelse som starter opp om kort tid. I løpet av våren vil flere sykepleiere som avsluttet sin sykepleierutdanning før 1986 og er under 75 år gamle, bli spurt om å delta. Av disse vil et antall sykepleiere som har hatt kreft, og like mange som ikke har hatt det, etter 1990 bli spurt om å være med.

Totalt regner man med at om lag 2000 sykepleiere vil bli invitert til å delta i undersøkelsen.

Statistisk sentralbyrå vil gjennomføre intervjuene. Sykepleierne vil blant annet bli spurt om hva de har gjort i yrket hvor de har jobbet, om de har jobbet skiftarbeid, vært utsatt for stråling, og

så videre. Andre mulige risikofaktorer som arvelighet, bruk av hormoner, og hvorvidt man har barn eller ikke, vil også tas med i vurderingen.

Uløst gåte

Deltakerne vil også bli bedt om å sende inn en spyttprøve for gen-

testing. Det er gener som har med døgnrytmevariasjoner å gjøre som skal undersøkes. Resultater fra denne type tester vil ikke gi noe informasjon av betydning for den enkelte kvinne, og deltakerne vil derfor ikke få noen tilbakemelding om disse.

Det er selvsagt frivillig å delta i undersøkelsen, men Lie håper at så mange som mulig vil takke ja til tilbudet.

– Jeg har tidligere gjennomført en doktorgrad om sykepleiere og kreftrisiko. Jeg fikk da anledning til å koble historiske arkiver over sykepleiere med data fra Kreftregisteret.

Men Lie fant ikke svaret på hvorfor sykepleiere har høyere brystkrefttrisiko.

– Det er det vi håper å komme nærmere gjennom denne undersøkelsen. Vi håper resultatene vil bli en ny brikke i puslespillet av årsaker til brystkreft, sier hun.

Undersøkelsen finansieres av Norges forskningsråd, Helse Sør-Øst og Kreftforeningen.

oppholdt seg på turistvisum. Noen prøver seg i Finland, Danmark og Tyskland.

Har faste kunder

– Mange øst-europeere har reist hjem, men noen er fortsatt i Oslo. De avventer. Mitt inntrykk er at en del norske og øst-europeiske har telefonkontakt med faste kunder. Men politiet står vakt utenfor leilighetene og følger nøye med, sier Lock.

De nigerianske som er igjen i Norge, har sluttet med prostitusjon. Noen søker eller har fått innvilget en seks måneders refleksjonsperiode, der de vurderer om de vil angi bakmenn. Andre søker asyl eller har fått norsk partner. Noen prøver å finne vaskejobber.

– Det ryktes at de nigerianske vil komme tilbake når politiets aktivitet har roet seg. Og at politiet

derfor vil gjøre en offensiv i sommer, sier Lock.

– Er det ingen som kommer til dere nå?

– Joda. Legelisten er full hver onsdag. Og de kommer fortsatt til helsekonsultasjoner. Før hadde vi 40 pasienter hver kveld, nå kommer 20.

Historiene forsvinner ikke bare fordi de slutter i jobben.

Lennart Lock

– De 20, jobber de inne som prostituerte?

– De er eks-prostituerte. Fra nyttår har det ikke vært mye arbeid å få.

Mangler inntekt

Varmestuen, som før stadig var i

bruk, er nå atskillig mindre besøkt.

– Men sosionomene har mye å gjøre likevel. De hjelper dem som ønsker å søke om opphold og asyl, og de som vil gifte seg. Det krever mye papirarbeid.

Lock tipper at politiets aktivitet overfor sexkjøperne vil avta.

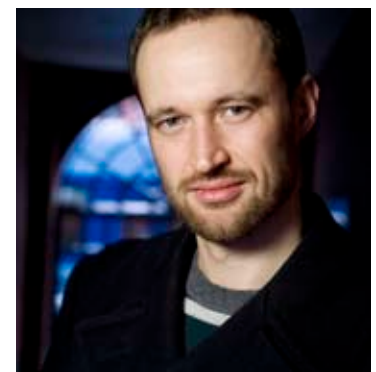
– På sikt blir det med sexsalg som med stoffsalg ved Akerselva: Alle vet at det foregår, men politiet har ikke ressurser til å følge opp.

Mange har det vanskelig uten inntekt.

– Det er ikke lett å skaffe penger til stoff for dem som er avhengig av det. Hvordan finansierer de rusbruket sitt nå? Via en kjæreste? Tyveri? Tigging? Dealing? Sexkjøpforbudet har mange sider.

– Hva skjer nå med Pro Sentret?

– Vi har ordinær drift til midten av året. Nå skal vi diskutere hvordan vi skal jobbe framover. Våre



Sykepleier Lennart Lock ved Pro Senteret.

brukere har jo de samme psykosomatiske utfordringene. De har mindre helseplager, men traumene etter menneskehandel består. Historiene forsvinner ikke bare fordi de slutter i jobben, sier Lock.

tekst Marit Fonn foto Stig Weston

Hvem: Hvem:
Alder: 46 år
Hvorfor: Fordi han i to uker jobbet på Shifa-sykehuset i Gaza mens krigen pågikk.

Etter Gaza

Han snakker det ut av kroppen. Det som skjedde i Gaza. Derfor blir det ingen mareritt.

Det er under et døgn siden sykepleier Dagfinn Bjørklid kom hjem til Norge. Da han landet på Gardermoen, ble han tatt imot av tv-team, presse og jublende palestinske venner. Slik legene Mads Gilbert og Erik Fosse ble en uke før.

De tre var de eneste internasjonale helsearbeiderne i Gaza by da krigen startet. Pressen var utestengt, og de rapporterte til hele verden fra Shifa-sykehuset.

Nå kommer Bjørklid til Sykepleiens lokaler rett fra et opptak i TV2. Han har pc-en med seg.

– Må bare sende noen bilder til Hordalands avis. Det har jeg lovet.

Han klikker seg fram til bildene fra Gaza. En journalist ringer. Et ukeblad vil ha et intervju. Han sier ja.

– Det er viktig at historiene blir spredt til så mange som mulig, sier han, ørlite matt i blikket.

Bjørklid jobber egentlig i Libanon for Norwac (Norwegian Aid Committee). Han hadde juleferie hjemme i Oslo da det brakket løs i Gaza. Da visste han hva som lå i kortene. Norwac måtte gjøre noe. Raskt. Koordinator John Eivind Jensen og legene Gilbert og Fosse

dro til Egypt. Bjørklid til Jerusalem. Legene kom seg inn i Gaza nyttårs-aften. Bjørklid en uke etter. Vi så dem på Dagsrevyen. Hørte dem i radioen. Leste om dem i avisene.

Nå viser han bilder fra laptoppen.

– Disse kan ikke trykkes, fastslår han, og mener de blodigste.

– Men de kan brukes til undervisning.

Vi ser avkuttete bein, lemlestedde kropper, granatskadde barn.

– Hmm... Det ser ut som et slaktehus, mumler han.

Ett bilde viser rommet der han sov. Vinduet er teipet så det ikke skal slås inn av lufttrykket under bombing.

Han skroller seg videre i bilde-

En barnekropp har masse, blodige splinthull. Innenfor er det mengder av metallpartikler som må fjernes.

Ofte foregikk to operasjoner samtidig på samme operasjonsstue. Intensivavdelingen ble utvidet mange ganger. Bjørklid vekslet mellom akuttmottaket og operasjonsstuen.

– *Hvordan er det å se dette nå?*

– Synet er ikke det verste. Men hvilken framtid har denne unge mannen i Gaza? I et muslimsk samfunn er det viktig for en mann å være reproduktiv. Her er begge testiklene blåst bort og beina amputert. Hvilket liv får han etter at vi reddet livet hans?

Han tenker på dem som har mistet synet eller hørselen. Eller fått alvorlige hodeskader.

Karrieremessig er det jeg gjør helt idiotisk.

serien. En far med barn, begge er døde. Forkullede rester av en mor, mens hun holder om sine tre barn.

– Her er et beskrivende bilde. Vi hadde masse sårne pasienter: Høy lærbeinsamputasjon.

– De har mén for all framtid. Der er det ingen rehabiliteringshospital å la Sunnaas.

Bjørklid pakker sammen lap-toppen og vi går til en kafé i nærheten.

Det blå palestinaskjerfet fra Beirut varmer i Oslo-kulden. Nei, han har ikke landet ennå. Det var ikke lett å reise fra kollegene i Gaza.

– Men jeg ble avløst av to nye sykepleiere, så jeg følte ikke at jeg stakk av.

Å bli intervjuet i ett sett, kan ta på. Men samtidig er det terapi. Han snakker det han har opplevd ut av kroppen.

– Og det er viktig å formidle galskapen. Alle kriger er galskap. Dette var mindre krig enn massakre. Drap av sivilbefolkningen.

– *Kunne du vært sykepleier også i Israel?*

– I prinsippet kan jeg behandle alle. En israelsk soldat, en Hamas-mann, et barn. Men det er menneskelig å ta den svakes parti.

Han ser ingen vinnere. Kun tapere. Israel den moralske taperen. Hamas den militære. Men den største taperen er sivilbefolkningen.

– *Kan du forstå at Israel-venner er kritiske til palestinerne?*

– Jeg skjønner at en israelsk mor frykter rakettnedslag i boligområder, slik palestinerne frykter bomber. Og at israelerne vil sikre fred for borgerne. Fra et slikt ståsted er det like forkastelig å sende raketter



inn i Israel, som det er å bombe Gaza.

Men så er det proporsjonene.

– Israel har et stort ansvar som okkupasjonsmakt. Landet plikter å ta vare på sivilbefolkningen det okkuperer, og sørge for mat og helse. Palestinerne har ingen grenser de kontrollerer selv. 60 år på flukt, 40 år under okkupasjon, en regjering som styrer på nåde.

Mens Røde Kors har restriksjoner på hvem som skal uttale seg, ser Norwac det som naturlig at helsepersonell rapporterer det de ser.

– For meg er det å være nøytral. Vi trengte ikke å dramatisere. Jeg rapporterte kun om det vi kunne observere fra Shifa-sykehuset.

Han var knapt utenfor i de to ukene han var der.

Egentlig ville han bli dyrlege. Men da han gikk ut av gymnaset, var yrkesvalget klart. Han ble sykepleier i 1988 i Tromsø. Anestesisykepleier ble han på Ullevål sykehus i Oslo.

Ifølge kolleger er Bjørklid ordentlig, pragmatisk og voldsomt flink til å rapportere. På en halv side får han sagt det andre sier på ti. Det har han lært i militæret.

I førstegangstjenesten var han undervisningssykepleier ved Hærens sanitet. Senere ble det diverse kurs.

– *Så du er ikke militærnekker?*

– Nei.

De store blå øynene vider seg ut enda et hakk.

– Fram til 2005 var jeg hovedinstruktør ved utdanningscenteret i Forsvarets sanitet.

– *Å? For hele forsvaret?*

– Ja. En fellesavdeling for hær, sjø og luft.

– *Men du var vel ikke soldat?*

– Som offiser er du jo også soldat.

Han var i FN-styrken etter Gulf-krigen i Irak. Dro med Unifil til Libanon. Og så Kosovo. Siden 2000 har det vært Norwac. Miksen av militært og humanitært synes han ikke er motstridende. Det er bare to ulike organisasjoner. Og det norske forsvaret følger reglene for internasjonal folkerett.

– *Kunne du drepte?*

– Det er ikke hovedinteressen

min. Våpen løser ikke en konflikt, men det kan være nødvendig for å stoppe en konflikt. Som sanitetssykepleier skal du beskytte pasientene og sykehuset, om nødvendig med våpenmakt.

Heller ikke han klarer å ta inn over seg de store tallene over skadde og drepte. Han deler ofte inn i skoleklasser. Men det er enkeltmenneskene han husker. For eksempel Omar.

– Jeg trodde han var 15, men han var 12-13. Han var våken da han kom, ille tilredt. Vi amputerte høyre arm, og begge beina i hofte-høyde. Han vil overleve. Familien var glad. Men hva nå?

Amira var 10-12 år. Hun ble funnet under noen ruiner, tre dager etter bombingene. Nedkjølt og uttørket, men ikke skadet.

– Jeg husker redselen i blikket. Men dagen etter kom et smil. Barna har sett og hørt mer enn de burde. Istykkerrevne kropp. Kløyvde hoder. Halve mennesker i et tre. Det skal ikke barn se. Ikke voksne heller.

– *Har du gjort nytte for deg?*

– Syns faktisk det. Ikke mest på grunn av kompetansen. Periodevis trengte de hender, men det viktigste var at de fikk vite at de ikke er alene. To uker var de uten strøm. De ante ikke at det var demonstrasjoner i Norge og i Tel Aviv. Det kunne vi fortelle dem.

– *Var du redd?*

– Ikke for eget liv. Men det var ubehagelig når bombene falt 50-100 meter unna.

Etter en natt på operasjonsstuen gikk han for å legge seg. Da smalt en bombe og soveromsdøren ble revet ut av hendene hans.

– Men det forhindret ikke at jeg sov.

Han prøvde å få minimum fire timers sammenhengende søvn i døgn.

– Det må man ha for å klare seg over tid. En time her og én der – da blir man psykotisk.

– *Godt sovehjerte?*

– Jeg kan sove overalt. Alltid. Kunne godt lagt meg ned her og



sovnet på ti minutter, sier han og klapper på sofaen.

– *Hvorfor gjør du denne jobben?*

– En blanding av spenning og moralsk forpliktelse til å bidra. Det har med anstendighet å gjøre. Når mennesker er i krise, har helsepersonell et særlig ansvar.

– **Vil du bakke lenge med alle inntrykkene?**

– Tror ikke det. Teamet vårt drev med kontinuerlig debriefing. På slutten av dagen møttes vi. Vi spiste frokost sammen. Vi snakket om faglige utfordringer, emosjonelle påkjenninger. Vi har sett på hverandres bilder.

Bjørklid er overbevist om at han og kollegene som jobbet skulder ved skulder under bombingene av Gaza for alltid vil se hverandre som brødre.

– Vi lukta blod, vi så skamferte kropp, hørte de samme bombenedslagene, kjente lufttrykket. Arbeidssituasjonen var ekstrem.

Norwac har avtale med en psykiater som tar seg av kriseoppfølging.

– *Skal du til ham?*

– Ja, sier han. Uten glød.

– Jeg var motstander, men kjøper greien. Det er viktig å strukturere. Og at Norwac framstår som en profesjonell organisasjon.

– **Nydelig!**

Bjørklid spiser fiskesuppe. I Gaza gikk det i ris. Og et kjøttstykk

her, litt fisk der. Tunfisk på boks er han grundig lei.

– *Tilfeldig at det var dere som kom inn og ingen andre?*

– Nei. Norwacs styrke er å være liten og smidig. Og at alle er helsepersonell. Jeg liker å jobbe selvstendig og at jeg selv kan vurdere egen sikkerhet. Det er bedre enn at noen hjemme skal fortelle meg det.

Om to dager skal han til Libanon for å ordne praktisk ting. Der er han koordinator for Norwac, som støtter Palestinske Røde Halvmånes drift av sykehus og sykepleierskole. Mental helse for barn og unge et viktig område.

– *Ville du heller vært lege?*

– Nei. Sykepleiere er multifunksjonelle. Gangbar arbeidskraft. Kan brukes til logistikk. Organisere. Klinisk behandling. En utmerket kombinasjon.

Han erkjenner at han må friske opp sin kliniske kunnskap.

– Jeg er ikke noen dyktig anestesisykepleier. Karrieremessig er det jeg gjør helt idiotisk. Men det er moro og en personlig utfordring.

– *Og lønnsomt?*

– Nei. Ikke i en sånn organisasjon. Men jeg taper ikke heller.

Som major i Forsvaret ville han tjent dobbelt så mye.

– *Fikk du krigstillegg?*

– Nei. Men en fryktelig dyr krigsforsikring. Den koster 40 000 i året.

I snart 30 år har han hatt base i Oslo. Nå har han kjøpt hus sammen med sin fetter og hans partner. Men etter Libanon drar han hjem til foreldrene på Lyngsøidet i Troms. Han og far skal ha herreferie mens mor drar til Syden for å lindre revmatismen.

Telefonen ringer. Det er Gaza-bror Fosse. De finner ut at begge er blitt spurt om å holde appell. Og at begge har takket nei. De vil ikke blande rollene som øyevitner og politiske agitatorer.

En uke etter har han landet hos mor og far i Lyngen. På torsdag skal han holde foredrag på sin gamle ungdomsskole. Om Gaza.



▲ EKSPLOSIONSSKADER: – Ved masseskader og i katastrofesituasjoner er det viktig at alt personell er multifunksjonelt, sier Dagfinn Bjørklid som her har pasienten i ketaminanestesi mens han låner ut en hånd for å bistå kirurgen. Hyppige strømbrudd gjorde hodelykten til en viktig del av Bjørklids personlige utstyr.



▶ TRANGT: Masseskadesituasjon på Al-Shifa-sykehuset i Gaza by: To pasienter på hver operasjonsstue. I tillegg blir tre pasienter operert ute i korridoren.

Gaza-penger fra NSF

Forbundsstyret i Norsk Sykepleierforbund (NSF) vedtok 4. februar å gi 85 000 kroner til gjenoppbygging av helse-tjenesten til sivilbefolkningen i Gaza, kanalisert gjennom Norwac.

NSF vil bli frekkere

– Det skal ikke tas en eneste helsepolitisk beslutning i Norge uten at sykepleierne blir hørt, lover Lisbeth Normann.

– **Likelønnskommisjonen har skapt forventninger hos sykepleierne.**

Tor Mikkel Wara

Norsk Sykepleierforbunds (NSF) leder Lisbeth Normann viser til at sykepleierne har stor forståelse i befolkningen. Meningsmålinger indikerer gang på gang at NSF kan opptre mer offensivt og «rampete» uten å sette den sympatien de har hos politikere, media og folk flest på spill. Dette gjør det mulig å trå til ekstra i saker som betyr mye for forbundet. Å få innflytelse over viktige avgjørelser er NSF's viktigste mål i et år som vil bli preget av det kommende stortingsvalget.

Dette var Normanns budskap på organisasjonens samhandlingskonferanse i slutten av januar. Hun talte til alle som kunne krype og

gå av ledere i NSF, inkludert 32 faggruppelidere, 19 fylkesledere og en rekke avdelingsledere ved hovedkontoret i Oslo. Den såkalte samhandlingskonferansen er en årlig happening der målet er å få organisasjonen til å dra i lag under en felles strategi.

NSF-lederen baserer seg blant annet på kommunikasjonsekspert Tor Mikkel Wara, som i lang tid har studert NSF's omdømme i samfunnet. Han mener NSF har gode kort på hånda når organisasjonen skal velge hvordan den skal kommunisere sine krav. I folks øyne gjør sykepleierne en flott jobb, men de tjener altfor lite. Folk flest har også et godt inntrykk av NSF som en ansvarlig, pasientorientert og handlingsorientert organisasjon.

Dirty job

Wara hjelper nå NSF med å se på mulige strategier framover. En av hans konklusjoner er at NSF må gjøre den jobben som forventes av dem.

– It's a dirty job, but somebody's got to do it. Medlemmene vil gjerne at NSF skal være tøff i forhandlingene med myndighetene og arbeidsgiverne. Aksjoner vil også ha sympati i befolkningen. Selv om streikeviljen avtar med alderen, gir dette NSF et enormt potensial, slo Wara fast.

Ikke overraskende er det de yngste sykepleierne i NSF som er mest aksjons- og streikevillige. Det gjelder særlig kampen for likelønn. – Likelønnskommisjonen har skapt forventninger hos sykepleierne. De har fått et håp om at det er mulig å oppnå målet om likelønn. Hvis ikke

NSF får gjennomslag nå som følge av finanskrisen, kan folk der ute bli veldig frustrert. Det kan bli et ordentlig dilemma for NSF, mener Wara.

Han råder organisasjonen til å gi full gass i dette spørsmålet.

Wara ser også andre utfordringer.

– Mediene vil i stadig større grad fokusere på enkeltpersoner i helse-tjenesten når pasienter ikke får den behandlingen de har krav på. Det vil kunne gi negativ fokus på sykepleierne og kan få konsekvenser for deres omdømme i befolkningen på sikt, mener Wara.

NSF skal nå utarbeide en ny kommunikasjonsstrategi.

– Målet må være å få organisasjonen til å framstå som en premissleverandør, og ikke bare som en protestleverandør. NSF må bli en viktig samfunnsaktør. Ikke bare fordi de har mange medlemmer, men fordi de kan sitt politiske håndverk.

Holder fanen høyt

Likelønn er trolig den enkeltsaken som engasjerer sykepleierne mest for tiden.

– NSF skal holde trykket oppe

regjeringen ta likelønnskommissjonens anbefalinger på alvor.

Som kjent anbefalte likelønnskommissjonen at det settes av en pott på tre milliarder til et såkalt likelønnsløft.

Normann varslet på konferansen at NSF vil være den organisasjonen i Norge som vil stå fremst på barrikaden i denne saken. Organisasjonen planlegger å kjøre en tung mediekampanje rundt kvinnedagen i mars.

Felles strategi

Ved siden av likelønn vil pensjonsforhandlingene i tariffoppgjøret og det kommende stortingsvalget trolig være blant de heteste tema i 2009.

– Etter 27. februar braker det løs når det gjelder tjenestepensjonene, mener NSF's forhandlingsleder Harald Jesnes.

Han spår stor medieoppsomhet og høy temperatur under vårens forhandlinger. Særaldersgrensene som sykepleierne har, vil trolig komme under sterkt press. Noen vil ha dem bort, men særaldersgrensen er yrkesgruppens arvesølv.

– **Målet må være å få organisasjonen til å framstå som en premissleverandør, og ikke bare som en protestleverandør.**

Tor Mikkel Wara

i kampen for likelønn, lover Normann.

– Legger vi ned fanen om like-lønn nå, kommer den ikke opp igjen. Selv om det er krisetider, må

– Trøsten er at eventuelle endringer skal skje i et valgår, mener Jesnes. Det vil være risikabelt for politikerne å utfordre en så stor gruppe som sykepleierne utgjør.



LIKELØNN: – Nsf skal holde trykket oppe i kampen for likelønn, lover Lisbeth Normann.

Det er snart 60 år siden vi
lanserte vårt første produkt



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



NATUSAN® INSTITUSJON - hudpleie siden 1949



Samman til siste slutt

Familien til Arild Tømmerbakke er takksame for at han fekk vere **heime den siste tida** då han vart ulækjeleg kreftsjuk sommaren 2007.

– Vi hadde ikkje greidd oss utan den hjelpa vi fekk då Arild var sjuk, og eg er svært glad for at han fekk vere heime den siste tida han levde, seier kona Myrthild Vatnelid frå Hellevik i Fjaler.

Frå den eine dagen til den neste vart livet snudd tvert om for den vesle familien på tre frå Fjaler i

Sunnfjord. Dottera Johanne budde framleis heime medan faren var sjuk, men no har ho stifta familie i Gaular, fem mil unna.

Hjelpa var nær

Arild Tømmerbakke fekk lindrande behandling frå helsetenesta i kommunen då han byrja på tøffe behandlingar med cellegift ved Haukeland Universitetssjukehus hausten 2007. I dei periodane Arild var heime fekk han hjelp frå helsetenesta både morgon og kveld.

– Vi hadde sikkert fått meir hjelp dersom eg hadde spurt om

det, men eg tykte det gjekk bra med det vi fekk. Vi var jo trygge på at hjelpa ikkje var så langt unna dersom det skulle skje noko. Dei gongene vi hadde behov for å få ekstra hjelp kom det alltid nokon heim til oss rimeleg fort.

Lækjarane bestemte seg for å operere i desember, og familien hadde eit stort håp om at operasjonen skulle gjere Arild frisk att. – I byrjinga av desember følgde vi Arild tilbake til Haukeland Universitetssjukehus, men etter at lækjarane hadde undersøkt han, fekk vi beskjed om at sjukdommen dessverre hadde spreidd seg

Eg var veldig trygg fordi eg visste at det var kyndige folk i huset dersom noko skulle skje.



LIVET GÅR VIDARE: Natalie på åtte månader er med på å lindre saknet etter ein god ektemake og far. Bestemor Myrthild Vatnelid er minst like stolt som mamma Johanne Vatnelid Tømmerbakke.

så mykje at operasjonen ville vere nyttelaus. Det var ei svært skuffa familie som reiste tilbake til heimen i Fjaler. – Men Arild var den flinkaste av oss til å halde humøret oppe i denne vonde tida, minnest mor og dotter.

Bryllaup heime

– Vi gifte oss den 19. januar, tolv dagar før han døydde. Bryllaupsdagen var eigentleg ein fin dag for oss alle. Arild hadde heldigvis ein god dag, så gjennomføringa av seremonien gjekk greitt. Johanne stilte opp som forloveren min, og Arild hadde ein god kamerat som

sin forlovar. Vigsla gjekk føre seg i stova, der sjukesenga var plassert, seier Myrthild.

Etter bryllaupet vart Arild gradvis dårlegare, og familien fekk no behov for hjelp døgnet rundt. Pleiepersonalet kom på tidlegvakt, ettermiddagsvakt og nattevakt. Dei hadde vaktbyte i heimen, nokre kom og andre gjekk.

– Sjølv om han var veldig sjuk, følgde han nøye med på turnusplanen som vi hadde fått utdelt. Her hadde vi til ei kvar tid oversikt over kven som kom på vakt og når dei kom. Det vart ikkje så mykje søvn på meg dei

siste vekene han levde, men eg var likevel veldig trygg fordi eg visste at det var kyndige folk i huset dersom noko skulle skje, forklarar Myrthild når ho skal fortelje om korleis situasjonen var for familien den siste tida ektemannen hennar levde.

Held kontakten

Arild Tømmerbakke døydde den 31. januar i fjor. Også i tida etter dødsfallet har dei helsetilsette i kommunen halde kontakten med Myrthild og Johanne.

– Ja, vi har snakka med dei fleire gonger etter gravferda, fortel

Myrthild. Den første gongen kom prosjektleiar Marit Eikemo Halsnes og kontaktsjukepleiaren heim til oss for ei oppsummeringsamtale, og etterpå har vi snakka med fleire av dei andre som var her og hjelpte oss medan Arild var sjuk. Eg tykkjer at vi har fått ei svært god oppfølging heile vegen. Vi har også fått beskjed om at vi kan ta kontakt når som helst dersom vi skulle ha behov for det, avsluttar ho.





Legg til rette for verdig død

Helsetenesta i Fjaler kommune og Førde sentralsjukehus har etablert eit vellukka samarbeid i høve til pasientar med ulækjeleg sjukdom.



Prosjektet vart starta opp hausten 2006, og får økonomisk støtte frå Helsedirektoratet. Erfaringa så langt viser at samhandlinga mellom spesialisthelsetenesta, primærhelsetenesta og ulike etatar har vore svært vellukka.

– Så vidt vi veit er Fjaler kommune den einaste kommunen i Sogn og Fjordane som har eit slikt opplegg rundt dei ulækjeleg sjuke pasientane, seier prosjektleiaren.

Heimreisensamtale

Det som er spesielt i høve til prosjektet i Fjaler, er at det blir avtalt ei heimreisensamtale før pasienten skal utskrivast frå sjukehuset. I tillegg til pasienten, pårørande, lækjar og

kontaktsjukepleiaren på avdelinga der pasienten ligg, er også ein eller fleire representantar frå prosjektgruppa i Fjaler til stades.

– I løpet av denne samtalen må vi prøve å finne ut kva som er viktig for den enkelte.

I dei tilfella der pasienten ønskjer å vere heime den siste tida av livet sitt, får han eller ho tildelt ein eigen kontaktsjukepleiar. Kontaktsjukepleiaren tek ansvar for at heimen er tilrettelagt

med dei hjelpemidlane som pasienten har behov for. Ho eller han fungerer også som bindeledd mellom pasienten og offentlege etatar.

Alle pasientar som ønskjer det skal få vere heime den siste tida. Mange har eit stort behov for medi-

Alle pasientar som ønskjer det skal få vere heime den siste tida.

sinsk hjelp, og treng difor personale som har god kompetanse i høve til kva sjukdom dei lid av. Felles for alle pasientane er at sjukdommen deira er ulækjeleg.

Gjensidig hospitering

– Vi strekkjer oss langt for å kunne ta imot dei som ønskjer å få komme heim frå sjukehuset, og til no har vi ikkje sagt nei til nokon. Det betyr veldig mykje for oss at Førde sentralsjukehus viser så stor interesse for prosjektet vårt. Det er også kjekt å oppleve at dei helsetilsette i Fjaler kommune er så positive i høve til å tileigne seg ny kompetanse som følgje av dette prosjektet, seier Marit Eikemo Halsnes.

Prosjektleiaren har til no vore den einaste som har vore på sjukehuset for å lære nye prosedyrar ut frå kva den enkelte pasienten har behov for. Når ho kjem tilbake til



– Helse- og omsorgsministeren kan lære av Fjaler

Ordførar Arve Helle meiner at prosjektet for lindrande behandling passar godt i høve til samhandlingsreforma som helse- og omsorgsminister Bjarne Håkon Hanssen skal presentere i april.

For nokre månader sidan inviterte han statsråden og ekspertgruppa hans til Fjaler for å orientere dei om prosjektet.

– Vi har no fått tilbakemelding frå statssekretæren i Helse- og

omsorgsdepartementet, Dagfinn Sundsbø, om at han kjem på besøk til Fjaler kommune i løpet av våren, seier Arve Helle.

Politikar og pårørande

Ordføraren i Fjaler kjenner godt til prosjektet, både som politikar og pårørande. Mor hans levde med kreftsjukdommen i ni år før ho døyde i 2006, berre 59 år gammal. Dette var før prosjektet formelt var starta, men opplegget omkring mor hans fungerte omtrent på den same måten som det gjer i dag.

– Dei siste to-tre månadane mor mi levde var ho svært pleietrengande, i denne tida opplevde eg på nært hald kor godt alt vart lagt til

rette for at ho skulle få bu heime, fortel ordføraren.

Ønskjer å behalde tilbodet

Den økonomiske støtta frå Helsedepartementet tek slutt når prosjektet vert avslutta hausten 2009. Då må kommunen sjølv ta ansvaret for ei eventuell vidare drift.

– Eg har vanskeleg for å sjå føre meg at Fjaler kommune har råd til å vidareføre prosjektet for lindrande behandling slik det er i dag. Samstundes reknar eg med at det treårige prosjektet har fått på plass så gode rutinar at tenesta no kan fungere utan så stor administrativ ressurs, seier Arve Helle.

tekst og foto **Mariann Engebø Aarseth**

VIL OPPLYSSE: Prosjektleder Marit Eikemo Halsnes ønskjer no at kunnskapen dei har fått gjennom prosjektet for lindrande behandling skal nå ut til fleire kommunar.

kommunen formidlar ho lærdommen vidare til dei andre helsetilsette.

– Behovet for å få opplæring på sjukehuset er stort, og vi ønskjer oss meir av dette i framtida, seier Marit Eikemo Halsnes. Det er også meininga at helsetilsette på Førde Sentralsjukehus skal hospitere i Fjaler kommune, men i praksis har ein ikkje fått til nokon god samhandling på dette området.

– Hospiteringa har nok gått meir den andre vegen, men vi arbeider med å få til ei betre samhandling i framtida.

Då mor mi var sjuk opplevde eg på nært hald kor godt alt vart lagt til rette for at ho skulle få bu heime.



STØTTA PROSJEKTET: Arve Helle, ordførar i Fjaler kommune.

**Marit Eikemo Halsnes**

Sjukepleiar med vidareutdanning innan palliasjon og prosjektleiar i Lindrande behandling, Fjaler kommune

**Tove Giske**

Forsknings og fagutvklings-sjukepleiar, Haraldsplass diakonale sykehus og Haraldsplass diakonale høgskole

Mange gonger har pasientar behov for svært krevjande teknisk oppfølging for å kunne dø heime.

www.sykepleien.no

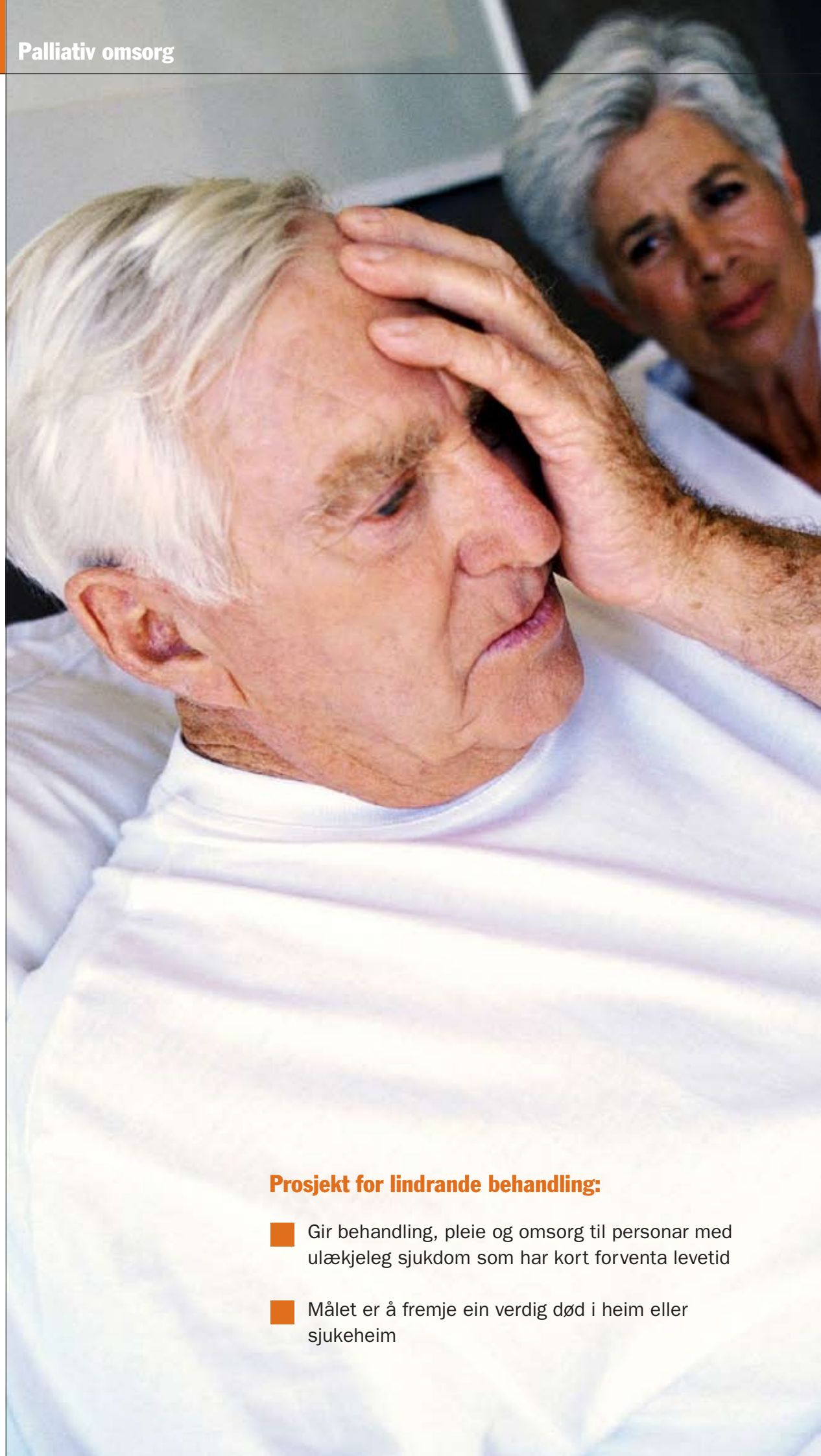
Les mer og finn litteraturhenvisninger på www.sykepleien.no

Søkeord:

Palliasjon
Kreftsykepleie
Kommunehelsetjeneste
Dø hjemme

Prosjekt for lindrande behandling:

- Gir behandling, pleie og omsorg til personar med ulækjeleg sjukdom som har kort forventa levetid
- Målet er å fremje ein verdig død i heim eller sjukeheim





Døyr trygt heime

Praktisk tilrettelegging for at pasientar i ein liten kommune kan døy heime.

Prosjektet presentert i denne artikkelen er frå Fjaler kommune, ein kommune i Sunnfjord med knapt 3000 innbyggjarar. Det er lange avstandar for å gi hjelp til heimebuande, cirka fire mil i kvar retning ut frå sentrum. Helsetenesta er delt inn i fem arbeidslag som jobbar på tvers av heimebuande og institusjon, det var frå før oppretta døgnteneste til dei heimebuande som budde nærast sentrum. Fjaler har sentralsjukehuset i Førde som næraste sjukehus, cirka fire mil frå sentrum. Det har vore eit ønske frå kommunen si side å få eit betre samarbeid med sjukehuset før alvorleg sjuke og døyande pasientar vart utskrivne slik at pasient og pårørande kunne kjenne seg trygge heime. Prosjektet kunne starte opp hausten 2006 fordi Fjaler kommune fekk prosjektmiddel frå Helse- og Sosialdirektoratet til å tilsette ein prosjektleiar i 75 prosent stilling. Dette har gjort at det har vore mogeleg å gjennomføre prosjektet med døgnteneste for heile kommunen. Hensikta med prosjektet var å lage gode rutinar som gav auka tryggleik til pasient og pårørande, auke kompetanse til tilsette og betre det tverrfagleg samarbeid i kommunen.

Bakgrunn

Alle som bur i ein kommune har ifølgje norsk lovverk rett til helsehjelp (1) og det er kommunen sitt ansvar å legge til rette for det behovet innbyggjarane har. Dei seinare åra har det kome mange offentlege utgreiingar og nasjonale retningslinjer som klargjer ansvarsfordeling og organisering av oppfølginga av alvorleg sjuke og døyande mellom 1. og 2. linjetenesten (2–7).

Nasjonalt handlingsprogram med retningsliner for palliasjon i kreftomsorga (7) peiker på behovet for organisering av palliasjon på alle nivå i helsetenesten. Dei viser til eit behov for at heimebasert omsorg vert styrka, og at kvar kommune skal ha minst ein sjukepleiar og ein lege som har spesiell kompetanse innan palliasjon. Andrelinjetenesten skal ha eigne senger, poliklinikkar og ambulante palliative team. For tredjelinjetenesten vert det peika på behovet for regionale kompetansesentre. Framveksten av regionale kompetansesentre for lindrande behandling for alvorleg sjuke og døyande, vidareutdanning innan palliasjon og nettverk for ressurs-sjukepleiarar i første og andrelinjetenesten er eit resultat av denne

lovgivinga. Likevel opplever både sjukepleiarar og legar utfordringar i forhold til samarbeid og ansvarsfordeling mellom 1. og 2. linjetenesten for denne pasientgruppa. Sikring av at pasientar som ønskjer å døy heime og deira pårørande opplever å vere godt informert og ivaretatt er ei dagleg utfordring (8-11).

Samarbeid

Prosjektleiar starta med å ta kontakt med sjukehuset og fekk i stand ei kontaktgruppe av sjukepleiarar frå dei avdelingane Fjaler kommune samarbeidde hyppigast med. For å forebygge at pasientar reiste tilbake til sjukehuset etter kort tid, var det behov for å kvalitetssikre rutinare i høve utreise til heimen. I samarbeid vart det utvikla ein avtale om rutinar for utskrivning frå sjukehus til heimen, sjå tabell 1.

I nasjonale retningsliner for palliasjon i kreftomsorga (7) vert det peika på at det er naudsynt å ha eigen turnusplan og eige mobiltelefonnummer for heimebuande pasientar slik at pasient og pårørande har tilgang på kvalifisert hjelp døgnet rundt. Dette inneber at det må vere tilgjengeleg heildøgns-teneste i heimesjukepleien og at

det er nokon som har ansvar for å svare på mobiltelefonen og rykke ut ved behov.

Ut frå behovet for auka tryggleik og oversikt vart det hausten 2007 utvikla ein eigen turnusplan for heimebuande alvorleg sjuke og døyande pasientar. Turnusplanen vart sett opp fire-fem dagar fram i tid og både personale og heimen får kopi av den. Planen gir heimen oversikt over kven som er ansvarleg sjukepleiar til ei kvar tid. Forsking viser at når pasientar kjenner seg sårbare og avhengige er det å få oversikt over kvardagen til stor hjelp (13). Denne turnusplanen gir pasient og pårørande høve til å få ei slik oversikt og til å kunne velja kven dei vil ta opp ulike forhold med. Den som står som ansvarleg sjukepleiar skal prioritere pasienten når han treng det, elles deltek dei fullt ut i arbeidslaget dei er ein del av.

Opplæring av sjukepleiarar er viktig for kvaliteten på tenesta og for at ansvarleg sjukepleiar skal kjenne seg trygg. Alle som står som ansvarleg sjukepleiar får først opplæring på den vakta dei skal ha ansvar for. Ein prøver at færrest muleg skal vere involvert i kvar heim, men det må vere nok personar slik at personalet ikkje vart utslitne. Denne form for turnusplan har vore muleg i Fjaler kommune fordi kommunen har bevilga øymerka midlar til bruk av bakvakt og når heimen treng fulldøgnspleie.

Kompetanseheving

Det overordna målet for kompetanseheving er at personalet er i stand til å ta imot pasientar på ein fagleg trygg og god måte. Prosjektleiar har vidareutdanning innan palliasjon og er ein ekstra ressurs for alle arbeidslaga i kommunen. Ho går saman med ansvarleg sjukepleiar til denne kjenner seg trygg i si rolle og i situasjonen i høve til kontakt, kommunikasjon og prosedyrar.

Prosjektleiar har også lagt til rette for systematisk og kontinuerleg opplæring i ESAS registrering,

bruk av individuell plan og ulike tekniske prosedyrar.

I tillegg til den kontinuerlege opplæringa vart det arrangert to kursdagar for året. Nokre invitasjonar til kursdagar går også ut til kommunane ikring og til sjukepleiarane i kontaktgruppa på sjukehuset. Opptil 50 har delteke på fleire av kursa. Tema hittil har vore:

- Kurs i smertebehandling, bruk av smertepumpe og venoport.
- Symptomkartlegging ved bruk av ESAS-registrering
- Individuell plan
- Barn i sorg og krise. Kven ser og kven tek ansvar?
- Når dagane er vonde. Å våge å vere nær menneske som lid.

Etter ønske frå sjukepleiarane har det også vorte jobba med å utvikla ein felles perm for alle arbeidslaga. Permen inneheld lovverk og kommunale tiltaksplanar, lokale rutinar og prosedyrar for å ivareta palliasjon for alvorleg sjuke og døyande.

Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorga (7) legg vekt på å lage gode rutinar for tverrfagleg samarbeid. Fordi tida ofte er kort, er det avgjerande å kunne trekke inn ulike faggrupper og etatar på ein rask og forutsigbar måte. Difor har prosjektleiar laga retningslinjer og gjort avtaler med til dømes fysioterapeut, helsesøster, hjelpemiddelsentralen, tannpleiar, kyrkje-lydskontoret og NAV.

Rutinar ved dødsfall i heimen

Det er ønskeleg at ein har samtalt med pårørande om forhold rundt dødsfallet på førehand. Dette gjeld ønskjer og spørsmål pårørande har utfrå kva sjukepleiar veit av erfaring kan vere viktig å diskutere. Når døden nærmar seg vil sjukepleiar vere i familien heile tida. Ofte er det heimesjukepleien som steller den døde, alltid med tilbod til pårørande om å delta i stellet. Gravferdsbyrået hjelper til med å få pasienten i kiste, og avhengig av pårørande sine ønskjer blir pasienten verande i heimen eller kjørt til

sjukeheimen. Dagen etter dødsfallet kjem sjukepleiar tilbake til heimen. Tid til samtale med pårørande er viktig for å høyre korleis det går med dei. Alle hjelpemiddel blir henta ut av heimen.

Så raskt som råd etter dødsfallet, helst før gravferda, innkallar prosjektleiar til briefingmøte av alle som har vore med i heimen. Fastlege, etatsleiar og arbeidsleiarane er også med på møtet. Møtet skal vere konstruktivt. Alle seier kort noko positivt og kva som eventuelt kunne vore betre. Etter ein slik runde blir hovudutfordringar drøfta.

Ved gravferda deltek dei som ønskjer det og dei som har vore mest involvert får gå i gravferda i arbeidstida. Innan 14 dagar etter dødsfallet får pårørande tilbod om ein etterlattesamtale. Sjukepleiar ringer og avtaler tid og stad for denne samtalen. Sjukepleiar har med seg brosjyren «Når ein av dei næraste døyr», eit fint kort eller hefte og eventuelt minnebok til barn som etterlatte dersom det er behov for det. Det viktigaste ved etterlattesamtalen er å lytte til det dei etterlatte har på hjarte, lytte etter kva som har vore bra og kva som kan forbeistrast. Samtalen avsluttast med å invitere pårørande til å ta kontakt om dei ønskjer det.

Godt samarbeid

Vi ser at det er heilt avgjerande med godt samarbeid mellom andre og førstelinjetenesten. Dei gongane dei utarbeidde rutinane vart fylgt opp frå sjukehuset si side, vart overflyttinga tilbake til heimen positiv. Det viser seg at avklaring av forventningar og gjennomføring av heimreisesamtalen er nøkkelen til å få samarbeidet til å fungere (tabell 1, pkt. 3 og 5). Behovet for opplæring i ukjende prosedyrar har fungert godt heile tida og vi er alltid velkomne til å hospitere på sjukehuset.

Erfaringa er berre positive frå pårørande, helsepersonell og leiarane. Ordninga krev fleksibilitet frå alle faggruppene og ikkje minst arbeidslaga seg imellom.

Prosjektleiar legg vekt på å utvikle teamkjensle slik at alle er fleksible og kjenner seg verdsett uavhengig av rolle i dette arbeidet. Vi ser at det er ein føresetnad for denne type turnusplan at vi får øymerka midlar til bruk i terminalpleien.

Gode rutinar

I arbeidet med alvorleg sjuke og døyande er det ikkje nok å vere snill og grei. Mange ganger har pasientar behov for svært krevjande teknisk oppfølging for å kunne døy heime. Ved nye prosedyrar har først prosjektleiar fått opplæring. I heile perioden har det vore jobba systematisk med å lære opp alle sjukepleiarane i alle arbeidslaga. Rutinar vart skrivne ut og samla i felles perm. Jevnleg repetisjon vart tilbydd personalet ved behov.

Våren 2008 er avtalar med dei viktigaste samarbeidspartnarane i kommunen på plass, og vi har god erfaring med at dette fører til betre flyt. Vi må jevnleg gå gjennom rutinar for å tilpasse dei ved nye organiseringsmodellar og/eller ved nyttilsetting av nøkkelpersonar.

Det nye i forhold til dødsfall for oss var å få strukturerte briefingmøte og etterlatte-besøk. Briefingmøte er svært godt evaluert av personalet fordi vi her har høve til kjenslemessig å få avslutte forholdet til familien på ein lærande og god måte. Det var tidlegare eit stort problem at helsepersonell i kommunen måtte bearbeide og avslutte sorgprosessen på eiga hand. Det at ein samtalar i gruppe gjer at teamet kan lære av det som har fungert godt og forbetre det som kunne vore betre. Dei aller fleste pårørande tek imot tilbodet om etterlattesamtale og opplever det som støttande og verdifullt i kvardagen sin.

Diskusjon

Den overordna målsettinga for sjukepleietenesten til pasientar som vel å avslutte livet sitt i heimen er at dei skal oppleve å få god og rett sjukepleie. Får å nå dette målet treng helsepersonell kunnskap og erfaring. I tillegg er det avgje-



rande å ha eit godt samarbeid med pasient og pårørende der deira preferansar og ønskje set rammane. Vi har arbeidd for å utvikle gode rutinar og ha prosedyrar med konkrete framgangsmåtar. Vi har sett at det også er heilt avgjerande for eit godt samarbeid med pasient og pårørende at personale kjenner seg trygg. Å gå saman med desse pasientane og familiane deira inn i døden er personleg krevjande for helsepersonell. Å skulle forklare og samtale om alvorlege beskjedar, vite at tida er kort og sjå sorga og lidinga dette fører med seg kan vere svært ubehageleg. Ubegrepet og utfordringa kan føre til at vi utsetter samtalar med pasient eller pårørende lenger enn vi veit vi bør. Å vere vitne til pasientar og pårørende si liding kan gjere at helsepersonell distanserer seg for å skjerme seg sjølv. Slik avskjerming gjer helsepersonell mindre merksam og hjelpsam (14). Opplæring av unge helsearbeidarar i prosedyrar, kommunikasjon og samhandling med alvorleg sjuke og døydne pasientar må til. Slik kan dei lære å finne ein god balanse mellom nærleik og avstand av dei som har meir erfaring. Benner, Hooper-Kyriakidis og Stannards (14) peiker på at klinisk ekspertise og kunnskap hjelper sjukepleiarar på den eine sida til å unngå overidentifisering med pasientar så ein vert overvelda av kjensler og på den andre sida til å unngå å stenge ute kjensler slik at ein vert ufølsam saman med pasientar. Dei hevdar at evna til å involvere seg er å evne å ha eit ope og merksamt engasjement kombinert med dugleik i å velje det rette mellommenneskelege engasjementet med pasient og pårørende.

Konklusjon

Hensikta med prosjektet var å lage gode rutinar som kunne gi auka tryggleik til pasient og pårørende, auka kompetansen til dei tilsette og betre det tverrfaglege samarbeid i kommunen. Alle er fornøgd med prosjektet, og både pasientar, pårørende, personalet, administra-

sjon og politikarar ser verdien av dette for befolkningen i kommunen. Dette har mellom anna vist seg i at prosjektet har motteke ein del pengegaver ved dødsfall. Vi har fått over 100.000 kroner i minnegaver til prosjektet frå fornøgd etterlatte sidan oppstarten september 2006. Dette er mykje for ein liten kommune. Det viser at prosjektet har engasjert fjalerbuarane og at ein ser nytten av ordninga.

Desse midla har blitt brukt til investring i utstyr til bruk i heimen til denne pasientgruppa og til litteratur, både fagleg, skjønnlitteratur og barnebøker. Alle til utlån ved behov.

Vi har lært at vi må arbeide både med struktur og mellommeneskelege prosessar for å kunne yte god sjukepleie til alvorleg sjuke og døydne pasientar i heimane. Vi har erfart at det er avgjerande og krevjande å få til eit godt samarbeid mellom første- og andrelinjetenesten. Organiseringa rundt pasienten er viktig og eigne turnusplanar for terminale pasientar er eit godt reiskap som gir tryggleik både til heimen og personalet. Opplæring med fokus på både prosedyrar, kommunikasjon og samhandling er viktig og kvaliteten vil lide om ikkje alle aspekta er med. Til sist vil vi anbefale briefingmøte etter dødsfall fordi det tek vare på personalet og sørgjer for kontinuerleg kvalitetssikring av tilbodet vi gir til heimane. Etterlattebesøk tek vare på dei pårørende slik at ein får ei god avslutning på hjelpa i heimen.

Takk til gode kollegaer i Fjaler kommune som er med og støtter opp om dette viktige arbeidet. Takk også til fagleg støtte og rettleiing frå Torill Tysse Sælen og Tone Gjelsvik Sellevold som er medlem i prosjektstyret. Midlar frå Helse og Sosialdirektoratet har gjort prosjektet mogleg. Midlar frå Fjaler kommune har gjort det mogleg å sette i verk turnusplanen.

Å gå saman med desse pasientane og familiane deira inn i døden er personleg krevjande for helsepersonell.

LITTERATUR

1. Kommunehelsetjenesteloven. Lov om helsetjenesten i kommunen, 1982, 19.11 nr. 66, sist endra 22.12 2006. Tilgjengeleg frå: <http://www.lovdato.no/all/nl-19821119-066.html>. (21. juni 2008).
2. Rundskriv om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten. Rundskriv I-13 1997 om kvalitet i pleie og omsorgstjenesten. Tilgjengeleg frå: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/aid/dok/rundskriv/1997/I-1397-Kvalitet-i-pleie-og-omsorgstjenestene.html?id=108152> (21. juni 2008).
3. Sosial og Helsedepartementet. Omsorg og kunnskap. Norsk kreftplan. NoU 1997:20. Oslo, Statens Forvaltningstjeneste Tilgjengeleg frå: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/NOUer/1997/NOU-1997-20.html?id=141003>. (21. juni 2008).
4. Sosial og Helsedepartementet. Livshjelp. Behandling, pleie og omsorg for alvorlig syke og døydne. NoU1999:2. Oslo, Statens Forvaltningstjeneste. Tilgjengeleg frå: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/NOUer/1999/NOU-1999-2.html?id=141460>. (21. juni 2008).
5. Forskrift om individuell plan. Forskrift om individuell plan etter helselovgivingen og sosialtjenesteloven 2004, 12-23 nr. 1837, sist endra 2006. Tilgjengeleg frå: <http://www.lovdato.no/all/nl-19821119-066.html>. (21. juni 2008).
6. Veileder til forskrift om individuell plan. Individuell plan 2005, IS-1253. Tilgjengeleg frå: http://www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00005/IS-1253_5061a.pdf. (21. juni 2008).
7. Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon. Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen 2007, IS-1529. Tilgjengeleg frå: http://www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00035/IS-1529_palliasjon_A_35529a.pdf. (21. juni 2008).
8. Grov EK. Død hjemme - hvordan kan sykepleieren bidra til å fremme muligheter for personer med langtkommen kreft til å dø hjemme? Vård i Norden 1999; 4: 4-9.
9. Skarholt S. En plan for a se den lidende. Sykepleien 2005; 17: 38-39.
10. Sorteberg K, Otterstad HK. Alvorlig syk – og "utskrivingsklar". Sykepleien 2008; 1: 34-36.
11. Neergaard MA, Olesen F, Jensen AB, Sondergaard J. Palliative care for cancer patients in a primary health care setting: bereaved relatives' experience. A qualitative group interview study. BMC Palliat Care 2008; 7: 1-8. Tilgjengeleg frå: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-684X-7-1.pdf>. (21. juni 2008).
12. Meyer J. Action Research. In: Gerish K, Lavey A. (eds). The Research Process in Nursing. Oxford: Blackwell Publishing, 2006: 274-288.
13. Giske T, Artinian B. Patterns of "balancing between hope and despair" in the diagnostic phase: a grounded theory study of patients on a gastroenterology ward. Journal of Advanced Nursing 2008; 62: 22-31.
14. Benner P, Hooper-Kyriakidis P, Stannards D. Clinical wisdom and interventions in critical care. W.B Saunders Company, 1999.



**Du kan ikke velge hvordan du vil dø. Eller når.
Du kan bare velge hvordan du vil leve. Nå.**

Joan Baez

Stor svenske

I januar besøkte en av Nordens største nålevende forfattere, Per Olov Enquist, Litteraturhuset i Oslo.

Alt Enquist har skrevet har et større eller mindre dokumentarisk tilsnitt. Romaner bygget på historiske hendelser, som «Legionærene», «Lewis reise» og «Livlegens besøk» og fortellinger der det dokumentariske bare er brukt som et utgangspunkt for en helt annen historie. «Kaptein Nemos bibliotek», som handler om to gutter som ble forbyttet på fødestuen i Hjøggböle og byttet tilbake igjen som sjuåringer, er et eksempel på dette. Men hele Enquists forfatterprosjekt kretser, slik jeg ser det, rundt det største av alle spørsmål: Hva vil det si å være et menneske?

Anledningen for Oslo-besøket hadde nok en historisk hendelse som utgangspunkt: Enquists selvbiografi «Et annet liv» er nettopp kommet i norsk oversettelse. Overskriften for kveldens møte var: «Hvordan kunne det gå så dårlig når alt gikk så bra?» Tittelen henspiller på forholdet mellom liv og forfatterskap. På høyden av sin forfatterkarriere pådro Enquist seg et alkoholproblem som varte i mange år, og som han ifølge seg selv bare så vidt overlevde. Og hva reddet ham? Ja, nettopp. Å skrive.

Den kvelden i Litteraturhuset fikk 300 mennesker høre Enquist fortelle hvordan han skrev seg ut av alkoholismen med romanen «Kaptein Nemos bibliotek», for øvrig en av mine egne aller største leseropplevelser.



Susann Dietrichson

Forfatterintervjuet:

En fighters fortelling

Det hele startet med en blogg. Nå er Fredrik Staves kamp mot den dødelige kreftsykdommen samlet mellom to permer, i boken «F for Fredrik».



«Bloggen startet som en motvekt mot rykter, men endte opp som en fortelling om meg, og min nye hverdag». Slik innleder Fredrik Stave sin blogg, få dager etter å ha fått diagnosen kreft. Vi er i januar, og året er 2007.

17-åringen fra Andenes i Nordland skulle i tiden som fulgte bli gjenstand for oppmerksomhet fra tusener av mennesker landet over. Gjennom nettbloggen, og senere via TV2-programmet «Waschera», kunne man i 14 måneder følge Fredriks oppturer og nedturer frem

til han måtte gi tapt for sykdommen i februar 2008.

Kreften viste seg å være den sjeldne varianten bløtvevssarkom, med spredning til beinmargen. Etter utallige cellegift- og strålebehandlinger så det en stund ut til å bedre seg. Men tilbakefallet kom, og denne gangen med spredning til hjernen.

Den voldsomme responsen fra kjente og ukjente har i ettertid inspirert Fredriks storebror og foreldre til å gi ut bloggen i bokform.

– Vi valgte å gjøre det fordi vi opplevde at åpenheten Fredrik hadde rundt sykdommen sin var veldig fin, sier Tordis Stave, mor til Fredrik.

Boken har fått samme tittel som Fredrik ga sin blogg, et valg som falt seg naturlig da den skulle trykkes mellom to permer.

– *Hva ønsker dere med å gi ut boken?*

– Vi håper at den kan være til hjelp og trøst både for familier som rammes av alvorlig sykdom, og ikke minst at den vil komme til nytte blant helsepersonell. Boken rommer mange erfaringer, som det kan være fint for andre å ta del i.

– *Hvordan har dere selv opplevd prosessen frem til ferdig bok?*

– For oss har det ligget veldig mye terapi i å jobbe med boken i løpet av dette året som har gått etter at Fredrik gikk bort. Det var knalltøft da boken først kom ut, og det er dager jeg ikke klarer å se på den, det blir for sterkt. Men for en fantastisk minnebok det er å ha etter Fredrik.

Tordis Stave tror det gjør spesielt inntrykk at dette er historien om en helt alminnelig gutt, som mange kan identifisere seg med. Boken om Fredrik kom i salg 10. desember i fjor, og har så langt solgt i 1600 eksemplarer.

– Som regel ser vi at det er kjendiser som står frem med sykdommene sine. Vi har fått tilbakemeldinger om at svært mange ungdommer har kjøpt og lest boken. Da er det kanskje ikke så ille å være litt forkjølet. Boken hjelper en med på å sette ting i perspektiv.

– *Hva er bokens viktigste budskap?*

– At man må være positiv og holde humøret oppe. Jeg har bestandig hatt et ordtak som sier «Se alltid lyst på livet». Man kommer langt med en positiv innstilling når livet går i motbakke.

– *Boken er like ærlig i beskrivelsen av nedturer som av oppturer.*

3 om kreft

Anbefalt av Sigrid Skarholt, kreftsykepleier og medlem av NSFs forum for kreftsykepleiere



Anne Marie Reitan og Tore Schølberg (red):

Kreftsykepleie

I Kreftsykepleie vil helsepersonell finne både bredde- og dybdekunnskap om de utfordringer pasienten og familien står overfor i møtet med en alvorlig kreftsykdom.



Jesper W. Nielsen:

I et spill, i en gåte

En filmatisering av Jostein Gaarders bok med samme tittel. Filmen viser en ung jentes kamp mot kreften. DVD utgis nå, og Kreftforeningen bidrar faglig i ekstramateriellet på DVD-filmen.



Ann Faulkner og Peter Maguire:

Å samtale med kreftpasienter og deres familier

Boken viser hvordan leger og sykepleiere bør kommunisere med kreftsykepasienter og pårørende.

Det må alltid et problem til for å vise hvor bra man har det.

Fredrik Stave, fra boken

Var det et bevisst valg, å ta med alt på godt og vondt?

– Fra første stund har vi vært fast bestemt på at alt skulle være identisk. Tekstene til Fredrik gjenspeiler tankene og følelsene han hadde da han skrev dem. Det hadde blitt helt feil å skulle redigere eller sensurere noe bort.

– Dere har opprettet et minnefond i Fredriks navn?

– Ja, i Fredriks ånd ønsket vi å gjøre noe for å lette hverdagen til andre pårørende, og til leger og sykepleiere. Overskuddet av boksalget går derfor til Fredriks minnefond, der pengene brukes til å dekke reiseutgifter for unge kreftpasienters pårørende til Kreftavde-

lingen. Det er et tiltak som kommer både de pårørende og de ansatte ved avdelingen til gode. Deler av fondet går dessuten til skolekorpset på hjemstedet, der Fredrik var en av musikantene.

– Hvordan har det vært å leve med all oppmerksomheten som fulgte i kjølvannet av at Fredriks sykdom ble kjent over hele landet?

– Udelt positivt. Vi har bare møtt positiv respons fra alle kanter.

tekst **Geir Arne Johansen**
foto **Svein Terje Eliassen / God strek**



Fredrik og Tordis Stave

Aktuell med: F for Fredrik

Utdanning: gjennom postverket

Yrke: Regnskapsmedarbeider

Bosted: Andenes i Nordland

Alder: 52 år



Går du med en forfatterspire i magen?

Schibsted Forlag oppfordrer alle som har skrivekløe og som bærer på en idé til en god bokserie, om å melde seg på deres romankonkurranse. Den beste fortellingen, som må omhandle historien om en sterk kvinnes liv gjennom dramatik og kjærlighet, premieres med 250 000 kroner. Juryen vil ha manus til første bok, og en oversikt over handlingen videre. Frist for innsending er 30. april 2009.

Fattigdom som sosialt problem

Anmeldelse: Denne antologien er basert på forskning ved Høgskolen i Oslo, avdeling for samfunnsfag. Temaet er fattigdom som sosialt problem i dagens norske velferdsamfunn. Hvilke prosesser som dårlig økonomi setter i gang, og hvordan ulike offentlige ordninger og frivillige hjelpetiltak kan avbøte slike prosesser, blir utdypet.

Hvilke grupper er det særlig som er rammet av fattigdom? Blant annet arbeidsledige, de som mottar sosialhjelp over lang tid, de som bruker frivillige organisasjoners hjelpetiltak, etniske minoriteter og barn. En offentlig føring som arbeidslinjen – det vil si å legge til rette for mest mulig deltakelse i arbeidslivet – blir grundig problematisert. I noen kapitler vises det hvordan denne politikken med lave sosial- og trygdeytelser virker

mot sin hensikt, og faktisk skaper større barrierer mot å komme i arbeid. For eksempel i sosialhjelpen til barnefamilier ser de knappe økonomiske ytelsene ut til å bidra til at foreldrene får for lite psykisk overskudd i hverdagen til å komme seg ut av klientilværelsen, snarere enn å motivere til selvhjelpenhet. 85 ungdommer som skulket skolen, drev med lovbrudd og ruset seg og var i kontakt med barnevernet, ble fulgt opp fra 15 til 30-årsalderen. Studien viser hvordan marginaliseringsprosessene var tydelige både i skolen og i jevnaldersmiljøene allerede på skolens barnetrinn og starten på ungdomstrinnet.

Flere av de 16 forfatterne som har gitt bidrag til boken benytter teorier fra sosiologen Pierre Bourdieu i sin analyse av fattigdom, med begrep som habitus, sosial og kulturell

kapital og sosialt felt. Det vi har erfart og lært setter seg i kroppen, et slags kroppslig merke som henger ved personen, og ens habitus avslører hvilken klasse eller hvilket miljø en kommer fra eller er vokst opp i. Kapitlene konkluderer gjerne med forslag til tiltak.

Boka har 12 interessante og dyptpløyende kapitler som alle bidrar til å øke leserens forståelse av ulike sider ved fattigdom i velstands-Norge, ideologier, (sosial) politikk, utsatte grupper, handlemåter, og ulike forskningsmetodikk til å utforske feltet. I denne presentasjonen har jeg bare gjort et lite utvalg, og inviterer med dette leseren til fordyping på et meget aktuelt felt.



Fattigdommens dynamikk
Perspektiver på marginalisering i det norske samfunnet.

Av Ivan Harsløf og Sissel Seim (red.)
307 sider
Universitetsforlaget

Anmelder: Hjørdis Fodstad,
1. lektor, Høgskolen i Oslo

En poetisk uhyggelig roman

Anmeldelse: Gabrielsens språk er stilsikkert og rent. Det gir meg assosiasjoner til forfatteren Inghill Johansen, noe som er et stort kompliment.

Boken handler om to søstre i voksen alder, som ufrivillig har blitt overlatt til hverandre i sitt barndomshjem langt nordpå. Den ene hjelpetrengende og selvmedlidende, den andre hard og bitter. Likevel oser det av symbiose her, og veksling av øyeblikk mellom ømhet og ondskap. Fortellerstemmen kommer hovedsakelig fra den yngste søsteren, mer eller mindre lam fra livet og ned. Så plutselig, midt i dette foraktfulle søsterskapet, dukker en mann opp. Johan. Han bidrar ikke til balanse da han tar seg til rette i huset, og

innleder et kjærlighetsforhold til den eldste, fysisk friske søsteren.

Spenningen og uhyggen mellom de tre impliserte brer om seg, på grensen til hat og forakt.

I motsetning til hva tittelen antyder er her minimalt med muligheter, men desto større frykt. Gjennom Gabrielsens presise språk formidles denne så man fryser på ryggen. Som leser finner jeg det vanskelig å føle sympati med noen av de tre (med noen unntak, der det er åpenbart at det er oppraddheten og hjelpeløsheten som tar overhånd.)

Sjelden har jeg blitt forespeilet en trekant – bundet til hverandre gjennom blods- og skjebnebånd, så totalt blottet for empati for hverandre.

Johan og storesøster Ragna vil

ha den invalide inn på aldershjem. Det skal vise seg å være lettere sagt enn gjort. Søknaden kom av mystiske grunner aldri frem. Litt ekte Finnmarks-banning får vi også ta del i. Hvorvidt det virker, får leserne selv avgjøre.

Boken er høyst leseverdige, også for ethvert publikum utenfor helsesektoren. Men er man ute etter sjelefred kan den kanskje få ligge litt på vent. Måtte skjebnen stå de forhutlede søstrene bi! I mellomtiden venter jeg spent på mer fra Gøhril Gabrielsens stringente og sanselige penn.



Svimlende muligheter, ingen frykt

Av Gøhril Gabrielsen
171 sider
Aschehoug, 2008
ISBN: 978-82-03-19420-7

Anmelder: Inger Frogg Jørgensen,
psykiatrisk sykepleier

Månedens bok

Sykepleieboken 3 – Klinisk sykepleie

Av Unni Knutstad
Akribe forlag, 2008, 792 sider
ISBN: 978-82-7950-086-5

Anmelder: Liv Wergeland Sørbye, 1.-amanuensis



Aktiv læring

16 forfattere, 16 kapitler, 16 temaer.
De går til kjernen av sykepleiernes yrkesutøvelse og er bygget opp etter organsystemene.

Anmeldelse: Klinisk sykepleie er kjernen i vår profesjonelle yrkesutøvelse. Denne boka er den siste i forlagets trilogi for bachelorstudiet.

«Grunnleggende sykepleie» ble utgitt i 2004 (rev. 2007) og «Teoretisk-metodiske grunnlag for klinisk sykepleie» kom i 2006. Redaktøren Unni Knutstad har bred erfaring fra rammeplanarbeid i Rådet for høyskoleutdanning og er dekan ved sykepleierutdanningen på Høgskolen i Oslo. Hun har skrevet innledningskapitlet om «Det syke mennesket i møte med helsetjenesten». Her omtaler hun pasientens rettigheter og sykepleiers plikter. Individuell plan er et viktig redskap i pasientforløpet. Knutstad er opptatt av at fagutvikling og forskning er nødvendig for å sikre kvalitet i helsetjenesten.

«Klinisk sykepleie» beskriver sykepleierens funksjoner, fortrinnsvis i en sykehussetting, fra pasienten blir innlagt til planlegging og utskrivning ved hjemreise. Ulike polikliniske undersøkelser og behandlinger blir også omtalt.

Boken er bygget opp etter organsystemene. Hvert av de 16 kapitlene har selvstendige forfattere. En viktig målsetting med boken er at bachelorstudentene skal integrere kunnskap fra sykepleiens faglige,

medisinske, naturvitenskapelige og samfunnsvitenskapelige grunnlag.

Både pedagogisk og layoutmessig har forlaget tilrettelagt for studentene. Aktuell kunnskap kan innhentes gjennom en aktiv læringsprosess. Forfatterne bruker illustrerende eksempler. Flere kasuistikker er hentet fra sykdomslæreboka og gjør at sykepleierspektivet blir tydelig. Studentene kan lese medisinske og naturvitenskapelige fag parallelt, samt sette seg inn i relevante «Praktiske Prosedyrer i Sykepleietjenesten». PPS er forlagets egen elektronisk database for cirka

300 grunnleggende prosedyrer i sykepleie. Fordelen med digitalt undervisningsmateriale er at det kan oppdateres langt raskere enn det trykte. Folkehelsas veiledning angående infeksjonsforebygging av meticillinresistente staphylococcus aureus (MRSA) bakterien, har for eksempel endret seg fra 2004.

Redaktøren har gjort et klokt utvalg av aktuelle sykdommer. Det er gitt spalteplass til en god innføring angående infeksjoner forårsaket av humant immunsviktivirus (hiv)

og tuberkulose. Nettopp fordi disse sykdommene er lite utbredt i Norge, er det viktig at vi i et globalt perspektiv har teoretiske kunnskaper om sykdommen.

Forfatterne har lagt vekt på å referere til oppdatert forskning innen sitt felt samtidig som relevant erfaringsbasert kunnskap er benyttet. Det er få norske kvantitative studier innen sykepleie, men det finnes mye erfaringsbasert kunnskap. Det er kjent at flere personer er urolige for at utskrivingsdatoen blir satt for tidlig. Dette blir ikke noe mer signifikant om vi får en referanse til

Studentene kan lese medisinske og naturvitenskapelige fag parallelt.

en kvalitativ studie av ti pasienter med lårhalsbrudd.

Det er bare en av forfatterne som brukte «jeg-form». Hun har skrevet et godt kapittel om lindrende behandling, og har på en fin måte fått fram dødens kroppslighet og hvor utfordrende det er å være sykepleiestudent i møte med døende. Det er når hun henter stoff fra sin hovedfagsoppgave at hun går over fra «vi» til «meg». Dette kan oppfattes uklart i teksten. Det kan virke som om omsorg for døende blir

en privatsak mellom den enkelte sykepleier og pasient. Forfatteren sier også konkret at omsorg for døende ikke kan formidles gjennom ord og bøker. Gode rollemodeller er viktig, men klinisk sykepleie kan læres gjennom gode læreverk enten de kommer via samlebånd eller bredbånd.

Bachelorstudentene har mange tilbud og det er mange tusen pensumsider som skal leses. Det kan være fristende bare å lese de sidene som er relatert til ulike studiekrav. «Klinisk sykepleie» er også viktig for sykepleierens kompetanse og faglige identitet; her bør alle sidene leses. For sykepleiere som har vært yrkesaktive noen år, anbefales det å sette av tid til teoretisk oppdatering. Faglig kompetanse øker tryktheten i yrkesutøvelsen.

Boken har gode illustrasjoner og godt språk.



Hvilken yrkesbakgrunn har Annie Wilks i Stephen Kings bok «Misery», som senere ble tolket av Kathy Bates i filmen med samme navn?

Svar: Sykepleier



Mamma for første gang - lydbok

Forfattet og lest av Gro Nylander

Hjelp til nybakte foreldre

Omtale: Mange vil dra kjensel på denne boken fra tidligere. Det nye er at den nå foreligger som lydbok. Fødselslege og ammeekspert Nylander gir selv stemme til boken, som geleider nybakte mødre og fedre gjennom barnets start på livet – fra første minutt til første halvår.



Etikk i sykepleien, 2. utgave

av Berit Støre Brinchmann

Grunnleggende etisk teori

Omtale: Boken tar opp ulike temaer som gjenspeiler noen av rammene for moralske handlinger. Blant annet drøftes spørsmålet om hva det innebærer å være en profesjonell sykepleier. Nytt i 2. Utgaven er kapittelet om kliniske etikk-komiteer.



Terapi – Hva passer for meg?

av Elisabeth Arnet

Veiviser i terapijungelen

Omtale: Boken gir en innføring i ulike terapeutiske retninger, og gir svar på en rekke faglige og praktiske spørsmål knyttet til disse. Den er rettet mot deg som vurderer å gå i terapi, for deg som er pårørende eller for deg som jobber med mennesker i små og store kriser. Et eget kapittel er viet menneskers erfaringer med psykoterapi.



Seksualitet og ryggmargbrokk

av Mette Wallace ved Sykehuset Østfold HF

Sårt om seksualitet

Omtale: Personer som lever med ryggmargbrokk har ofte lammelser og nedsatt følesans. Dette heftet tar for seg hvordan man kan forholde seg til et seksualliv parallelt med denne diagnosen, og utgivelsen



Sykepleie og etikk, 5. utgave

av Åshild Slettebø

Om etiske problemstillinger

Omtale: Sykepleiefaglige dilemmaer og temaer som ansvar, respekt, taushetsplikt, autonomi, makt og velgjørighet blir belyst i boken, som er oppdatert med hensyn til lowerket og de nye yrkesetiske retningslinjer for Sykepleiere.



Sammen om livet

av Berit og Arvid Nesse

Mening i det meningsløse

Omtale: En kreftsyk kvinne og hennes manns kamp mot sykdommen skildres ærlig og nakent gjennom personlige tekster. Åpen og oppriktig kommunikasjon er nøkkelord som preger boken. Kjente artister og kunstnere har bidratt i form av dikt, malerier og sitater.



Hva leser du nå?

- Jeg holder akkurat på med den siste biografien om Kirsten Flagstad, som har tittelen «La meg være i fred», sier **John Eivind Jensen**, sykepleier og koordinator for hjelpeorganisasjonen Norwac.
- Det er en murstein av en bok, som jeg fikk til jul. Jeg har lest de tidligere biografiene som er skrevet om henne.
- Flagstad ble kjent for sin tolkning av Richard Wagners

verker, og havnet ufrivillig i den politiske striden rundt annen verdenskrig som følge av dette.

– Livene til disse divaene er jo ofte minst like dramatiske som operaene de synger. Jeg er fascinert både av stemmen og historien til Kirsten Flagstad. Det er noe med det å komme fra vanlige kår, for så å bli en stor verdensstjerne nærmest over natten.

tekst **Geir Arne Johansen**

Verktøykasse for livet

Sosialantropolog og pedagog **Kjersti B. Tharaldsen** holder kurs for å lære oss å mestre livets utfordringer. Nå har hun samlet essensen av kurset i boken «Mestringsteknikker for livsvansker».

1 Hvorfor har du skrevet denne boken?

Jeg skrev den først og fremst fordi jeg mener det mangler et kurstilbud. Det er viktig å fokusere på det friske i mennesket, og et slikt tilbud fins ikke i psykiatrien. Til daglig jobber jeg ved Dalane distriktspsykiatriske senter i Egersund, og vi har ansvaret for å gi brukerne det tilbudet som er nødvendig. Jeg mener det er viktig å ha et holistisk perspektiv til diagnosen, og tror boken kan være med på å bidra til nettopp dét. Dessuten er boken en manualisering av kurset i forbindelse med mitt pågående doktorgradsprosjekt ved Universitetet i Stavanger, hvor formålet nettopp er å måle effekten av et slikt kursformat. Ut over dette bør slike redskap som boken representerer komme ut til folket, da de har en generell nytteverdi.

2 Hvorfor bør den leses?

Fordi den vil gi leseren en buffer til å lære å takle typiske problemer vi alle vil oppleve å møte i hverdagslivet. Boken er et verktøyskrin som alle kan dra nytte av i løpet av livet.

3 Hvem bør lese den?

Alle. Den kan brukes i forebyggende øyemed, men også som



spørsmål til
**Kjersti B.
Tharaldsen**

problemløsende i situasjonen man står i. Poenget er å lære seg mestringsteknikker.

4 Hva liker du selv best ved boken?

At den er skrevet og laget som en arbeidsbok, og at den er tilgjengelig for alle. Man kan jobbe seg gjennom den på egen hånd, eller man kan bruke den i undervisningssammenheng.

5 Hva synes du boken mangler?

Det den enkelte ønsker å jobbe med. Jeg ønsker at boken skal være et utgangspunkt for folk som vil jobbe med enten seg selv eller

grupper. Slik jeg ser det har jeg laget en bok der jeg har tegnet med strek, så er det opp til leserne å fargelegge den.

6 Hva er den siste fagboken du har lest?

Oi...skal vi se, den handler om statistisk analyse, og er skrevet av Barbara M. Byrne. Boken heter «Structural Equation Modelling With AMOS».

7 Og siste skjønnlitterære?

Gunnar Staalesens «Kalde hjerter». Å kunne drømme seg bort i krim i en sen kveldstime når man ellers er oppslukt av faglitteratur, gir en

frihetsfølelse og er min form for time-out, en øvelse som jeg for øvrig presenterer i boken.

8 Hva inspirerte deg til å skrive denne boken?

Jeg ble veldig inspirert av et kursformat som var laget for pasienter med borderline diagnose. Etter å ha jobbet litt opp imot dette fikk jeg et ønske om å jobbe videre med det, fra et pedagogisk ståsted.

9 Hvilken bok drømmer du om å skrive?

Jeg har et manus liggende klart, som handler om bevisst mestring for ungdom. Jeg mener det er viktig å jobbe forebyggende med mestring, men tror nok ikke vi er helt der ennå. Det er en høy terskel å forsere når det gjelder forebygging av psykiske lidelser. Ellers har jeg en drøm om å dele av de mange interessante erfaringene jeg gjorde meg gjennom det halve året jeg tilbrakte i Canada, hvor jeg bodde og levde sammen med Amish-folket der.

tekst **Geir Arne Johansen**
foto **privat**

KOMMER SNART!



Våre medlemmer fortjener innhold, funksjonalitet og underholdning av første klasse – derfor lanserer vi nå en komplett ny utgave av våre nettsider, med et enestående fokus på blant annet brukervennlighet, debattmuligheter, søkefunksjoner, fag & forskning og ikke minst et design som virkelig tåler rampelyset.

Følg med fremover og opplev totalforvandlingen av sykepleien.no!

sykepleien

Utmattende telefonstorm

Det er et stort behov for informasjon om kronisk utmattelsessyndrom. På ME/CFS-telefonens første dag ble det registrert én telefon i minuttet.

– Jeg hadde aldri trodd at trykket skulle være så stort. Vi har avdekket et stort behov for informasjon til pårørende og pasienter med kronisk utmattelsessyndrom, sier spesialsykepleier og prosjektleder Bodil Framnes ved Lærings- og mestringscenteret på Sykehuset Innlandet.

Hun har jobbet mye med kronisk utmattelsessyndrom (CFS – chronic fatigue syndrom, også kalt ME, myalgisk encefalopati). Nå betjener hun ME/CFS-telefonen for pasienter, pårørende og helsepersonell som vil vite mer om kronisk utmattelsessyndrom.

Rådgivningstjenesten ble opprettet i begynnelsen av januar som et prøveprosjekt som skal vare et halvt år, med midler fra Helsedirektoratet. Alle henvendelser blir loggført, og en påfølgende evaluering vil avgjøre om dette kan bli et permanent tilbud.

Mest på Østlandet

Telefonene har vært fra Finnmark i nord til Agder i sør. Selv om tjenesten også er åpen for helsepersonell, er det hittil mest pasienter som har ringt, men også noen pårørende.

– *Hva spør de om?*

– De som er i en utredningsfase spør hvor de kan henvende seg, mens de som har fått diagnosen lurer på hvor de kan finne gode behandlingstilbud og hjelp til å komme videre.

– *Hva svarer du da?*

– Fastlegen kan utrede mye, og er den som henviser videre. Mange synes det er lang ventetid. Selve utredningsfasen kan ta år, siden dette er en utelukkelsesdiagnose, og det er mangel på fagfolk med kompetanse på området. Det er vanlig å være innom nevrolog eller infeksjonsmedisinsk avdeling og eventuelt psykolog for å utelukke andre lidelser.

– *Og for behandling?*

– Det kommer an på hvor de bor i landet, sier Framnes og forklarer at behandlingstilbudene stort sett er konsentrert til østlandsområdet.

Ellers gir hun generelle råd om mestrings.

– Det jobbes med tilbud andre steder i landet også, men det viktigste for dem som bor i distriktene blir å henvende seg til fastlegen og til kommunens koordinator for individuell plan, råder Framnes.

I tillegg har alle helseforetak et lærings- og mestringscenter hvor både brukere og helsepersonell kan ta kontakt for å få hjelp.

Blir ikke trodd

80 pasienter med ME har deltatt på mestringskursene de siste tre årene ved Sykehuset Innlandet. Pårørendekurs er også arrangert. Mange av pasientene forteller at de ikke blir trodd av enkelte ansatte i helsevesenet, og dermed stopper både utredning og oppfølging.

– Dette er veldig uheldig for rehabiliteringen og fører ofte til ekstra belastninger. Det er viktig at vi ikke



TELEFONSTØTTE: Bodil Framnes gir råd om kronisk utmattelsessyndrom på telefon til pasienter, pårørende og helsepersonell.

glemmer å være medmenneske og lytte til deres behov, selv om vi som fagpersoner ikke forstår ME-pasienten fullt ut. De fleste kommer seg, men det kan ta tid. Vi må formidle

håp. Dessuten sier pasientene at det er lettere å komme i gang med rehabilitering og se framover når de faktisk får en diagnose og opplever å bli tatt på alvor, sier Framnes.



Mer om ME

Her er gode kilder for helsepersonell som trenger faglig påfyll om kronisk utmattelsessyndrom.

På telefon:

ME/CFS-senteret ved Oslo universitetssykehus – Ullevål.
Tlf. 23 01 58 72. Telefontid klokken 09-11 alle dager unntatt onsdag.

ME/CFS-telefonen: 991 17 999. Tirsdager fra klokken 10-14 og torsdager fra klokken 14-18.

På nettet:

Helsedirektoratets nettsider med månedlige nyhetsbrev om kronisk utmattelsessyndrom.

Kunnskapssenterets nettsider med rapport om syndromet.

Pasient- og legehåndboken har flere artikler om temaet.

Enhet for kronisk utmattelsessyndrom ved Oslo universitetssykehus – Rikshospitalet (for barn og ungdom under 18 år).

ME-foreningens nettsider.

Hvor farlig er turnusarbeid?

6 000 sykepleiere kan gi svar på hvordan søvn og turnusarbeid påvirker helsen deres.

– Mange mennesker i samfunnet må jobbe til ukurante tider. Vi valgte å fokusere på sykepleiere fordi de utgjør en gruppe på om lag 85 000 i Norge, hvorav en tredel har nattarbeid, sier lege og koordinator for den såkalte SUSH-undersøkelsen, Nils Magerøy.

«Spørreundersøkelsen om søvn, skiftarbeid og helse hos sykepleiere» skal kartlegge sammenhenger mellom skiftarbeid og mulige helseproblemer.

Ser etter fordeler

Tidligere studier av helse og skiftarbeid har vist at særlig nattarbeid gir uheldige effekter. Statistisk sentralbyrås levekårsundersøkelse fra 2008 viser at ansatte som jobber turnus i større grad enn andre ansatte opplever sterke jobbkra. De blir oftere møtt med uvilje fra sjefer og kolleger

hvis de kommer med kritiske synspunkter på arbeidsforholdene, og turnusarbeidere i helse- og sosialsektoren er langt mer utsatt for vold og trusler enn andre. Dessuten har de på noen områder dårligere fysiske og ergonomiske arbeidsmiljøforhold i helse- og sosialsektoren.

– Vi ønsker å finne ut om det også kan være fordeler knyttet til skiftarbeid, sier Magerøy.

Få ville svare

I forbindelse med studien mottok 6000 sykepleiere i november i fjor et omfattende spørreskjema fra Norsk Sykepleierforbund (NSF). Svarene lot vente på seg, så det er sendt ut to påminnelser i etterkant.

– Vi har nok ikke vært tydelige nok på hvor viktig det er at alle som har mottatt spørreskjemaet svarer uavhengig av arbeidstidsordning.

Om lag to tusen har svart så langt. Magerøy oppfordrer alle som ikke har svart om å gjøre det. Han presiserer han ønsker svar fra dem som ikke jobber skift også.

– I studien sammenligner vi de som arbeider om natten med dem som arbeider om dagen. God deltakelse er avgjørende for at vi skal kunne danne oss et så riktig bilde av dette som mulig, forklarer Magerøy.

Forskerne tar sikte på å følge deltakerne over en tiårsperiode, og Magerøy påpeker at det er helt naturlig at man i løpet av så lang tid vil skifte jobbstatus og arbeidstid. Derfor er det ønskelig at de som nå er i permisjon også deltar. De inviterte er i en yngre aldersgruppe, fordi de skal følges over tid. De vil få et årlig spørreskjema.

Helse Vest finansierer studien, og halvparten av de spurte bor på

Vestlandet, mens de øvrige er fordelt på hele landet.

Som skapt for nattarbeid?

Forskerne vil blant annet studere hvem som genetisk er best utstyrt til å tåle nattarbeid.

– Personer som har visse varianter av et såkalt klokke-gen, kan se ut til å tåle nattarbeid bedre enn andre. Vi vil også se nærmere på risikoen for hjerte- og karsykdommer hos noen av deltakerne, blant annet ved å få målt kolesterol hos denne undergruppen.



TRENGER DATA: Nils Magerøy håper at alle sykepleiere som er blitt tilsendt spørreskjema fra NSF vil returnere det innen 1. mars.



SUSH-undersøkelsen

Forskere ved Universitetet i Bergen, Unifob Helse og Helse Bergen skal sammenligne de som jobber nattskift med dem som jobber dagskift. De skal blant annet se nærmere på sammenhengene mellom:

nattarbeid og søvnforstyrrelser / døgnrytmeforstyrrelser / stoffskifteforstyrrelser / immunforsvar / forhold knyttet til svangerskap

Endelig svarfrist er 1. mars. Nytt skjema kan bestilles via e-post-adresse: arbeidsmedisin@isf.uib.no, eller hos Berit Larsen på telefon 55 58 61 53.

Skotter får stamceller

Tolv slagpasienter i Skottland blir de første i verden som skal behandles med stamceller. Dyrestudier har vist at nervestamceller kan reversere noe av hjerneødeleggelsen som ble forårsaket av slag.

ReNeuron heter firmaet som har fått godkjenning i Storbritannia til den kliniske utprøvingen. Keith Muir, nevrolog ved Glasgow universitet, skal lede studien som skal starte til sommeren. De tolv pasientene får injisert nervestamceller i hjernen sin. Cellene stammer opprinnelig fra et menneskefoster som ble abortert for flere år siden.

Studien ble først nektet godkjenning i USA hos Food and Drug Administration (FDA). USA har vært restriktive med stamcelleforskning, men dette er ventet å snu med president Barack Obama, som er mer positiv til denne typen forskning enn sin forgjenger, George W. Bush.

Kilde: Financial Times

tekst Eivor Hofstad foto privat



TURNUS-TELLEREN:
Lena Røsæg Olsen er hovedtillitsvalgt ved Dyrøy omsorgssenter. Hun har sammenlignet turnusen med virkeligheten og avslørt stor sykepleiermangel.

Stor sykepleiermangel

På papiret var alt i sin skjønneste orden. Men da **Lena Røsæg Olsen** sjekket hvor mange sykepleiere som egentlig var på jobb på sykehjemmet, ble hun skremt.

– Tidligere har vi vært bra bemannet, men så begynte jeg å merke at vi var så få sykepleiere på jobb. Jeg bestemte meg for å sjekke om det stemte eller om det bare var vi ansatte som sutret, sier hovedtillitsvalgt for Norsk Sykepleierforbund (NSF), Lena Røsæg Olsen.

Arbeidsstedet hennes er Dyrøy omsorgssenter i Troms. Sykehjemmet har 34 beboere med tre avdelinger. 6,3 av stillingene er for sykepleiere.

På turnusen er alt vel og bra. Der er det alltid en sykepleier og to hjelpepleiere/omsorgsarbeidere på natta og fra to til fire sykepleiere på dagvakt. I helgene skal det bare være én sykepleier på dag- og kveldsvakt.

– Men når noen blir syke eller er borte av andre årsaker, har vi ingen buffer. Det går ut over pasientene. For eksempel hadde vi en hofteoperert dame som bare ble liggende i sengen og ikke ble fulgt opp forskriftsmessig, forklarer Olsen.

Få vikarer

Dyrøy er en liten kommune, og det er få sykepleiere å hente inn som vikarer. Sannsynligvis er dette et problem kommunen deler med andre distriktskommuner.

– Jeg valgte meg ut en periode på de 16 første dagene i november, hvor jeg sjekket hvilke

fagpersoner som var på jobb. Da jeg så resultatet, ble jeg skremt, sier Olsen.

Det viste seg at det ikke var en eneste sykepleier på jobb på 16 av vaktene på 16 dager. På åtte av vaktene var de bare én sykepleier der de skulle vært mellom to og fire. Ingen av vaktene var de fire, og bare tre av vaktene var de tre sykepleiere.

Olsen viste resultatene til rådmannen, som også ble overrasket. Den lille stikkprøven førte til møter med rådmannen hvor de har diskutert hvordan de skal få på plass personer til de tre og en halv ledige sykepleierstillingene i kommunen, og hvordan de kanskje kan omorganisere for å avhjelpe problemet. Sykepleierne har også planer om å reklamere for sykepleieryrket på kommunens ungdomsskole.

Vil sjekke mer

– Dette var jo ikke akkurat noe vitenskapelig arbeid, men jeg har sjelden gjort noe som har vært så virkningsfullt. Det ble plutselig veldig synlig at vi mangler sykepleierkompetanse, sier Olsen.

Hun skal vise tallene til politikerne i kommunen også.

– Vi sykepleiere er generelt altfor lite flinke til å produsere og vise fram tall. Nå skal jeg gjøre flere stikkprøver på litt andre tider på året, lover Olsen.

Nyhet!

Engelsk medisinsk ordbok

ENGLSK-NORSK / NORSK-ENGLSK



Engelsk medisinsk ordbok

er en helt ny engelsk-norsk/norsk-engelsk fagordbok. Den inneholder til sammen 39 000 stikkord, med 20 000 stikkord i den engelsk-norske delen og 19 000 stikkord i den norsk-engelske delen. Den engelsk-norske delen har korte, enkle og presise norske forklaringer på de medisinske faguttrykkene.

KR 498,-

ISBN 978-82-573-1405-7



Store medisinske leksikon 1-5

KR 2990,- (komplett)

ISBN 978-82-573-1500-9

Spar kr 2000,-!

Bøkene finner du i din nærmeste bokhandel



Kunnskapsforlaget
Aschehoug og Gyldendal

www.kunnskapsforlaget.no
www.ordnett.no

Helseminister Bjarne Håkon Hanssen: Vil ha mer kontroll over spesialistene



Helseminister Bjarne Håkon Hanssen
Foto: Bo Mathisen

Helseministeren vil ha slutt på at legene selv godkjenner sine egne spesialister. Legeforeningen liker det ikke. Men det gjør Sykepleierforbundet, som øyner håp for anestesispesialistene.

Fram til nå har Legeforeningen, Optikerforeningen og Tannlegeforeningen godkjent sine egne spesialister. Snart kan det være slutt.

Helseminister Bjarne Håkon Hanssen ønsker å endre helsepersonellovens paragraf 53, slik at Helsedirektoratet ikke lenger kan delegere til private yrkesorganisasjoner å godkjenne spesialister i helsevesenet.

– Problematisk legestruktur

Hanssen vil ha mer kontroll med spesialisthelsetjenesten. Spesielt legene. Helsemyndighetene bør ta et sterkere grep om ordningen med godkjenning av spesialister. Begrunnelsen er endringer i demografi, sykdomsbilde, arbeidsfordeling mellom sykehus og nye arbeidsformer.

Departementet viser til at dagens sykehusstruktur i stor grad motsvarer legenes spesialiststruktur. Dette er «noe som kan være problematisk sett i relasjon til påkrevde omorganiseringer og oppgave- og funksjonsfordelinger i helseforetakene», heter det i høringsnotatet.

Dobbeltrolle

Helsedepartementet mener dessuten at Legeforeningen har en uheldig dobbeltrolle. På den ene siden er den en faglig premissleverandør og på den andre siden en fagforening.

Legeforeningen kritiserer departementet for mangel på prosess.

Bare en time før saken ble sendt på høring ble de tre foreningene orientert, skriver Legeforeningen på sine nettsider.

President i foreningen, Torunn Janbu, kaller saken dramatisk og savner en tilfredsstillende begrunnelse for forslaget.

– Statlig styring og kontroll kan gå på bekostning av kvalitet og fagutvikling i spesialistutdanningen, sier hun.

NSF støtter forslaget

– Vil lovendringsforslaget få noen konsekvens for sykepleiere som tar spesialutdanning?

– Nei. Sykepleiernes spesialutdanninger er underlagt høyskoler eller universiteter. De blir ikke spesialistgodkjent på samme måte som en gynekolog eller kirurg. Vi har imidlertid jobbet for å få en spesialistgodkjenning for anestesisykepleierne, sier seksjonsleder i

Norsk Sykepleierforbunds (NSF) rådgivningstjeneste, Berit Berg.

De eneste av sykepleierne som i dag har dobbeltautorisasjon er jordmødrene.

NSF-leder Lisbeth Normann støtter forslaget om lovendring.

– Det er greit at noen utenfor profesjonsforbundene godkjenner spesialistene, sier hun.

Normann er også glad for at dette kan åpne for at anestesisykepleierne får gjennomslag for sitt ønske om en godkjenningsordning.

SAFH kan få ansvaret

I dag har Statens autorisasjonskontor (SAFH) fått delegert ansvaret for å godkjenne alle helsefaglige utdanninger. Unntakene er videreutdanninger og spesialistutdanninger.

Blir loven endret, kan det bety at SAFH i fremtiden også vil ha ansvaret for å godkjenne spesialistene i helsevesenet.

– Håp for anestesisykepleierne før valget



Anne Marie Gran Bruun leder Anestesisykepleiernes landsgruppe av NSF (ALNSF).
Foto: Erik M. Sundt

NSF har i ti år jobbet aktivt for å få til en ordning med spesialistgodkjenning for anestesisykepleierne. Særlig har Anestesisykepleiernes landsgruppe av NSF (ALNSF) bidratt her. Siste henvendelse til helsemyndighetene ble sendt i august i fjor.

ALNSF-leder Anne Marie Gran Bruun tror det nå er mulig å komme i land med en spesialistgodkjenning.

– Forslaget om lovendring gir forventninger. Jeg håper noe vil skje før valget, sier hun.

Men hun innser at de ikke får noe svar før legesaken er ferdig behandlet. En høringsrunde er vanligvis på tre måneder. Men Hanssen har dårlig tid og har i denne saken redusert høringsrunden til seks uker. Fristen er 9. mars.

Gran Bruun er positiv til at spesialistgodkjenninger ivaretas

av sentrale helsemyndigheter.

– Men forutsetningen for at myndighetene skal lykkes er at de samarbeider med fagorganisasjonene om spesialistgodkjenningene, mener hun.

Gran Bruun opplyser at i Østfold er prosjektet som dreier seg om anestesispesialister inne i en ny fase. Det vil dreie seg om pasientsikkerhet, interprofesjonelle relasjoner og kompetanse satt i system.

De glemte sykdommene

Millioner av mennesker dør av malaria, tuberkulose og hiv/aids hvert år, og dette er bare noen av sykdommene som i hovedsak rammer folk i utviklingsland. Behovet for medisiner og metoder for diagnose er enormt, mens forskningsinnsatsen er liten. Nå har australske forskere laget en oversikt over hvordan forsknings- og utviklingsmidler brukes globalt på sykdommer i utviklingsland. Et av FN's tusenårsmaal er å stoppe alle dødelige sykdommer i verden, og en bedring av sykdomsbildet ville gitt folkehelsen i fattige land et betydelig løft.

Kilde: forskning.no

Ble verre av kreftmedisiner

Den nederlandske legen dr. Cornelius Punt og hans forskerteam trodde kombinasjonen av legemidlene Eribux og Avastin ville gi dobbel effekt hos pasientene som hadde tykktarmskreft med spredning. Men medisinmiksingen virket mot sin hensikt, og samtlige pasienter som fikk behandlingen ble raskt verre. Forsøket ble gjort på bakgrunn av tidligere laboratorietester og små studier, som angivelig skulle ha vist lovende resultater. Punt uttaler i etterkant at dette vil bli stående som en lærepenge om viktigheten av å utføre skikkelige randomiserte studier før man begynner å eksperimentere.

Kilde: washingtonpost.no

Demente får farlig medisin

Mer enn 30 000 personer over 70 år bruker anti-psykotika i Norge, viser en ny undersøkelse. Medisinerbruken kan imidlertid gi økt risiko for hjerneslag og i verste fall være dødelig. Helsetilsynet har tidligere påvist overmedisinering av beboere med demens på sykehjem. Det blir ikke ført tilsyn med legemiddelbruken til de mange hjemmeboende demente. Ifølge assisterende direktør Geir Sverre Braut i Helsetilsynet hviler et stort ansvar på fastlegene, og han sier at konsekvensene kan bli alvorlige uten tilstrekkelig oppfølging.

Kilde: aftenposten.no



Ny behandling mot Alzheimers

Seks pasienter med begynnende Alzheimer fikk i løpet av våren 2008 operert inn kapsler med proteinproduserende celler i hjernen. Forsøket fant sted ved Karolinska Universitetssjukhuset i Sverige. Proteinet NGF (Nerve Growth Factor) stimulerer og øker produksjonen av nerveceller, som igjen påvirker hukommelsen, tidsoppfatningen og evnen til å løse problemer. Målet med behandlingen er å hindre nedbryting av cellene og dermed hemme sykdomsutviklingen. Inngrepene skal ha skjedd uten komplikasjoner, og ifølge dosent Maria Eriksdotter Jönhagen skal alle pasientene i dag ha det bra.

Kilde: karolinska.se

Vi trenger flere som kan førstehjelp

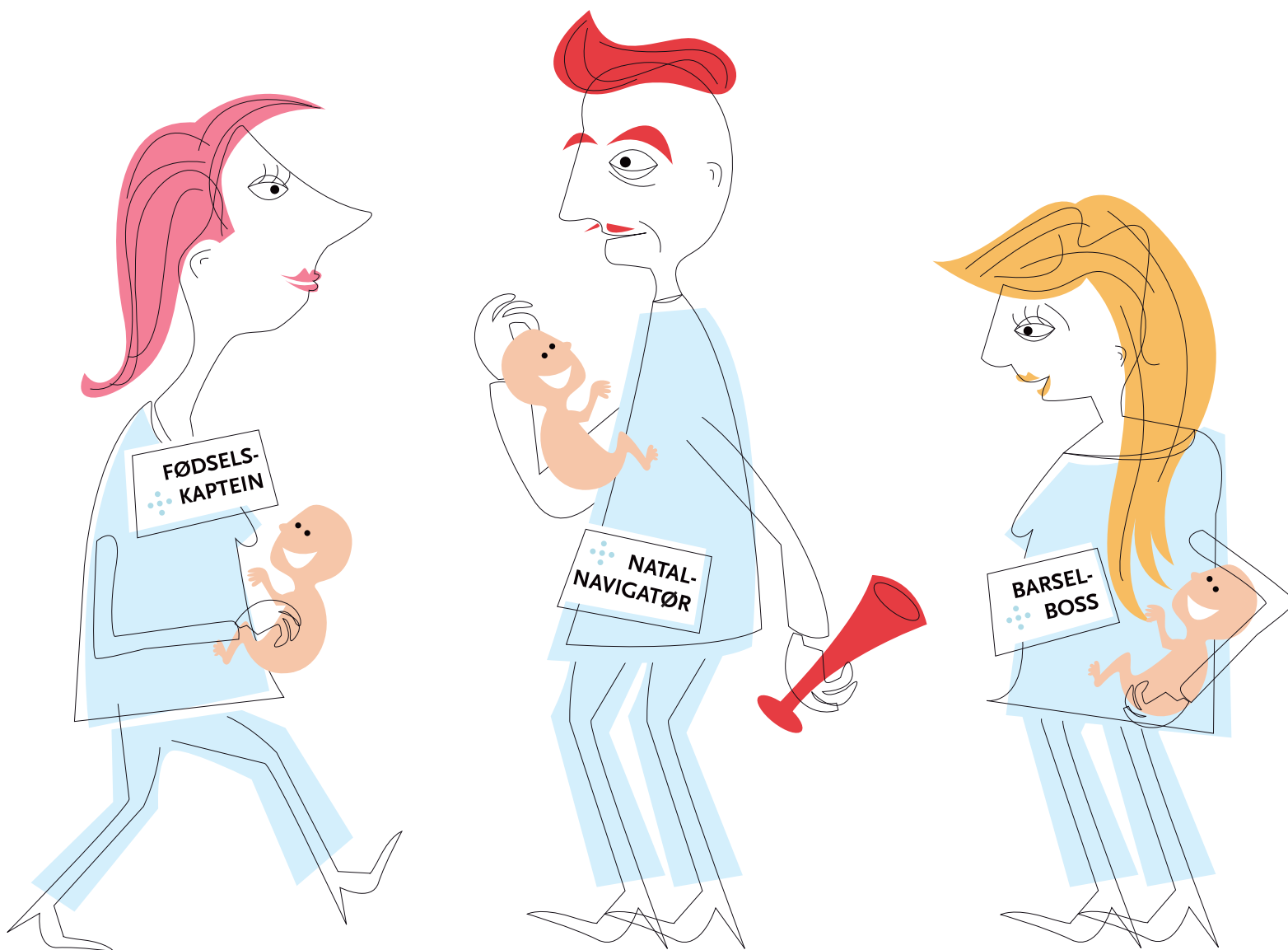
Er du førstehjelpinstruktør kan du tjene gode penger på å lære det bort. Vi lanserer Røde Kors Førstehjelp AS og skal innen kort tid være Norges mest komplette tilbyder av førstehjelpskurs og førstehjelpsutstyr. Som selvstendig instruktør vil du få faglig oppfølging, "ferdig solgte" kurs og gode lønnsbetingelser.

Kontakt oss i dag for nærmere informasjon. Ring tlf 05003 eller send en e-post til instruktor@rodekorsforstehjelp.no

Se også vår hjemmeside www.rodekorsforstehjelp.no for mer informasjon om instruktørutdanning, samt informasjon om kjøp av førstehjelpskurs og førstehjelpsutstyr.

 **Røde Kors Førstehjelp**





– Skift ut «jordmor» og

Under en halv prosent av landets jordmødre og helsesøstre er menn. Kjønnsnøytrale titler vil øke andelen, tror flere fagfolk.

Fødselspleier, fosterlos eller forlørningsleder? Natalnavigator, partuspresident eller barselboss? Det er bare å velge fra øverste hylle, for nå skal jordmor og andre kjønnede stillingstitler under lupen. Språkrådet inviterer sykepleiernes fagmiljøer til å diskutere alternative tittelkandidater.

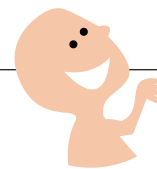
– Språket avspeiler kjønnsrollene i samfunnet. Har vi et samfunn

med kjønnede titler, vil vår sosiale virkelighet basere seg på at kvinner og menn inntar spesielle roller i samfunnet – at jordmor er en dame og fylkesmannen en mann, sier Toril Østby, informasjonssjef ved Likestillingsenteret.

Økt rekruttering

Før jul skrev Østby et debattinnlegg i Aftenposten, der hun





**Hvis vi får gode alternative ord,
vil det ta tre-fire år, så er jordmor
og helsesøster parkert.**

Sylfest Lomheim, direktør i Språkrådet

«helsesøster»

oppfordret Språkrådet til å implementere kjønnsnøytrale titler på alle stillinger, herunder helsesøster og jordmor.

– Når det kommer flere menn inn i disse yrkene, er det naturlig å endre titlene. Dessuten tror jeg det er lettere å rekruttere både kvinner og menn til en stilling om tittelen er kjønnsnøytral. Og rekrutteringen av menn til helsesektoren er viktig i

likestillingsarbeidet, påpeker hun.

Hun får klar støtte fra direktøren i Språkrådet, Sylfest Lomheim:

– Jeg er overbevist om at kjønnsnøytrale yrkestitler vil hjelpe, sier han.

Også kjønnsforsker Jørgen Lorentzen ved Universitetet i Oslo mener at titlene bør skiftes ut for å øke rekrutteringen.

– Kvinner synes jo det er pro-

blematisk å bli kalt formann. På samme måte er det vanskelig for menn å bli kalt jordmor. Det kan bli slått vitser om det, og de kan bli mobbet, sier han.

– Men mange jordmødre liker tittelen sin og sier den er så godt innarbeidet?

– Det mente vel mange menn også om de mannlige titlene da de ble forandret. Men hvis jordmø-

drene synes at de mannlige titlene er en uting, burde de være konsekvente og også være villige til å forandre jordmor, sier Lorentzen.

Språkrådet vil samarbeide

I 1997 utga Språkrådet en veiledning om kjønn, språk og likestilling hvor folk ble oppmuntret til å bruke kjønnsnøytrale yrkestitler, så langt som råd er. Men ennå, tolv år etter, finnes det titler som rådmann, fylkesmann, sysselmann, takstmann, jordmor og helsesøster.

Toril Østby synes Språkrådet burde vært mer på hogget for å få en endring.

– Det hadde vært flott om Norsk Sykepleierforbund og Språkrådet fikk til et samarbeid om å finne kjønnsnøytrale titler i helsevesenet, slik at man ble kvitt stigmatiseringen om at det først og fremst er kvinnene som bør jobbe som jordmødre og helsesøstre, sier hun.

– Jeg har fått med meg oppfordringen til Østby, og dette vil vi ta fatt i, altså. Vi er ikke ferdige med arbeidet med å få til kjønnsnøytrale, likestilte yrkestitler. Mye ble tatt på 90-tallet, men i år vil vi diskutere resttitlene som fylkesmann og jordmor, lover direktøren i Språkrådet, Sylfest Lomheim.

– Og helsesøster?

– Det trodde jeg var ute allerede.

Lomheim understreker at en god stillingstittel neppe kan lages av verken Språkrådet eller av fagmiljøet alene. Det blir alltid best hvis de to samarbeider. Derfor inviterer han sykepleierne til å kontakte Språkrådet når de har kommet fram til gode tittelkandidater de ønsker å diskutere.

Og akkurat det kan det hende at helsesøstrene gjør. Norsk Syke-

pleierforbunds (NSF) landsgruppe av helsesøstre hadde et styremøte i januar hvor de vedtok at de skal utrede saken om en eventuell navneendring. Temaet skal behandles grundig i organisasjonen, i samråd med Språkrådet og eventuelt andre aktører.

– Vi legger saken fram for generalforsamlingen når vi mener den er tilstrekkelig belyst, enten i 2010 eller seinere, sier Astrid Grydeland Ersvik, leder av landsgruppa til helsesøstrene.

– Det er flott. Ypperlig! Og Språkrådet bistår gjerne. Vi har

Jeg ønsker ikke en tittel som tar to linjer å skrive.

Astrid G. Ersvik, helsesøsterleder

språkkompetansen mens de har fagkompetansen. Selv om fagorganisasjonene har rett og myndighet til å bestemme over sin ordbruk, blir tittelen en flopp hvis den ikke er sikret kvalitetsmessig. Det er markedet som styrer her, sier Lomheim.

Gode titler

Ersvik sier hun er veldig ambivalent til å skifte ut tittelen helsesøster. Men debatten gjentar seg med jevne mellomrom.

– Jeg ønsker klart en mer oppdatert og kjønnsnøytral tittel, ikke minst med tanke på rekruttering. Samtidig er helsesøster et godt innarbeidet begrep med en positiv valør for mange. Og ingen av de mannlige helsesøstrene jeg har snakket med synes tittelen er problematisk.

– Har du noen gode forslag til alternativ tittel?

– Det er lansert ulike forslag, men det er mange hensyn å ta for at tittelen skal bli god: Den må være kort og konsis samtidig som den bør få med at det handler om forebygging og sykepleie. Men jeg ønsker ikke en tittel som tar to linjer å skrive.

Sylfest Lomheim sier en god tittel krever en lang og skikkelig prosess.

– Hva er en god tittel?

– Den må være forståelig, håndterlig og passe prestisjefyllt.

Derfor har ikke Lomheim noen tro på begrepet «fødselshjelper» for jordmor.

– Det høres underordna ut, og jordmora er jo sjef. En god tittel må ikke svekke autoriteten. Desuten er det allerede i bruk, man snakker om å være fødselshjelper til et prosjekt, for eksempel.

– Har du et bedre forslag?

– Nei, men jeg er sikker på at vi vil finne gode ord.

Endringen går fort

– Hvordan foregår prosessen med å endre en yrkestittel?

– Hvis sykepleiergruppene har en del kandidater til ord, setter vi oss ned med dem og diskuterer. Når vi har blitt enige om et ord, kjører Språkrådet det ut som forslag til ny tittel.

– Det gikk jo relativt raskt å gjøre ordet «neger» politisk ukorrekt. Hvor lang tid vil det ta før helsesøster og jordmor er like problematiske?

– De er ikke problematiske, men de vil kunne oppleves umoderne. Og det tror jeg vil gå ganske fort. Hvis vi får gode alternative ord, vil det ta tre-fire år, så er jordmor og helsesøster parkert, tipper Lomheim.

!

Få jordfedre og helsebrødre

Andelen mannlige helsesøstre og jordmødre er mye mindre enn andelen mannlige sykepleiere i Norge.

Jordmødre: 4 382 jordmødre har autorisasjon. 16 av disse er menn, det vil si under **0,4 prosent**.

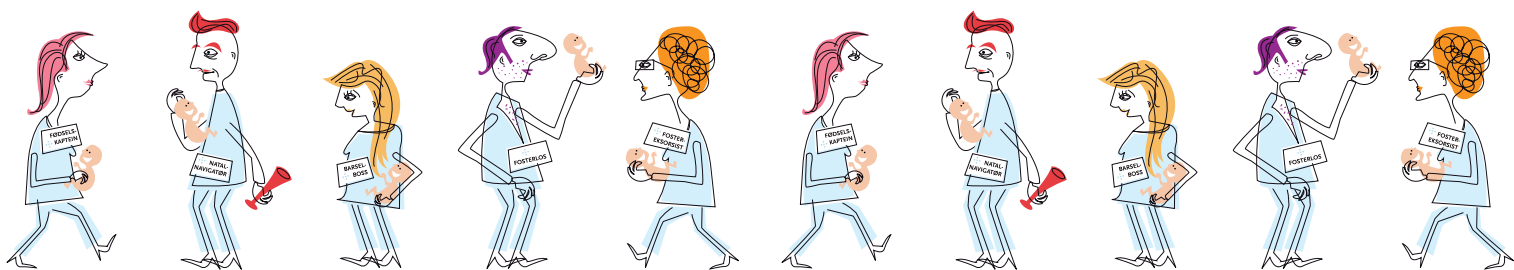
Helsesøstre: Cirka 3 000 besetter 1 986 årsverk i helsestasjon- og skolehelsetjeneste. Antall mannlige helsesøstre er ukjent, men leder for helsesøstrenes landsgruppe i NSF tipper cirka åtte. Det vil si under **0,3 prosent**. I faggruppa er det 2 618 medlemmer hvorav fem er menn. Helsesøstre har ikke egen autorisasjon, derfor er antallet anslagsvis.

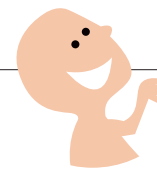
Sykepleiere: 116 616 sykepleiere har autorisasjon hvorav 12 566 er menn, det vil si **11 prosent**. Tallet inkluderer helsesøstre og jordmødre som har sykepleierutdanning (autorisasjon har man til fylte 75 år).

GAMMELDAGSE TITLER: På høy tid at jordmor og helsesøster får kjønnsnøytrale yrkestitler? NSF er avventende.

NSFs leder Lisbeth Normann er avventende til eventuelle endringer.

– Vi får høre hva faggruppene våre har å si og tar stilling da, sier hun.





Vil beholde jordmor

Lederne av de to jordmorgruppene er skeptiske til å endre på et godt innarbeidet begrep som jordmor. Det er jordmor Bernt Skurtveit glad for.

Bernt Narve Skurtveit var den første mannlige jordmoren som ble med i Norsk Sykepleierforbund (NSF). Han har jobbet som jordmor ved Volda sjukehus i 25 år. For ham har jordmortittelen aldri vært et problem. Han har aldri følt den diskriminerende, snarere omvendt.

– Den tittelen har skaffet meg ufortjent mye positiv oppmerksomhet, sier han.

– Nei, det har vært 99,9 prosent positivt.

– Ingen som har slått vitser om at du er jordmor?

– Nei. De som har vært usikre har kalt meg «jordfar», eller «jordgubbe» på svensk, humrer han.

Tittel stopper ikke

Skurtveit jobbet som sykepleier i to år fra han ble jordmor i 1984. Før ham fantes det bare to mannlige jordmødre. I Norge ble studiet åpnet for menn først i 1973.

– Gjorde tittelen at du brukte ekstra lang tid på å bestemme deg om du virkelig ville bli jordmor?

– Nei, det hadde ingen betydning.

– Tror du en kjønnsnøytral tittel

kunne bidratt til å rekruttere flere menn til yrket?

– Ubetinga nei. Du må ha såpass trygghet i deg selv som mann når du går inn i et kvinnedominert yrke, at tittelen blir uvesentlig. Det er et ansvarsfullt og selvstendig yrke. Du må ta bestemmelser i løpet av et hundredels sekund. Men det er ikke spesielt godt betalt og det krever at du er nokså intim med de fødende. Jeg tror det er heller slike faktorer som kan være barrierer for mennene. Ingen blir stoppet av en tittel.

– Hvordan reagerer de fødende på at jordmor er en mann?

– Jeg var veldig spent på det da jeg begynte, men det har gått helt fint. Ingen har sagt at de heller ønsket seg en kvinnelig jordmor.

I starten opplevde Skurtveit at kvinner han kjente fra tidligere spurte om han kunne ta imot barnet deres. Det ga ham en trygghet på at han som mann var akseptert som jordmor. Han tror heller ikke fedrene har følt ham som en trussel.

– Mange har sagt at litt mannfolkprat og mine egne erfaringer som far har gjort det lettere for dem å oppholde seg på fødestuen



Foto: Privat

INGEN JORDGUBBE: Bernt Narve Skurtveit har jobbet som jordmor i 25 år. Han kan ikke komme på noen bedre tittel enn jordmor.

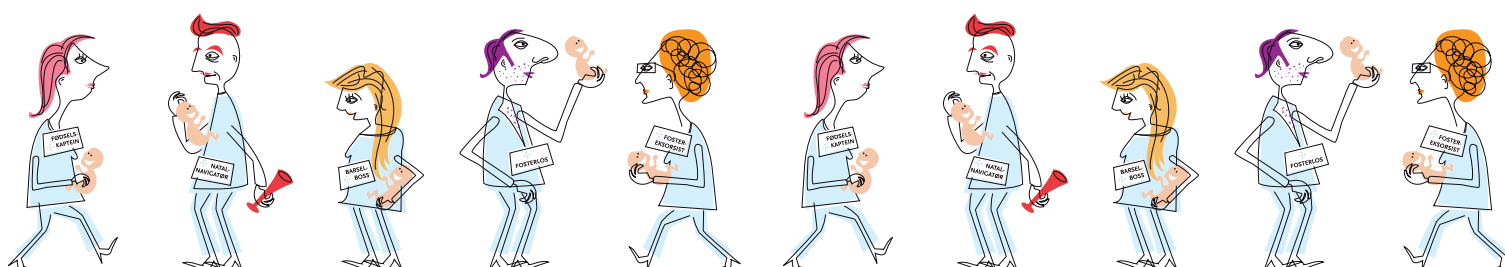
og være til hjelp, sier den erfarne «jordgubben».

Godt innarbeidet

I NSF er det 1 047 jordmødre hvorav fire er menn. Eva Sommersest er leder for NSF's jordmorforbund som har 683 medlemmer.

Ingen av de mannlige jordmødrene hun har snakket med har hatt noen motforestillinger mot tittelen.

– Vi har ikke diskutert å endre tittelen i forbundet, men holdningen generelt er at jordmor er et godt innarbeidet begrep, og vi ser ingen grunn til at man ikke skal bevare



tittelen, selv om det er kommet flere menn inn i yrket.

– *Hva med rekrutteringsargumentet?*

– Jeg tror mangelen på menn i yrket har med helt andre ting enn tittelen å gjøre, slik som lønn og muligheter til faglig utvikling. Dessuten er fødsel en intim situasjon som tradisjonelt har blitt håndtert av kvinner, sier hun.

Men Sommerseth er ikke avvissende til en dialog med Språkrådet.

– Vi vil gjøre alt som må til for å beholde tittelen, sier hun.

Kjønn tittel på andre språk

– Jordmor har kvinnelige titler i

mange andre land også, sier Marit Heiberg.

Hun er leder i Den norske jordmorforening som har 2 200 medlemmer hvorav fem er menn. Heller ikke Heiberg har støtt på menn som synes

jordmortittelen er noe problem.

– Jordmor er en beskyttet tittel, vi har egen autorisasjon og det er et historisk navn. Så på den måten er det kanskje mer naturlig å forandre helsesøster, som er et mye nyere yrke, sier hun.

En av teoriene er at jordmor kommer fra den gangen fødselen skjedde på jordgulv, og at jordmor var den som løftet opp barnet til faren som skulle vedkjenne seg farskapet.

– De menn som ønsker å bli jordmor, blir det uansett hvilken tittel yrket har.

Marit Heiberg

Heiberg sier navneendring ikke har vært diskutert i foreningen, men hun er selv skeptisk til å forandre tittelen. Hun tror ikke en kjønnsnøytral tittel vil øke den mannlige andelen av jordmødre.

– De menn som ønsker å bli

jordmor, blir det uansett hvilken tittel yrket har. Det er fint med flere menn i yrket, men jeg tror ikke det er ønskelig med 50/50 kjønnsfordeling.

– *Hvorfor ikke?*

– De som blir jordmødre, må være egnet til det. Det har med personlige egenskaper, ikke kjønn å gjøre.

– *Vil dere følge oppfordringen fra Språkrådet og samarbeide om å diskutere eventuelle alternative titler?*

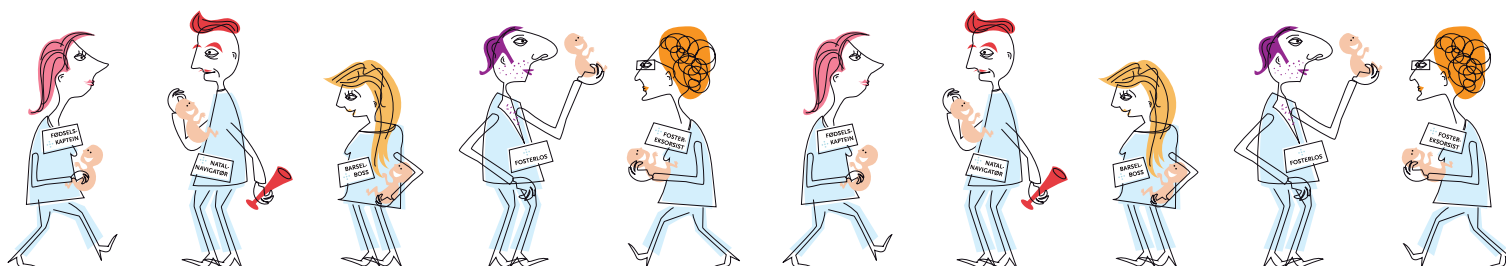
– Det kan vi. Vi skal tørre å løfte alle steiner, men jordmorbegrepet er helt spesielt. Så det skal være et veldig godt forslag hvis det skal bli vellykket, lover Heiberg.

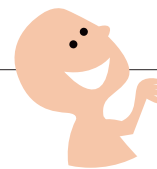
På andre språk

Visste du at: **Finsk** har kjønnsnøytrale begreper for jordmor og helsesøster? **Samisk** har kjønnsnøytral tittel på helsesøster? **Engelsk** og **spansk** har opprinnelig kjønnsnøytrale ord for jordmor?

Norsk	Helsesøster	Jordmor
Svensk	Distriktssköterska	Barnmorska
Dansk	Sundhetsplejerske	Jordmoder
Finsk	Terveidenhoitaja (helsepleier)	Kättilö (et nytt ord som innebærer at man jobber med hendene) tidligere het det lapsenpäästäjä (barnefrislipper)
Islandsk		Ljosmodir (lysmor)
Samisk	Dearvašvuodadiivššár (helsepleier)	Jorttamora (lånord fra norsk) eller sealggeadni (ryggmor) eller čalbmeeadni (øyemor) eller čalbmeáhkku (øyebestemor)
Tysk		Hebamme (av hebe= å løfte, og amme=en amme)
Engelsk		Midwife (med kvinne. Av gammel engelsk: mid=med)
Fransk		Sage-femme (klok kvinne)
Spansk		Comadrona (sammen med mor. Av latinsk commater, cum=sammen med, mater=mor) eller partera/partero (a-endelse for kvinnelige og o-endelse for mannlige. Av parto=nedkomst/fødsel)
Nederlandsk		Vroedvrouw (klok kvinne)
Italiensk		Ostetrica (muligens o-endelse hvis mann) eller levatrice (hun som tar ut. Av levare=ta ut. Brukes i folkelig språk)

Kilde: www.jobbnorge.no, www.risten.no og mange gode hjelpere





Fra sykepleierske til sykepleier

NSF har aldri vært toneangivende i språkutviklingen. Da sykepleierske ble erstattet med sykepleier, var det myndighetene som gikk foran.

I 1948 kom loven om «utdannelse og offentlig godkjenning av sykepleiere». Et år etterpå vedtok daværende Norsk Sykepleierskeforbund navneendring til Norsk Sykepleierforbund (NSF). Men det var ikke et ønske om å få kjønnsnøytrale titler som først og fremst var drivkraften:

– Slik ville NSF hindre at mannlige

sykepleiere dannet sitt eget forbund, sier førstelektor Jorunn Mathisen ved Høgskolen i Østfold.

I boken «Sykepleiehistorie, ideer – mennesker – muligheter» skriver hun om hvordan Bergljot Larsson, som i sin tid hadde stiftet et forbund for kvinner, snakket imot navneendringen på landsmøtet. Hun mente at

det ikke hastet med forandring, og sa blant annet:

– Vi må holde på vårt, staten må ikke få overtaket, vi må stå på toppen.

Til tross for navneendringen tok det lang tid før «sykesøster» forsvant. Jorunn Mathisen intervjuet en mannlige sykepleier som meldte seg

inn i NSF rundt 1950, men meldte seg ut to år etterpå. Det ergrer ham så at det på alle brevene han fikk fra NSF sto «søster Håkon».

– Jeg husker jeg på begynnelsen av 80-tallet svarte «søster Jorunn» når jeg tok telefonen. Men ut over 80-tallet falt det bort og ble i stedet litt merkelig, minnes Mathisen.

Foreslå nye titler

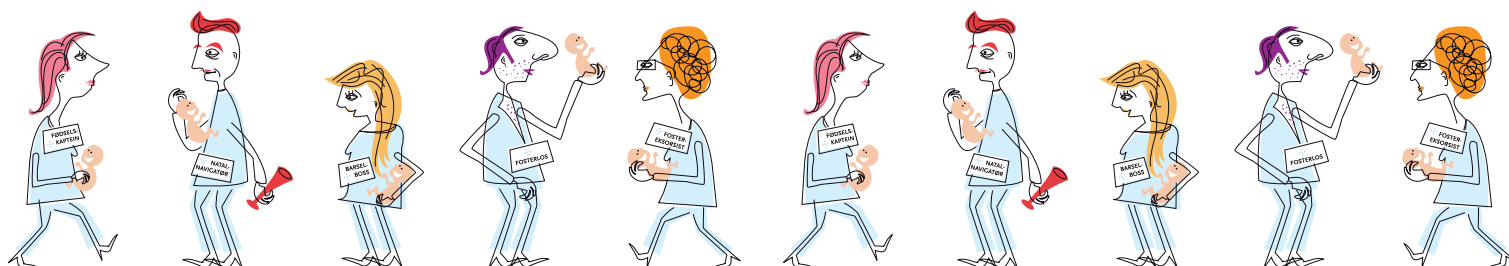
Nå har du en unik sjans til å påvirke språkhistorien. Sykepleien inviterer leserne til å sende inn kjønnsnøytrale alternativ til «jordmor» og «helsesøster».

Har du en god og ubrukt tittel på lager? Send den inn til oss! Kanskje synes helsesøstrene og jordmødrene den er så god at de vurderer den sammen med Språkrådet.

Alle seriøse forslag blir med i trekningen om et gavekort på 500 kroner.

Gå på nettet (www.sykepleien.no) og send inn forslaget der, eller send en e-post til eivor.hofstad@sykepleien.no

På nettsiden vår kan du også se listen over forslag som er sendt inn.





Åse Sviland,
Klinisk spesialist i pstk. Sykepleie, leder av familiepolikliniken, psyk. divisjon, Stavanger universitetssykehus.



Liv Marie Iversen Strøm,
Psyk. sykepleier, prosjektleder ved undervisningsavdelingen, Jæren Distriktpsikiatriske Senter, NKS.

Pårørende føler seg ofte alene og tilsidesatt når et familiemedlem får en alvorlig psykisk lidelse.

Drar lasset sammen

Psykiatriske pasienter og deres familier som deltar i flerfamiliegrupper opplever færre tilbakefall.

Sosial- og helsedepartementet minner stadig om at pårørende må inkluderes i behandlingen når en i familien får en alvorlig psykisk lidelse (1). Vi er to psykiatriske sykepleiere som har jobbet med flerfamiliearbeid i flere år. Vi har lyst til å dele noen av våre erfaringer i forhold til dette arbeidet.

Bakgrunn

I 1994 startet det et prosjekt med tidlig intervensjon ved psykoser (TIPS) ved psykiatrisk klinikk i Stavanger. I den anledning ble det vedtatt at pasienten får tilbud om behandling som innebærer medisiner, psykoterapi, sykehusinnleggelse ved behov og kunnskapsbasert familiebehandling.

Kunnskapsbasert familiearbeid har gjennom en årrekke vist seg å være meget effektivt i behandlingen av psykoser. Kombinasjonen av tradisjonelle behandlingsmetoder med deltakelse i flerfamiliegrupper mer enn halverer tilbakefallsprosenten (2).

Hovedelementene i psyko-educative flerfamiliegrupper er undervisning, kommunikasjon og problemløsning. Gruppene holdes hver fjortende dag og går over to år. Målsettingen for det første året etter et psykotisk gjennombrudd er primært å unngå tilbakefall. Samt en gradvis gjenopptakelse av vanlig rollefunksjon innen familien. Alt annet som oppnås kan sees på som bonus. Målet for andre året er å begynne den gradvise prosessen

mot å komme i gang med utdanning eller jobb, samt å gjenoppta og utvikle sosial funksjon utenfor familien. Tidsrammen som er angitt må betraktes som generell. Det vil naturligvis variere mye fra person til person når det gjelder hvor lang tid det tar å komme i rimelig bra funksjon.

Erfaringer

Vår erfaring med å inkludere familien i behandlingen har vært svært gode. Pårørende føler seg ofte alene og tilsidesatt når et familiemedlem får en alvorlig psykisk lidelse. Omstendighetene både rundt selve innleggelsen og behandlingen kan fremstå kaotisk. Situasjonen kan oppleves sterkt belastende både følelsesmessige og rent praktisk. Mange opplever skyld, skam og hjelpeløshet i forbindelse med psykiske lidelser og i møte med behandlingsapparatet. Høyt stressnivå og press over tid kan i tillegg virke ødeleggende for mange familier. Ved å delta i kunnskapsbasert flerfamiliegrupper kan både pasienten og pårørende bli bedre rustet til å mestre problemer, noe som vil gi hver enkelt opplevelse av bedre livskvalitet.

Et psykoeducativt familiearbeid anerkjenner den sterke betydningen, interessen og engasjementet som familien har, og den betydning familiemedlemmets lidelse får for deres egne liv. Siden 1997 har vi hatt 57 grupper i Stavanger og tre grupper ved Jæren DPS. Her har man

fokusert på familiens signifikante betydning og ressurser.

Psykoedukasjon kan defineres som bruk av undervisningsmetoder for å hjelpe pasient og pårørende til å forstå, akseptere og håndtere sykdommen. Målet er dels å formidle viten om sykdommen og dens behandling, dels å trene opp de ferdigheter som er nødvendig for å mestre sykdommen og de problemer den medfører. Metoden er basert på oppfatningen om at viten bidrar til å bekjempe usikkerhet og maktesløshet overfor sykdommen (3).

Det spesielle med dette behandlingstilbudet er undervisningen, kommunikasjonen og problemløsningen, samt strukturen på møtene. Behandlingstilbudet drives i enkeltfamiliegrupper eller flerfamiliegrupper. Vi kjenner det best som flerfamiliegrupper.

Flerfamiliegrupper

Undervisningen skaper grobunn for ny forståelse og reduserer angst. Vi ser at behovet for kontroll minker. Familiemedlemmene sier at undervisningen endrer deres oppfatning av lidelsen og dermed deres atferd overfor pasienten. De pårørende blir kjent med begrepet Expressed Emotion (EE) eller «uttrykte følelser» som ofte er det uttrykket de selv bruker. Det er blitt mye forsket på det følelsesmessige klima sett i sammenheng med risiko for tilbakefall, opp gjennom årene (4,5).

Pårørende gir raskt gode tilbakemeldinger på utviklingen av det følelsesmessige klima i familien: «Vi har fått det mye bedre i familien etter at vi begynte i gruppen». Vi er opptatt av å få fram hvor vanlige

www.sykepleien.no

Les mer og finn litteraturhenvisninger på www.sykepleien.no

Søkeord:
Psykisk helsearbeid
Flerfamiliearbeid
Psykisk sykdom
Pårørende



GIR NETTVERK: Gruppe- møtene gjør at familiene kommer seg ut av den isolerte situasjonen de befinner seg i.

problemene er i mange familier. Det er godt å kunne kjenne likhet med hverandre innad gruppen. Å få bekreftet at man ikke er alene.

Som gruppeledere er vi opptatt av her og nå. Vår oppgave er å dempe angst. Gjennom gruppelederen tilrettelegger vi for struktur rundt pasienten og pårørende. På denne måten formidles trygghet og tydelighet, noe som hjelper deltakerne til å fokusere på handling i stedet for bare på følelser. Pasientene er hovedpersonene i gruppen og gruppeleder henvender seg alltid først til dem under rundten. På den måten blir pasientene mer synlige. Det liker de godt. Pasientene vet at de ikke har press på seg og kan forholde seg tause dersom de ønsker det.

På rundgang setter deltakerne ord på hva som fungerer bra og hvilke utfordringer de har i hverdagen. Den påfølgende problemløsningen, i fellesskap med familien som har tatt opp problemet, synliggjør gruppeledernes engasjement og peker på likheter dem imellom. Når deltakerne lykkes med problemløsningen gir det dem håp og hjelp til å leve med sykdommen på en bedre måte. «Nå forstår foreldrene mine hvordan jeg har det».

Kommunikasjon

Denne optimismen preger i tillegg

oss behandlere og bedrer samarbeidsklimaet mellom familiene og helsevesen. Fokus på den enkeltes ressurser gir trening i sosial ferdighet og innsikt, og forståelse for å finne balanse og livskvalitet på tross av lidelsen.

Når vi som gruppeledere gjentar det pasienten sier, illustrerer vi nødvendigheten av å lytte. Slik får pasientene hjelp til å gjøre seg forstått og blir støttet i egen identitetsutvikling. Deltakerne kan bli veldig engasjerte og snakke i munnen på hverandre. Dette kan skape forvirring og angst hos den enkelte pasient. Da er det viktig at vi stopper opp og minner om kommunikasjonsreglene: en om gangen og respekt for hverandre. Vår utfordring ligger i å konkretisere kommunikasjonen i gruppen og fange opp uklare budskap. Vi refererer gjerne til oss selv og våre behov når vi stopper opp i slike tilfeller der vi trenger mer klarhet i det som blir sagt. På denne måten hjelper vi også pasientene med deres konsentrasjonsproblemer: «Nå kan jeg og min datter klare å snakke sammen om det som er vanskelig. Det hadde vi ikke klart uten hjelp fra gruppen».

Det sosiale aspektet ved flerfamiliegruppene er viktig. Alle møtene starter med 15 minutters sosialt prat

og dette gjentas de siste fem minuttene som avslutning. Dessuten ser vi at deltakerne blir stående sammen utenfor å knytte kontakter etter at gruppen er ferdig. Familiemedlemmene opplever en betydelig avlastning når de blir hjulpet ut av den isolerte situasjonen de ofte befinner seg i. De får økt selvfølelse når de får møte andre med sammenlignbare erfaringer. Pasientene uttrykker lettelse og føler seg ikke lenger alene når de hører andre pasienter fortelle om sine opplevelser med for eksempel psykose. Opplevelse av skyld og skam reduseres når familiene får dele sine erfaringer med hverandre.

Avslutning

Dette er en metode vi har stor tro på. All forskning som er gjort til nå viser at tilbakefallsprosenten halveres (2). Vi får stadig tilbakemelding både fra pasienter og deres pårørende om at dette har de nytte av i sin hverdag. Vi får også tilbakemelding fra gruppelederne om at denne type arbeid er med på å gi dem energi, noe de igjen kan overføre til arbeidet sitt med andre pasienter. Det blir likevel en utfordring i framtiden å opprettholde entusiasmen hos gruppelederne. Dette er tross alt et arbeid de gjør på ettermiddagen utenom sin vanlige jobb.

Det er også viktig å forske i

forhold til andre lidelser for å se om metoden har samme effekt her. Per i dag har vi utvidet tilbudet til grupper med bipolar lidelse, både for flerfamilie og egne pargrupper (6,7,8). Vi har også pargrupper der den ene parten har en psykoselidelse. Og vi er i starfasen med å forsøke samme modell i forhold til pasienter med rusproblemer og mildere psykiske lidelser. I framtiden har vi lyst til å forsøke samme modell i samarbeid med Alderspsykiatrisk avdeling i forhold til demenslidelse.

LITTERATUR

1. Statens Helsetilsyn. Schizofreni kliniske retningslinjer. Oslo: Statens helsetilsyn, 2000: 18-24.
2. Øxnevad AL, Grønnestad T, Arntzen B. Familiearbeid ved psykoser – mot samme mål. Stavanger: Stiftelsen Psykiatrisk opplysning, 2000.
3. Kjær R, Linderøth L, Melle I. FRAM rehabilitering ved schizofreni. Oslo: AstraZeneca, 2005.
4. Magana AB, Goldstein M, Kamo M, et.al. A Brief Method for Assessing Expressed Emotion in Relatives of Psychiatric Patients. *Psychiatric Research* 1986; 17: 203-213.
5. Kavanagh DJ. Recent developments in Expressed Emotion and Schizophrenia. *British Journal of Psychiatry* 1992; 160: 601-620.
6. David A, Moltz MD. Bipolar Disorder and the family: An Integrative Model *Fam Proc* 1993; 32: 409-423.
7. Goldstein MJ, Miklowitz DJ. The effectiveness of psychoeducational family therapy in the treatment of schizophrenic disorders. *J Nerv Ment Dis* 1995; 21: 361 - 76.
8. Clarkin JF, Carpenter D, Hull J, et.al. Effects of psychoeducational intervention for married patients with bipolar disorder and their spouses. *Psychiatr Serv* 1998; 49: 531-533.



Hans Knut Otterstad
Norsk institutt for omsorgstjenester

Det er 100 prosent belegg i sykehjem og et kontinuerlig press fra nye søkere.

www.sykepleien.no

Les mer og finn litteraturhenvisninger på
www.sykepleien.no

Søkeord:
Utskrivningsklare pasienter
Sykehjem
Eldreomsorg
Eldreboelgen
Sykehjemskø

Skrives ut til kø

Eldre kvalifiseres som sykehjemstrengende på sykehuset og som hjemmeboende av kommunen.

«Eldreboelgen» har medført økt press både på kommunehelsetjenesten og sykehusene. Samtidig har helsevesenet målsetting om å gi et tilbud til nesten alle som melder behov. Dette gir seg utslag på to måter: Sykehjemmene i kommunene har over 100 prosent belegg. Mange har i tillegg ventekø, det vil si innvilget søknad, men ingen plasser. Sykehusene har på sin side innført begrepet «utskrivningsklare pasienter» for å øke pasientsirkulasjonen slik at ventelistene ikke blir for lange. Mangelen på sykehjemsplasser blir ofte beskrevet i dagspressen med utgangspunkt i enkeltskjebner. I en slik situasjon er det imidlertid behov for systemløsninger.

Kommunal utfordring

Denne artikkelen beskriver hvordan meldesystemet for «utskrivningsklare pasienter» fortoner seg for forvaltningen og tjenesteyterne i en middels stor by på Østlandet. Det er tre spørsmål som skal besvares:

- Hvorledes fungerer meldesystemet? Er det administrativt og faglig hensiktsmessig?
- Hvilken kapasitet har pleie- og omsorgssektoren i en kommune til å ta imot de «utskrivningsklare pasientene» som ønskes overført til sykehjem?
- Hva er konsekvensen av dagens meldesystem?

Før vi besvarer disse spørsmålene er det behov for en kort beskrivelse av kommunenes utfordringer. Pleie- og omsorg er gjerne den største og mest kostnadskrevene av de kommunale tjenesteområdene. Eldreomsorgen representerer den største utfordringen på grunn av «eldreboelgen». Tjenestetilbudet kan deles i to: hjemmetjenestene er basisfunksjonene, mens sykehjemmene, med tillegg av boformer med heldøgns pleie, utgjør et forsterket behandlingstilbud til de som ikke kan bo i vanlig bolig.

Prioritering av inntak

Moss kommune hadde i perioden 2007–2008 litt over 29.000 innbyggere. Det var rundt 850 brukere av hjemmebaserte tjenester, 95 boliger i bofellesskap for demente eller i bo- og servicesenter, samt 194 sykehjemsplasser. Det er sykehjemsplassene som representerer den store utfordringen i forhold til de «utskrivningsklare pasientene» i sykehus. Dette skyldes at det er 100 prosent belegg i sykehjem og et kontinuerlig press fra nye søkere. Når kommunen får melding fra sykehusene om «utskrivningsklare pasienter» i en situasjon hvor det allerede er begrenset kapasitet og kø, blir det viktig med prioritering av inntaket og formell saksbehandling. Pleie- og omsorgstjenestene i kommunene er underlagt et

byråkratisk styringssystem som må følge forvaltningslovens bestemmelser når det gjelder søknader om behandling. En søknad om sykehjemsplass krever et «enkeltvedtak» med detaljerte og juridiske krav til saksbehandling.

Mangler kunnskap

Et stort systemproblem er at mange av fagfolkene i spesialisttjenesten ikke har tilstrekkelig kunnskap om det kommunale pleie- og omsorgstilbudet til de som forvaltningsloven. I sykehusene blir mange pasienter klassifisert som sykehjemstrengende, selv om den kommunale forvaltning og tjenesteytere vil si at de faglig sett tilhører hjemmetjenestene og kan bo i egen bolig. Derved foreligger det i utgangspunktet en slags interesse- eller kompetansekonflikt. Her er det imidlertid «eieren av problemet» – det vil si de kommunale fagfolkene – som bør ha både ansvars- og styringsrett. I dette skjæringspunktet bidrar en del fagfolk i spesialisttjenesten til et unødvendig press i en situasjon som er vanskelig nok for kommunen fra før. Faktum er jo at kommunene har et like stort ansvar for behandlingstilbudet til pleietrengende innbyggere enten de bor i egen bolig eller er innlagt i sykehus noen dager.



ELDREBØLGE: Geriatriske pasienter blir lagt inn nødvendig på sykehus fordi kommunen mangler kapasitet i pleie- og omsorgstjenestene. Foto: Colourbox

Resultater og funn

1. Antall meldeskjemaer. Søknader om og tildeling av sykehjemsplasser. Rutinene er slik at sykehusene sender en melding om at en pasient er «utskrivingsklar» til forvaltningen i Pleie- og omsorgstjenesten i Moss, når pasienter er hjemmehørende her. I alt kom det 970 meldinger fra sykehusene om utskrivingsklare pasienter i løpet av 2007, det vil si 18,7 meldinger per uke. Av disse gjaldt 10,2 meldinger per uke pasienter som var 80 år og eldre. Tabell 1 viser antall søknader aldersfordelt, og dokumenterer at 70 prosent av meldingene gjaldt pasienter som var 75 år og eldre, og hele 36 prosent fra aldersgruppen 85 år og eldre. Dette betyr at dette meldesystemet i hovedsak beskriver situasjonen for geriatriske pasienter.

Tabell 1. Antall meldinger fra sykehusene til pleie og omsorgstjenestene i Moss kommune om at en pasient var utskrivingsklar i løpet av 2007.

Alder	Antall meldinger	Prosentfordelt
0-17	0	0,0
18-49	35	3,6
50-66	132	13,6
67-74	128	13,2
75-79	146	15,1
80-84	174	17,9
85-89	198	20,4
90+	157	16,2
Alle	970	100,0

2. Hvorledes ble meldingene for pasienter som var 80 år og eldre behandlet? Hvorledes plassere pasienten på riktig nivå i Pleie- og omsorgstjenesten?

I alt 529 av meldingene gjaldt pasienter som var 80 år og eldre, det vil si 54,5 prosent. Gjennomsnittsalder i norske sykehjem er cirka 83 år, og mange av meldingene er rettet inn mot direkte overføring fra sykehus til sykehjem. Kommunene oppgir at sykehusene ikke alltid har kompetanse til å kunne plassere pasientene på rett nivå i det kommunale systemet. Mange meldinger dreier seg om sykehjemsbehov for gamle mennesker som kan klare seg i egen bolig med hjemmetjenester. I Moss er det forvaltningen som foretar vurderingen av om søkeren kan behandles hjemme eller i

sykehjem, og som deretter utformer en formell søknad. Det kan derfor oppstå misforståelser hos pasienter som har fått beskjed fra sykehuset om at det er sendt en søknad om sykehjem, mens det i virkeligheten gjelder en melding om at han/hun er utskrivingsklar. I slike tilfeller kan det bli et problem at sykehuset nærmest har lovet pasienten en sykehjemsplass selv om det er Pleie- og omsorgstjenesten i Moss som har avgjørelsesmyndighet for et begrenset antall sykehjemsplasser.

Tabell 2 viser utfallet av søknader for aldersgruppen 80 år og eldre fordelt på kort- og langtidsplasser. Bare cirka halvparten av sykehuse-nes meldinger ble definert som en reell søknad om sykehjemsplassering. De resterende var enten uaktuelle eller ble kanalisert til hjemme-

tjenestene. Mange av meldingene gjaldt pasienter som var kjent av forvaltningen fra før. Det gikk derfor raskt å lage en søknad på vegne av disse. Noen var imidlertid ukjente og forvaltningen måtte da skaffe utfyllende opplysninger gjennom direkte kontakt med pasient og pårørende.

Dersom fagfolkene i hjemmetjenestene i Moss mente at en pasient var plassert på et for lavt nivå, laget de selv en ny søknad om sykehjemsplass. Forvaltningen opplyser at cirka 75 prosent av innleggelsene i sykehjem var fra pasienter som lå i sykehus, mens 25 prosent gjaldt overflytting fra hjemmetjenestene til sykehjem.

Dette sorteringssystemet innebærer et betydelig arbeid for forvaltningen. Bare for aldersgruppen 80 år og eldre var det 275 søknader i 2007, hvorav 190 ble innvilget, det vil si 69 prosent. Den største avslagsprosenten gjaldt langtidsplass med 57 prosent, det vil si kun litt over halvparten av de reelle søknadene som var utformet av forvaltningen selv. Det betyr at relativt mange utskrivingsklare sykehuspasienter har opplevd at en sykehjemsplass i Moss «henger høyt».

avdeling vanligvis halvannet til to år, derfor blir tilgjengeligheten til langtidsplassene meget begrenset. De fleste sykehjemspasientene blir derfor innlagt i korttidsavdeling før de eventuelt blir overflyttet til en langtidsplass. Dette kan bli et problem i noen kommuner dersom for mange langtidspasienter blokkerer for en tilstrekkelig god sirkulasjon i korttids plassene.

Diskusjon

Hva er feilkildene i dette materialet? Tallene er tatt direkte fra flere elektronisk databaser som registrerer alle innkomne meldinger og søknader, samt utfallet. I slike baser kan en person registreres flere ganger og dette representerer en feilkilde når tallene skal overføres til epidemiologiske data. Resultatet vil være en viss overdimensjonering av pasientstrømmer. Dette er sjekket opp med saksbehandlerne som sier at resultatene i tabellene er i samsvar med deres egne vurderinger av situasjonen. Dette betyr at situasjonsbeskrivelsen gir et riktig bilde, men at tallene kan være noe høye i forhold til problemets størrelse.

Denne undersøkelsen viser at det nåværende meldesystemet for

«Eldrebølgen» har bidratt til økt press både på kommunene og sykehusene, og dette har medført et oppsplittet behandlingsansvar.

pasiteten i sykehjemmene. Det er et rent administrativt meldesystem som fører til betydelig merarbeid for kommunens administrasjon og forvaltning på grunn av de formelle regler som gjelder for saksbehandlingen. I eldreomsorgen blir det dessuten mange avslag fordi systemet ikke er bygd opp ut fra en faglig vurdering av hva det er mulig å få til når kapasiteten er så mye mindre enn etterspørselen.

Kartlegging

Løsningen vil være å redusere antall meldinger og kartlegge hvilket nivå sykehusene bør legge seg på når det gjelder meldinger om pasienter som bør utskrives direkte til sykehjem. I 2007 var denne kapasiteten på rundt 150 innleggelse i sykehjem (avlastningsopphold er ikke inkludert i dette tallet siden disse innleggelsene gjelder et internt behandlingssystem for å kunne behandle flest mulig i eget hjem). I alt 25 prosent av disse 150 meldingene var overflyttinger av pasienter i hjemmetjenestene som kvalifiserte til sykehjemsopphold uten å gå veien om en sykehusinngjørelse, og må derfor gå til fratrett. Det reelle nivået for overflyttinger fra sykehus til sykehjem, for geriatriske pasienter som var hjemmehørende i Moss, var dermed cirka 110 overflyttinger. Men det kom cirka ti meldinger om «utskrivingsklare pasienter» per uke, åtte mer enn mottakskapasiteten i sykehjem. Dette betyr et overforbruk av administrative og faglige ressurser som har liten faglig positiv effekt. Og dette meldesystemet setter helsevesenet i et dårlig ry på grunn av mange overflødige meldinger/søknader, ubegrunnede forventninger om sykehjemsplass og tilhørende frustrasjon og oppgitthet hos publikum ved avslag.

Unødvendige sykehusinngjørelser

Dette uhensiktsmessige systemet kan ikke ensidig tilskrives sykehusenes leting etter utskrivingsmuligheter for geriatriske pasienter. Den lave tilgjengeligheten på sykehjemsplasser bidrar i tillegg til at en del hjemmeboende geriatriske pasienter blir innlagt i sykehus når det egentlig var faglig behov for en innleggelse i korttidsplass i sykehjem. En økning av tjenestene i hjemmetjenesten som bedre hjelp og trygghet på kvelds- og nattvaktene kunne også hjulpet på situasjonen. Det er med andre ord snakk om «unødvendige sykehusinngjørelser» av geriatriske pasienter på grunn av for liten kapasitet i kommunens pleie- og omsorgstjenester.

Konklusjon

Konklusjonen blir derfor at «eldrebølgen» har bidratt til økt press både på kommunene og sykehusene, og dette har medført et oppsplittet behandlingsansvar der pasientene blir involvert i et spill om hvem som skal behandles og når. Siden helsesektoren i dag ikke klarer å løse dette på et faglig forsvarlig grunnlag, har vi fått et innleggelses- og meldesystem som er uhensiktsmessig og ressurskrevende både for sykehus og kommuner. Og pasientene og pårørende opplever at de er kasteballer, mens media får en forholdsvis enkel oppgave når de beskriver enkelte episoder som uttrykk for systemsvakheter. Det finnes et lys i tunnelen: Dette problemet er ikke uløselig, men det krever et forpliktende og gjensidig samarbeid av en helt annen karakter enn det som eksisterer i dag. Det må komme fra fagfolkene selv, og ikke som i dag fra et overordnet nivå som ikke ser de negative konsekvensene.

Tabell 2: Utfallet av søknader om sykehjemsplass for pasienter som var 80 år og eldre som ble behandlet av forvaltningen i 2007

BEHANDLINGSTYPE	Antall søknader	Innvilget	Avslag	Uaktuell, uavklart	Prosent innvilget
Korttidsplass	86	69	10	7	80
Langtidsplass	132	75	29	28	57
Planlagt avlastning	57	46	3	8	81
SUM	275	190	42	43	69

Forvaltningen i Moss tildeler kun sykehjemsplass når det blir en ledig, enten etter dødsfall eller ved utskrivning, og opererer derfor ikke med ventelister. (Her definert som en innvilget søknad som står på tur for å få en ledig plass.) I norske sykehjem er liggetiden i langtids-

«utskrivingsklare sykehuspasienter» fungerer lite hensiktsmessig. Dette har flere årsaker. Den viktigste er at det ikke er samsvar mellom kommunenes kapasitet til å ta imot alle de eldre pasientene som sykehuset ønsker å få utskrevet like raskt som de yngre pasientene, og mottakskapa-

Type 2-diabetes er arvelig

Frem til nå har man knyttet forekomsten av type 2-diabetes opp mot en usunn livsstil. En ny norsk undersøkelse viser imidlertid at også gene spiller en viktig rolle. Ifølge fungerende avdelingsoverlege ved Hormonlaboratoriet, Oslo universitetssykehus Aker, Per Medbøe Thorsby, har personer som er arvelig disponert for sykdommen en medfødt dårligere insulinproduksjon enn andre. Rundt halvparten av oss har disse genene, og er altså i risikozonen. Inaktivitet og overvekt vil kunne fremskynde sykdommen.

Kilder: aftenposten.no og diabetes.no

Flere stumper røyken

Antallet personer i Norge som røyker fast er på ti år redusert fra 33 prosent til 21 prosent. Det er fjorårets tall fra Statistisk sentralbyrå (SSB) som viser at det har vært en jevn nedgang i antall røykere de siste ti årene.

Av de unge i alderen 16-24 år er det 15 prosent som oppgir å røyke fast, mot 16 prosent i 2007. Helsedirektør Bjørn-Inge Larsen sier han er glad for at færre røyker, og mener mange vil oppleve å få det bedre som følge av at de har klart å stumpe røyken.

Kilder: Statistisk sentralbyrå og Dagens Medisin

Elektronisk influensa-kart

Planlegger du en tur til USA, kan du få helt oppdatert informasjon på nettet om forekomsten av influensa dit du skal. Det er søkemotoren Google som tilbyr det elektroniske kartet, der du enkelt kan dra pekeren fra stat til stat, som til enhver tid er oppdatert på nivåene av eventuelle influensautbrudd.

Det er tradisjonelt United States Center for Disease Control (CDC) som sender ut varslinger om influensautbrudd, men i forhold til kartoversikten ligger denne informasjonen som regel to uker tilbake i tid.

Kilde: healthnews.com

Får ikke hjelp



Åtte av ti ungdommer som sliter med psykiske plager får ikke faglig hjelp, viser en undersøkelse utført ved Folkehelseinstituttet, basert på besvarelser fra om lag 900 13-15-åringere og foreldrene deres. 13 prosent av ungdommer mellom 13 og 15 år skal være så plaget av symptomer på angst og depresjon at de trenger behandling.

Forsker Maren Helland ved Folkehelseinstituttet mener den største helsegevinsten kan oppnås gjennom å bedre de generelle oppvekstvilkårene til ungdom. Hovedandelen av ungdommene som utvikler betydelige psykiske plager tilhører ikke bestemte risikogrupper.

Samtidig er det avgjørende at helsetjenestene i større grad enn i dag når frem til ungdom som allerede har utviklet betydelige psykiske plager, mener hun.

Kilde: Folkehelseinstituttet

Twinrix
Dobbel beskyttelse livet ut

C Twinrix Paediatric GlaxoSmithKline

C Twinrix Voksen GlaxoSmithKline

Vaksine mot hepatitt A (inaktivert) og hepatitt B (rDNA), (adsorbent).

ATC-nr.: J07B C20

INJEKSJONSVÆSKE, suspensjon: Twinrix Paediatric: 0,5 ml inneholder: Inaktivert hepatitt A-virus 360 ELISA-enheter, rekombinant hepatitt B-virus overflateantigen (HB_sAg) 10 µg, aluminiumfosfat 0,2 mg, aluminiumhydroksid 25 µg, formaldehyd maks. 50 µg, neomycinsulfat maks. 10 nanogram, natriumklorid 4,5 mg, vann til injeksjon. Konserveringsmiddel: 2-fenoksyetanol 2,5 mg.

INJEKSJONSVÆSKE, suspensjon: Twinrix Voksen: 1 ml inneholder: Inaktivert hepatitt A-virus 720 ELISA-enheter, rekombinant hepatitt B-virus overflateantigen (HB_sAg) 20 µg, aluminiumfosfat 0,4 mg, aluminiumhydroksid 50 µg, formaldehyd maks. 0,1 mg, neomycinsulfat maks. 20 nanogram, natriumklorid 9 mg, vann til injeksjon. Konserveringsmiddel: 2-fenoksyetanol 5 mg.

Indikasjoner: Twinrix Paediatric: Vaksinen er indisert for bruk til ikke-immune barn fra 1 år t.o.m. 15 år som er i risikogruppen for å få både hepatitt A- og hepatitt B-infeksjon. **Twinrix Voksen:** Vaksinen er indisert for bruk til ikke-immune voksne og ungdommer, 16 år og eldre, som er i risikogruppen for å få både hepatitt A- og hepatitt B-infeksjon.

Dosering: Twinrix Paediatric: Til barn og ungdommer fra 1 år t.o.m. 15 år anbefales doser på 0,5 ml. **Twinrix Voksen:** Til ungdommer og voksne, 16 år og eldre, anbefales doser på 1 ml. Standard skjema for primærvakinasjon med Twinrix Paediatric og Twinrix Voksen er 3 doser. 2. dose gis 1 måned etter 1. dose, og 3. dose 6 måneder etter 1. dose. Når avreise er forventet minst én måned etter påbegynt primærvakinasjon, men uten at det er nok tid til å fullføre standard skjemaet for primærvakinasjon, kan de 3 dosene Twinrix Voksen gis til voksne etter følgende hurtigskjema: 2. dose gis 7 dager etter 1. dose, og 3. dose 21 dager etter 1. dose. Når dette skjema benyttes anbefales en 4. dose 12 måneder etter 1. dose. Det anbefalte skjemaet bør følges. Når vaksinasjonen er påbegynt, bør den sluttføres med samme vaksine. Behovet for en boosterdose med hepatitt A- og B-vaksine hos friske individer som har fullført vaksinasjonsskjemaet er enda ikke helt fastlagt. Hos individer som eksponeres for hepatitt B-virus, f.eks. hemodialysepasienter eller pasienter med nedsatt immunforsvar, bør et beskyttende antistoffnivå >10 IE/liter sikres. Retningslinjer for booster vaksinasjon mot hepatitt A er basert på antagelsen om at antistoff er nødvendig for beskyttelse. Antistoff mot hepatitt A-viruset er beregnet til å være i minst 10 år. Vaksinen er beregnet til intramuskulær injeksjon, i overarmsmuskelen (deltoidområdet) eller anterolateralt i låret hos små barn. Intradermal injeksjon eller intramuskulær injeksjon i glutealmuskelen skal unngås. Til pasienter med trombocytopeni eller blødningsykdommer kan vaksinen unntaksvis gis subkutan selv om dette kan gi suboptimalt immunsvær. **Må ikke injiseres intravaskulært.**

Kontraindikasjoner: Kjent overfølsomhet for vaksinsens komponenter. Tegn på overfølsomhet etter tidligere vaksinasjon med Twinrix Paediatric eller Twinrix Voksen eller monovalent hepatitt A- eller hepatitt B-vaksine. Vaksinasjon skal utsettes ved akutt sykdom med høy feber. **Forsiktighetsregler:** Pasienter kan være innenfor inkubasjonsstiden for hepatitt A- eller hepatitt B-infeksjon ved tidspunktet for vaksinasjon. Det er ikke kjent om vaksinen beskytter mot hepatitt A og hepatitt B i slike tilfeller. Anbefales ikke som profylakse etter eksponering. Hemodialysepasienter, personer med nedsatt immunforsvar og pasienter som får immunsuppressiv behandling oppnår ev. ikke adekvate antistofftitre etter primærimmunisering. Disse pasientene kan derfor behøve flere vaksinedoser. Adekvat respons kan likevel utelukkende hos immunsvekkede pasienter. Det er observert en rekke faktorer som kan redusere immunresponsen etter hepatitt B-vaksiner og disse omfatter høy alder, hannkjønn, fedme, røyking, administreringsvei og noen kroniske underliggende sykdommer. Serologisk testing bør vurderes for de personer som kan stå i fare for å ikke oppnå beskyttelse etter en fullstendig vaksinerings med Twinrix Voksen. Tilleggsdoser bør vurderes til de personer som ikke responderer eller som ikke oppnår optimal respons etter fullstendig vaksinerings. Hensiktsmessig medisinsk behandling og overvåking skal alltid være lett tilgjengelig ved vaksinasjon i tilfelle en sjelden anafylaktisk reaksjon skulle oppstå etter injeksjon av vaksinen. Rester av biomersal, som gjenfinnes i vaksinen, kan medføre sensitivetsreaksjoner.

Interaksjoner: Twinrix Paediatric: Det anbefales ikke at vaksinen gis sammen med andre vaksiner. **Twinrix Voksen:** Vaksinen kan gis samtidig med andre vaksiner dersom forskjellige sprøyter og ulike injeksjonssteder benyttes. **Graviditet/Amning: Overgang i placenta:** Effekten på fosterets utvikling er ikke undersøkt, men da dette er en inaktivert vaksine forventes det ingen skade på fosteret. Bør bare gis under graviditet dersom det foreligger en uttalt risiko for hepatitt A- og hepatitt B-infeksjon. **Overgang i morsmelk:** Det foreligger ikke opplysninger om effekt på barn til ammende mødre. Kombinasjonsvaksinen skal derfor brukes med forsiktighet hos ammende kvinner.

Bivirkninger: Vanligst er forbigående smerte, rødme og hevelse på injeksjonsstedet. **Hyppige (>1/100):** Tretthet, hodepine, sykdomsfølelse, kvalme. **Sjeldne (<1/1000):** Feber, brekninger. Svært sjeldne tilfeller av følgende uønskede hendelser er sett i tidsmessig sammenheng med vaksinasjonen: Blod: Trombocytopeni, trombocytopenisk purpura, lymfadenopati. Gastrointestinale: Kvalme, brekninger, appetittløshet, diaré, mavesmerter. Hud: Utslett, kløe, urticaria. Lever: Patologiske leverfunksjonsverdier. Neurologiske: Kramper. Sirkulatoriske: Synkope, hypotensjon. Øvrige: Influensalignende symptomer (feber, frysninger, hodepine, myalgi, artralgi), tretthet, svimmelhet, parestesi, allergiske reaksjoner, inkl. anafylaktiske og anafylaktoide reaksjoner og overfølsomhetsreaksjoner lignende serumsyke. Etter omfattende bruk av de monovalente vaksinene mot hepatitt A og/eller hepatitt B, er i tillegg følgende uønskede hendelser rapportert svært sjelden i tidsmessig sammenheng med vaksinasjon: Hud: Eksudativ erythema multiforme. Neurologiske: Tilfeller av perifere og/eller sentrale neurologiske forstyrrelser som kan omfatte multipel sklerose, optikusneuritt, myelitt, facialisparese, polyneuritt som f.eks. Guillain-Barrés syndrom (med ascenderende paralyse), meningitt, encefalitt, encefalopati. Sirkulatoriske: Vaskulitt.

Egenskaper: Klassifisering: Kombinasjonsvaksine av renset, inaktivert hepatitt A-virus og renset hepatitt B-virus overflateantigen (HB_sAg), separat adsorbent til aluminiumhydroksid og aluminiumfosfat. Hepatitt A-viruset er fremstilt ved dyrking i humane diploide cellekulturer. HB_sAg er fremstilt av gjærceller vha. rekombinant DNA-teknikk. Beskyttelse mot hepatitt A og hepatitt B utvikles i løpet av 2-4 uker. Det er påvist antistoffer mot hepatitt A-virus hos ca. 89 % (Twinrix Paediatric) og ca. 94 % (Twinrix Voksen) av de vaksinerte 1 måned etter 1. dose og hos 100 % 1 måned etter 3. dose (dvs. 7. måned). Antistoffer mot hepatitt B-virus er påvist hos ca. 67 % (Twinrix Paediatric) og 70 % (Twinrix Voksen) etter 1. dose og 100 % (Twinrix Paediatric) og ca. 99 % (Twinrix Voksen) etter 3. dose. Ved bruk av hurtigskjemaet for primærvakinasjon av voksne er andelen som er seropositive for antistoff mot hepatitt A-virus 100 %, 99,5 % og 100 % etter hhv. 1, 2 og 3 måneder etter den 1. dosen. Beskyttende nivåer av antistoffer mot hepatitt B-virus etter 3. dose er påvist hos 82 % etter 1 uke og hos 85 % etter 5 uker; 3 måneder etter 1. dose er beskyttelsesgraden mot hepatitt B 95,1 %. 1 måned etter den 4. dosen hadde alle vaksinerte beskyttende nivåer av antistoffer mot hepatitt B-virus, og alle var seropositive for antistoff mot hepatitt A-virus.

Oppbevaring og holdbarhet: 2-8°C. Beskyttet mot lys. **Må ikke fryses.** Destruer vaksinen dersom den har vært utsatt for frost.

Andre opplysninger: Ved lagring oppstår det et bunfall og en supernatant. Vaksinen skal ristes godt til en nesten gjennomsiktig, hvit suspensjon og kontrolleres visuelt med tanke på fremmedlegemer og/eller fysiske forandringer for bruk. Vaksinen skal destrueres hvis den ser annerledes ut. Vaksinen skal ikke blandes med andre legemidler (inkl. vaksiner) i samme sprøyte.

Pakninger og priser: Twinrix Paediatric: Injeksjonsvæske: Endosesprøyte, 0,5 ml kr 241,10. **Twinrix Voksen: Injeksjonsvæske:** Endosesprøyte, 1 ml kr 382,20, 10 x 1 ml kr 3.507,40. Sist endret: 27.06.2006

Referanser:

- www.fhi.no. Vaksinasjon ved utenlandsreiser. Oppdatert 03.11.2008
- WHO 2008, International Travel and Health <http://www.who.int/ith/maps/en/index.html>. MSIS nr. 1, FHI, 09.01.2009
- EUROSURVEILLANCE Vol. 13 - Issue 40 - 2 October 2008
- Veldhuijzen IK et al. The importance of imported infections in maintaining hepatitis B in the Netherlands. Epidemiol. Infect. 2004; 132: 1-7
- van der Eijk et al. Implications for saliva as infectious agent. Journal of Clinical Virology 2004; 29:92-94
- Mariano A. et al. Role of Beauty Treatment in the spread of Parenterally Transmitted Hepatitis Viruses in Italy. Journal of Medical Virology 2004; 74: 216-220



GlaxoSmithKline AS

Postboks 180 Vinderen, 0319 Oslo

Telefon: 22 70 20 00 Telefaks: 22 70 20 04 www.gsk.no



Kirsten Halse
Førstelektor ved
Høgskolen i Oslo



Kristin Helleberg
praksisveileder
Aker Universitetssykehus

Pedagogikk i praksis

Studenter lærte mye om sykepleiers pedagogiske funksjon gjennom gruppearbeid i praksis.

Veiledning, undervisning og informasjon av pasienter er en sentral del av sykepleiefaget. Det er derfor viktig å vektlegge temaet under utdanningen. Artikkelen

bygger på en studie som viser at studenter kan få et mer bevisst forhold til sykepleierens pedagogiske funksjon gjennom læring i fellesskap under praksisstudiene.

Elleve studenter samarbeidet om en studieoppgave hvor de skulle finne ut hvordan den pedagogiske funksjonen ble ivaretatt av personalet på post. Gjennom å gjøre en slik studieoppgave ble studentene mer bevisste på sykepleierens pedagogiske funksjon. I tillegg opplevde de det som lærerikt å jobbe i fellesskap.

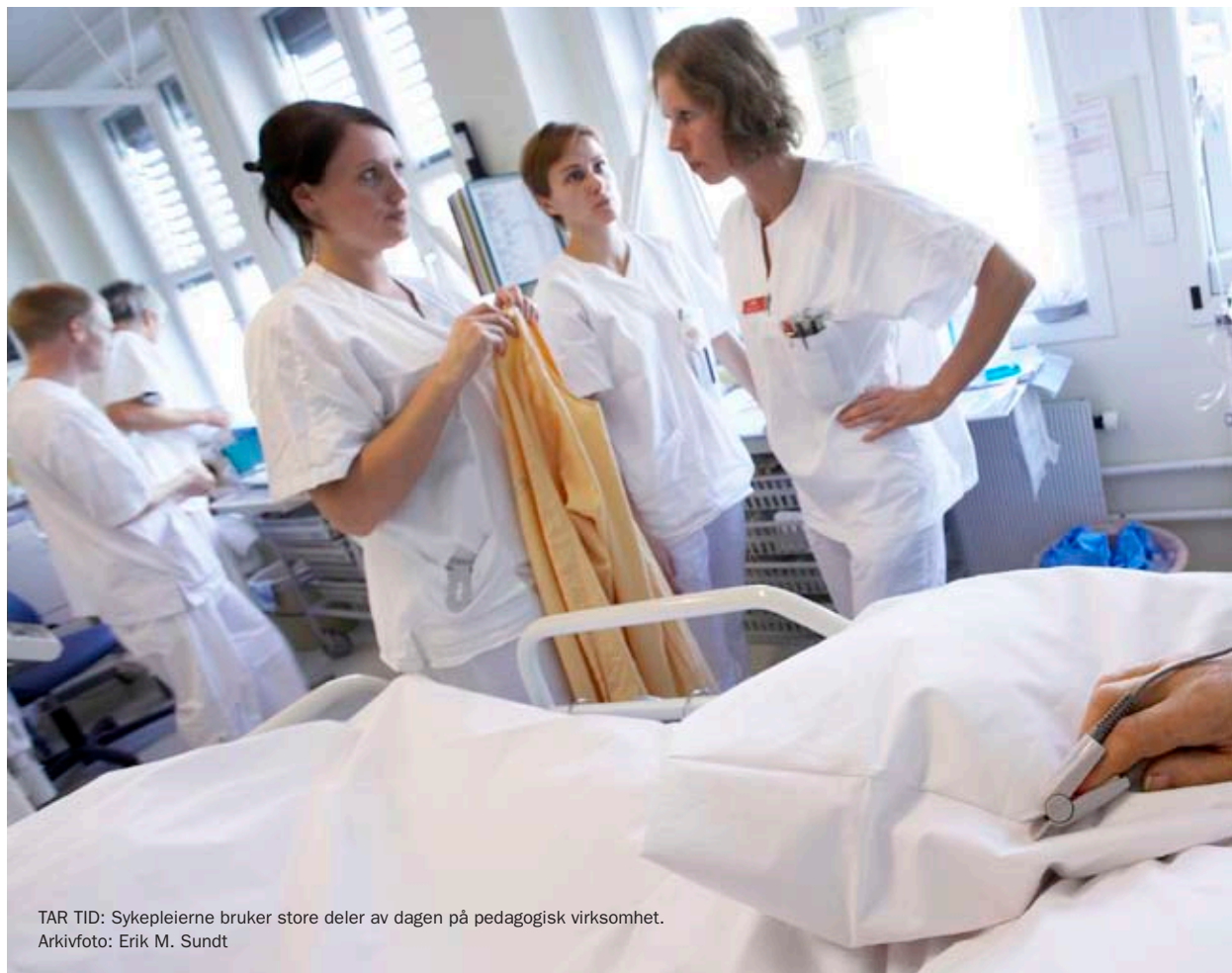
Studentene lærte av erfarne sykepleiere gjennom intervju og observasjon.

www.sykepleien.no

Les mer og finn
litteraturhenvisninger på
www.sykepleien.no

Søkeord:

Utdanning
Praksisstudie
Pedagogisk funksjon
Veiledning



TAR TID: Sykepleierne bruker store deler av dagen på pedagogisk virksomhet.
Arkivfoto: Erik M. Sundt

Viktig funksjon

Under praksisstudiene skal studenter trene på alle delene av sykepleiefunksjonen, også den pedagogiske. På side 6 i Rammeplanen fra 2008 står følgende: «Studentene skal etter endt utdanning ha handlingskompetanse til å: informere, undervise og veilede pasienter og pårørende om problemer og behov som oppstår ved sykdom, lidelse og død, drive helseopplysning og forebyggende arbeid og undervise og veilede medarbeidere og studenter» (1).

Pasientrettighetsloven (2) forutsetter at sykepleiere har pedagogiske ferdigheter. Her fremheves pasienters rettigheter til å få nødvendig informasjon for å sikre innsikt i egen helsetilstand. Det er også krav til helsepersonell om å gi denne informasjon ifølge Helsepersonelloven (3).



Til tross for lovfestede krav er ikke den pedagogiske funksjonen like tydelig for alle sykepleiere (4). Det forekommer også en manglende dokumentasjon av gitt pasientundervisning (5). Fagermoen (6) viser til både norske og utenlandske studier som sier at mange pasienter mener de ikke får fortalt det som er viktig for tilstanden deres og at de heller ikke får tilstrekkelig informasjon. Skal studenter få et mer bevisst forhold til denne funksjonen i løpet av praksisstudiene bør temaet fremheves mer.

Organisering

I denne studien har vi prøvd ut en annerledes innlæringsmetode knyttet til sykepleierens pedagogiske funksjon. Figur 1 viser oppgaven som ble gitt til studentene.

Forberedelse:

I forberedelsesfasen skulle studentene sammen utarbeide verktøyet de trengte for å gjennomføre opplegget, det vil si intervjuguide, observasjonsskjema og kartleggingsskjemaer. Dette løste de på ulike måter. Noen følte behov for mer informasjon og retningslinjer for å lage en guide for datasamling. Dette fikk de gjennom veiledning og litteratur om temaet. Arbeidet ble gjort i samlinger for studentene i forkant av gjennomføringen av studieoppgaven.

Gjennomføring:

Gjennomføringen av opplegget fant sted i den femte uken av en åtte uker lang praksisperiode. To eller tre studenter gjennomførte de ulike aktivitetene i fellesskap. Studentene utvekslet opplysninger med hverandre i daglige møter av halvannen times varighet. Hvert studentpar laget et skriftlig sammendrag av data de samlet inn. Det ble levert til postens personale. Praksisveileder og postens lærer fungerte som veileder for studentene.

Evaluering

Samtlige av de elleve studentene på posten deltok i prosjektet. Evalueringen av prosjektet ble gjennomført ved fokusgruppeintervju med henholdsvis seks og fem studenter i hver gruppe. Intervjuguide ble utarbeidet med fokus på hva studentene hadde lært om sykepleierens pedagogiske funksjon og hvordan de opplevde denne måten å lære på. Deltakelse i evalueringen var frivillig. Studieoppgaven forutsatte at studentene skulle forholde seg til både pasienter og sykepleiere. Det ble gitt tillatelse til gjennomføring av prosjektet fra klinikkleddelsen og Kompetansesenteret for personvern på Ullevål universitetssykehus ble kontaktet siden pasienter var involvert i prosjektet. De pasientene som ble spurt om å delta i samtale med studentene ga muntlig samtykke. Det samme

gjaldt personalet som ble observert og intervjuet.

Resultater

Oppgaven førte til at studentene ble mer bevisst på sykepleierens pedagogiske funksjon. En student sier: «Er mer bevisst på det nå enn tidligere. Kanskje ligger det mer i bakhodet når jeg er inne på pasientrommet. Det er vel det viktigste jeg har fått ut av det tror jeg. Jeg er mer, ja mer opptatt av det enn før og har sett hvor viktig det er».

Studentene la for eksempel merke til at sykepleierne informerte og veiledet store deler av dagen. De fant også ut at sykepleierne hadde vanskelig for å skille mellom veiledning, informasjon og undervisning, og at de la mest vekt på informasjon og veiledning i konkrete situasjoner.

Til tross for at sykepleierne brukte store deler av dagen på å informere, fant studentene ut at pasientene ikke hadde mottatt all informasjonen. De erfarte at samhandlingen mellom pasient og sykepleier er en viktig faktor for å sikre at pasienten forstår den informasjon han får. En av pasientene hadde ikke engang forstått at legevisitten hadde vært. Studentene erfarte at det må legges mer vekt på at den informasjonen som blir gitt faktisk er forstått. Informasjon til pasienter ble stort sett gitt muntlig. En student antok at det ville være lettere for pasienter å huske informa-

Figur 1: Innhold i studieoppgaven

Gruppe 1	Tre studenter får ansvar for å intervju sykepleiere om hvordan de ivaretar denne funksjonen. Varighet 30 minutter.
Gruppe 2	To studenter skal hver følge en sykepleier gjennom en hel vakt med fokus på å observere: a. Hva sykepleieren informerer, veileder og underviser pasient og/eller pårørende om. b. I hvilke situasjoner sykepleieren informerer, veileder og underviser pasient og/eller pårørende. c. Hvordan sykepleieren informerer, veileder og underviser pasient og/eller pårørende.
Gruppe 3	To studenter skal spørre pasienter om deres vurdering av den informasjon, undervisning, veiledning de har fått.
Gruppe 4	To studenter skal: a. Kartlegge retningslinjer for informasjon til pasienter og hva det finnes av skriftlig materiale om denne funksjonen nasjonalt og overordnet lokalt på Aker Universitetssykehus HF. b. Finne ut av hva studenter trenger å lære for å mestre denne funksjonen.
Gruppe 5	To studenter skal: a. Analysere pleieplaner på posten med fokus på å identifisere tiltak og rapportering knyttet til den pedagogiske funksjonen. b. Kartlegge rutiner, retningslinjer og hvilken litteratur som finnes på posten vedrørende dette.

sjonen hvis den i tillegg var skriftlig.

Når pasientene ikke alltid fikk med seg at de faktisk hadde fått informasjon, mente studentene at årsaken kunne være at sykepleierne ikke var helt bevisste på når og hva de hadde informert om: «Ja jeg tror at det med informasjon er en ganske enkel og grei ting, men at man må bevisstgjøre seg selv på det eller bevisstgjøre hverandre mer på det i hverdagen. Alle kan det på en måte, men man må bare bevisstgjøre seg på det for eksempel under rapporter og sånn».

Studentene registrerte at mye av den informasjon pasientene hadde fått ikke var skriftlig dokumentert. Studentene fikk inntrykk av at pasientene ikke hadde helt forståelse for egne rettigheter i forhold til informasjon.

Læreri metode

Studentene opplevde det som lærerikt å gjennomføre studieoppgaven i fellesskap. De verdsatte det daglige fellesmøtet fordi de her fikk innblikk i hverandres erfaringer. Flere meninger og ideer kom fram, og det stimulerte til refleksjon og revidering av egne oppfatninger. Flere hoder tenker bedre enn et, poengterte en student. Diskusjonene ble opplevd som lærerike selv om det ikke alltid var enighet: «Om vi ikke kommer til enighet så er det greit også».

Studentene erfarte at studieoppgaven knyttet til sykepleierens pedagogiske funksjon bidro til at temaet kom mer i fokus under hele praksisperioden. De syntes det var meningsfullt å ha en studieoppgave som kunne ha betydning for posten og ikke bare var en «skoleoppgave». De var positive til å lage et skriftlig sammendrag til posten slik at personalet også kunne få utbytte av studentenes studieoppgave: «Det blir fint, det er lærerikt for alle».

I forhold til utformingen og gjennomføringen hadde studentene noen forslag til forbedringer. Det ble understreket at gruppene kunne jobbe mer sammen i planleggingsfasen slik at noen av de samme temaene kunne tas opp i forhold til både pasienter og sykepleiere.

Diskusjon

Under arbeidet med studieoppgaven erfarte studentene at sykepleierne mente de informerer mye, men at pasientene ikke får med seg all informasjonen. Sykepleierne forsto ikke klart forskjellene mellom å veilede, gi informasjon og undervise pasienter. I tillegg var det lite skriftlig dokumentasjon knyttet til den informasjon og undervisning pasientene hadde fått. Dette er i stor grad i overensstemmelse med det som kommer fram i litteraturen om pasientundervisning (2,5,6).

Studieoppgaven var organisert slik at studentene skulle hjelpe hverandre i læreprosessen og læringsutbyttet kan forstås som et resultat av den sosiokulturelle måten å forstå læring på, hvor kunnskap oppfattes som noe som utvikles gjennom et dynamisk samspill mellom aktører i sosiale praksiser. Læring skjer ved å delta, erfare og være i samspill med andre (7,8,9). Under praksisstudier forekommer det sosial praksis mellom student og sykepleier i tillegg til at det kan skapes sosial praksis mellom studenter. Dette opplegget stimulerte begge former for sosial praksis og bidro sannsynligvis til at studentenes bevissthet om temaet økte. Studentene lærte av erfarne sykepleiere gjennom intervju og observasjon. De lærte av å samarbeide med medstudenter om en oppgave og ved å formidle til hverandre og personalet. Språk og kommunikasjon er både et middel for læring og selv grunnvilkåret for at læringen kan finne sted (7).

Praksisstudiene blir av mange studenter oppfattet som det man lærer mest av i sykepleierutdanningen (10). Det er viktig å skape et godt læringsmiljø og vektlegge situasjoner som stimulerer til aktiv deltakelse. Hver og en må føle at de har noe å bidra med (7). Dette ble utnyttet ved at studentene jobbet sammen i små grupper om en oppgave som de senere skulle presentere for alle medstudentene. Et større kunnskapsfelt kan dekkes på denne måten og læringsutbyttet kan bli større, alle behøver ikke gjøre det samme. Arbeidsdeling er en berikelse for læringen og ofte

Sykepleierne hadde vanskelig for å skille mellom veiledning, informasjon og undervisning.

gir det ekstra læring å måtte formidle egen kunnskap til andre (11).

Solvoll og Heggen (12) mener at et problem knyttet til dagens utdanning er mangel på «erfaringsnærhet» og «reflektert utforskning» av det som skjer i kliniske situasjoner. Gjennom samarbeid i små og store grupper styrkes studentenes muligheter for utforskende tilnærming til erfaringer. Lektors og ansvarlig sykepleiers deltakelse i diskusjoner gir også muligheter for å utnytte studenters erfaringer til læring gjennom økt stimulering til refleksjon (13,14)

Konklusjon

Studien viser fordelene ved å fokusere på et konkret forhold når man skal lære om et tema. Det viser også at kunnskap blir konstruert i samhandling og gjennom oppgaver. Prosjektet kan videreføres ved å anvende samme opplegg med andre temaer.

Studentgruppen ga uttrykk for at de ble mer bevisste på sykepleierens pedagogiske funksjon gjennom denne studieoppgaven. Om de ble bedre i stand til å ivareta pasienters og pårørende behov for informasjon er ikke vurdert. Vi tror at personalet ble mer opptatt av temaet når studentene gjennomførte en studieoppgave som involverte dem selv. Disse forholdene bør evalueres neste gang opplegget skal gjennomføres.

Prosjektet kom i stand som et samarbeidsprosjekt gjennom midler fra Kunnskapsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet. Midlene skal gis til prosjekter som har til hensikt å fremme samarbeid mellom utdanningsinstitusjoner og praksisstedene. Formålet med midlene er å skape et bedre samarbeid om praksisstudiene. Vi opplever at dette prosjektet bidro både til et godt samarbeid og til en annen måte å lære på.

LITTERATUR

1. Rammeplan for sykepleierutdanning. Utdannings- og forskningsdepartementet, 2008.
2. Pasientrettighetsloven. Lov av 2. juli 1999 om pasientrettigheter. Oslo: Cappelen Akademiske Forlag – Lovdata, 2006.
3. Helsepersonelloven. Lov av 2. juli 1999 om helsepersonale M.V. Oslo: Cappelen Akademiske Forlag – Lovdata, 2006.
4. Granum V. Praktisk pasientundervisning. Bergen: Fagbokforlaget, 2003.
5. Casey FS. Documenting Patient Education: A Literature Review. The Journal of Continuing Education in Nursing 1995; 26 (6): 257-260.
6. Fagermoen MS. Pasientinformasjon – et viktig område for utviklingsarbeid og forskning. Norsk Tidsskrift for sykepleieforskning 2002; 4 (2): 106-118.
7. Dysthe O. Sosiokulturelle teori-perspektiv på kunnskap og læring, s. 33-72. I: Dysthe O. red. Dialog, samspill og læring. Oslo: Abstrakt forlag AS, 2001.
8. Säljö R. Læring i praksis – et sosiokulturelt perspektiv. Oslo: Cappelen Akademiske Forlag, 2001.
9. Lycke KH. Å lære i grupper. I: Strømsø H, Lycke KH, Lauvås P. red. Når Læring er det viktigste. Undervisning i Høyere utdanning. Oslo: J.W. Cappelens Forlag 2006: 141-155.
10. Skår R. Praksis en læringsarena som engasjerer. I: Alsvåg H, Frøland O. red. Engasjement og læring. Fagkritiske perspektiver på sykepleie. Oslo: Akribe AS 2007: 101-116.
11. Lycke KH. Erfaringsbasert læring – caseundervisning, problembasert læring og prosjektarbeid, s. 157-175. I: Strømsø H, Lycke KH, Lauvås P. red. Når Læring er det viktigste. Undervisning i Høyere utdanning. Oslo: J.W. Cappelens Forlag 2006.
12. Solvoll AB, Heggen K. Utforskende erfaringsnærhet. Klinisk Sykepleie 2005; 19 (3): 63-68.
13. Lauvås P, Handal G. Veiledning og praktisk yrkesteor. Oslo: Cappelen, 2000.
14. Tveiten S. Pedagogikk i sykepleiepraksis. Bergen: Fagbokforlaget, 2001.

Gjesteskribent Gøhril Gabrielsen

Yrke: Sykepleier

E-post: gohril@studiom7.no



Fra kloster til Florence

Jeg leter på bibsys.no, en søkemotor for bibliotekene, på jakt etter noe helt annet, da jeg kommer over tittelen «Klostervæsen og sundhetsvæsen» som jeg av nysgjerrighet straks bestiller for hjemlån. Det viser seg å være en ganske smal bok (i begge betydninger av ordet) – utgitt av nå avdøde Inger Gøtzsche, lærer og rektor på en rekke danske sykepleierhøyskoler gjennom et par generasjoner.

Gøtzsches påstand er at vår kulturs omsorg for gamle og syke kan spores tilbake til middelalderens klostervæsen. Noe som er interessant med tanke på vurderingen av selve forhistorien og idégrunnlaget til sykepleieryrket, – som etter hennes mening strekker seg lenger tilbake enn til Florence Nightingale. For hvordan, eller når, oppsto plikten til å pleie og vise omsorg for gamle og syke? Rettere sagt, hvordan ble denne plikten institusjonalisert?

Ifølge Gøtzsche har omsorgsbegrepet sitt utgangspunkt i Regula Benedicti; en av «grunnlovene» for Vest-Europas klostervæsen. Regula Benedicti ble utarbeidet av Benedikt av Nursia (480–547), en lærd munk som i 529 grunnla klosteret Monte Cassino på en fjellrygg mellom Roma og Napoli. Og det var nettopp i Monte Cassino at han utarbeidet munkeregelen som gjennom 73 korte kapitler tar for seg klosterlivets daglige oppgaver og ordensregler, herunder også plikten til å hjelpe gamle og syke. Da pave Gregor den Store kort tid etter Benedikts død laget en biografi over hans liv, fremhevet han nettopp regelens «fine sans for andre menneskers behov under vanskelige og krevende forhold».

Benedikts regel påla altså munkene å yte omsorg, men regelen inneholdt ingen medisinske råd eller prinsipper for behandling. Det var Cassiodorus (480–475), en embetsmann, munk og grunnlegger av et kloster i Sør-Italia, som var den første til å lage denne type føringer. De av brødrene som sto for pleien ble pålagt å tjene

den syke med «hellig og oppriktig iver» etter de benediktinske regler, men skulle i tillegg studere urter og legende blandinger etter vitenskapelige metoder. Men, med måte, for de måtte for all del ikke sette all sin lit til urtene eller «søke frelsen» i boklig lærdom.

Gøtzsche forteller kort om oppblomstringen innen arabisk medisin på 900-tallet, men den fikk ikke betydning for det kristne Vest-Europa før under korstogene. Hun påpeker at det er først og fremst munkenes fordypning i klassiske, medisinske verker fra antikken som fikk innflytelse på utviklingen. Blant annet gjorde franske klostere skoler antikkens sykdomslære til et eget fagstudium på 800-tallet.

Det er i grunnen ganske imponerende hvor godt organisert de første klostrene var med tanke på å yte pleie og omsorg for de trengende. Blant annet viser Gøtzsche til et stort klosteranlegg som var planlagt ved Bodensjøen i Sveits rundt år 800. Tilbygget ble aldri oppført, men tegnningene forteller om ambisjoner for sykehusdrift i stor skala: Dietskøkken, badetrom, årelatnings- og laksérom, et legekantor og såkalte necessarier – klostrenes utgave av toaletter. I tillegg var det satt av en egen bygning for langtidsbehandling av pasienter, og plass til en medisinsk urtehage.

Og hva besto så behandlingen av? Svaret fant Gøtzsche blant annet i Benedikts regel, kapittel 36. Her beskrives metoder som ikke står så veldig langt tilbake for oppfatningene i dag. For å få ro skulle de syke ha en egen celle og det de trengte av klær og tepper. Maten skulle være variert og inneholde kjøtt – noe som slett ikke

var vanlig i et ellers spartansk kosthold. Den syke fikk videre bade ved behov samt hjelp til å regulere fordøyelsen gjennom kost og legeurter. På side 32 har Gøtzsche tatt med en beskrivelse (oversatt til norsk av meg) som gir et lite innblikk i munkenes stell og omsorg: «De bredte godt om henne, la varme teglstein på magen, gned føttene med eddik, avkjølte hodet med rosenvann og pakket henne godt inn når hun svettet. Hun fikk risvann med mandelmelk og fiolsukker for å hjelpe på fordøyelsen, og dessuten et granateple for å få frisk smak i munnen.» Som Gøtzsche hevder: Her er både munpleie, hudpleie, forebyggelse av liggesår og regulering av fordøyelsen.

Som en liten kuriositet kan det nevnes at kravene til pleierne var store, men ikke akkurat etter våre definisjoner. Den syke skulle nemlig «pleies som om det var Kristus selv». Samtidig stilte Benedikts regel krav til den syke om å ikke være for fordringsfull, fordi de ble behandlet «for Guds æres skyld».

Gøtzsches vurderinger og tanker er kanskje ikke av betydning for dagens sykepleie, men er absolutt verdt å ta med seg med tanke på utviklingen. For sannelig har det vært store endringer i løpet av århundrene. Jeg vil også dele hennes tankesukk helt avslutningsvis. I konklusjonen påpeker hun at vi i dag har et høyt nivå på den medisinske ekspertisen. Arbeidet er på mange måter forenklet med blant annet elektronisk overvåking av temperatur, puls og blodtrykk. Men nærheten til pasientene, et av sykepleiefagets viktigste prinsipper, er til hennes bekymring kraftig redusert. Inger Gøtzsche håpet dessuten at boken skulle bidra til å øke kunnskapen om- og interessen for røttene til vårt helsevesen. Noe hun altså hevdet er å finne i middelalderens europeiske klostre. Et ønske jeg herved gladelig bidrar til!

For å få ro skulle de syke ha en egen celle og det de trengte av klær og tepper.

SYKEPLEIENS ØVRIGE GJESTESKRIBENTER I 2009:



Anders Folkestad
Leder i Unio



Martine Aurdal
Leder av samfunnsavdelingen i Dagbladet



Camilla Crone Leinebo
Student



Trude Aarnes
Jordmor og privatpraktiserende sexolog



Jon Hustad
Journalist i Dag og Tid

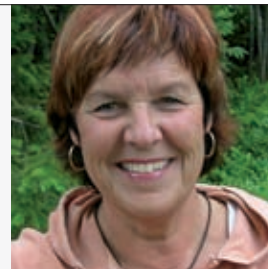
Marie Aakre om sprøyterom

Leder, Rådet for sykepleieetikk, skriver hver måned i Sykepleien

Alder: 60 år

Fra: Trondheim

Utdannet sykepleierleder, -lærer og -veileder



Rus med verdighet?

Sprøyterommet har ikke blitt et supplerende tilbud til annen helsehjelp slik intensjonen var. Og evalueringen gir ikke svar på om brukerens verdighet er intakt.

Den etiske fordring krever av oss at vi stiller opp for mennesker i særlig sårbare situasjoner. Det er ingen tvil om at tungt belastede narkotikamisbrukere er en viktig målgruppe for helse og omsorgstjenester generelt og for verdighetstiltak spesielt. Prosjektet med sprøyterom hadde som intensjon både å styrke verdigheten til de tyngste misbrukerne med lang injeksjonspraksis, og større tilgang til nødvendige helsefremmende tjenester (skadereduksjon), begge etisk høyverdige mål.

Sårbarheten til heroinmisbrukere handler både om stor helsesisiko og det faktum at de lever et slitsomt og uverdigg liv med stor livslidelse. Sprøyterommet skulle være et supplement og en mulig bro til kommunens øvrige helse og sosialtjenestetilbud, ikke et alternativ. Det skulle heller ikke være et fristed for ulovlig bruk av narkotika, da Norge har og ønsker å ha en streng narkotikapolitikk.

Målgruppen for sprøyterommet var de tyngste misbrukerne med lang injeksjonspraksis, nedre aldersgrense 18 år. Vilkaet for brukerne er at de besitter og injiserer kun en brukerdose heroin, og ingen andre stoffer. De ansatte skulle sikre rent utstyr, observere og veilede under og etter injeksjonene, samt bidra til øvrige helse og omsorgstjenester.

Nå er prøveperioden gjennomført, en evalueringsrapport er presentert og høringsdokumenter innsendt. En permanent lov for sprøyterom er på trappene.

Rådet for sykepleieetikk har drøftet verdighetsarbeidet i saken og finner flere grunner til å drøfte evalueringsrapportens konklusjoner og anbefalinger. Vi kan ikke se at evalueringen

svarer godt nok på effekten av sprøyterommet i forhold til de intenderte mål for prosjektet, og mener det er viktig at det ikke trekkes for raske og lettvinde konklusjoner i denne form for komplisert og kontroversielt verdighetsarbeid.

Hvordan fremmes verdighet?

De fleste som arbeider på sprøyterommet er sykepleiere. Det er et modig valg å arbeide på et sprøyterom, og det er all grunn til å gi honnør til sykepleierne som har vært villige til å prøve. Våre kolleger kan sikkert fortelle mye om hva som skal til for å bekrefte liv og verdighet når brukeren eller pasienten er ruset og fanget av kontinuerlig destruktiv atferd. Møtets forutsetninger er truet i en slik setting, så hva skjer egentlig i møtet mellom sykepleieren og

Vi antar at «portvaktfunksjonen» har vært krevende.

rusmisbrukeren? Alle mennesker har behov for å oppleve seg sett, møtt, forstått og respektert som likeverdige mennesker. Men i hvilken grad ønsker disse brukerne å bli sett i injeksjonssituasjoner? Verdighet bekrefte ved å se mennesket først, fremfor oppgavene, se hverandre i øynene, gi opplevelse av respekt og tilstedeværelse, og å bry seg om og med den andre. Det hører også med til verdighetsarbeid å styrke håp, noen ganger om bedring, om endring, om lindring. Verdighet fremmes ved delaktighet og ansvar, og at noen tror at det fortsatt nytter.

Respekten for liv og verdighet innebærer også å sette i verk nødvendige tiltak for å ivareta helse, lindre lidelse, gi nødvendig trøst, alt basert på respekten for den andres rett til å være medbesluttende.

Vi vet det er mulig å «sette seg selv i stand» til å respektere mennesket uten å legitimere den andres atferd. Rapporten sier ikke mye om hva som har skjedd i møtet mellom brukere og ansatte. Men noen få brukere viser til trygghet og at de har følt seg respektert. Det fremkommer ikke om brukerne opplever sprøyterommet som en anerkjennelse av seg selv og sin verdighet.

Tåler mye

Mange av de ansatte viser til store dilemma og krevende belastninger i møte med brukernes selvdestruktive atferd. Sykepleiere er utdannet til å beskytte pasienten mot krenkende handlinger, men i dette arbeidet settes de til å være vitner og gi veiledning uten å kunne forhindre det helsefarlige og destruktive. Hvor godt har de ansatte maktet å redefinere sitt ansvar i situasjonen? Har de klart å skjule sine egne reaksjoner for brukerne? Opplever brukerne skam i møte med ansatte som kjenner seg sterkt utfordret av sprøytesettingen?

Sykepleiere er vant til å tåle mye, og barmhjertighetens intensjon om den andres beste krever en uegennyttig tilnærming. I dette arbeidet er de ansattes oppgaver ikke forenlige med den faglighet og profesjonsetikk sykepleiere er utdannet til å skjerme, og selv om det juridisk sett er fastsatt at dette arbeidet ikke er å anse som uforsvarlig yrkesutøvelse, er de ansattes opplevelser og reaksjoner alvorlige og belastende.

For andre brukere

I de resultattall som foreligger kan det se ut til at andre brukere enn de intenderte har vært inkludert i sprøyterommets tilbud. Vi antar at «portvaktfunksjonen» har vært krevende. Vi

kan ikke se annet enn at brukerne av sprøyterommet har vært tilfeldige enkeltpersoner med sporadiske besøk. Den enkelte langtidsbruker kan derfor ikke ha gjort seg nytte av dette som et mulig systematisk verdighetstilbud over tid.

Er det å forvente at målgruppen er i stand til det? Vi spør om sprøyterommet har blitt mest attraktivt for andre brukere?

Styrket helhetlig helse- og sosialtilbud var en intensjon for sprøyterommet, men kun 8 prosent av dem som har besøkt sprøyterommet har tatt imot andre tjenester. Hva kan vi lære av alt dette? Finnes det ikke bedre måter å sikre mer helhetlig hjelp til denne målgruppen på? Kunne en styrket rusomsorg med større ambulerende ressurser fått til bedre hjelp nettopp til denne målgruppen?

Vi er kjent med at feltsykepleie, både i flere norske kommuner og andre land, driver en omfattende virksomhet med de samme begrunnelser. Også frivillige organisasjoner driver betydelig helsefremmende verdighetsarbeid som når mange. Hvorfor ikke styrke dette arbeidet betydelig som en førsteprioritet?

Blir fast ordning

Høringsdokumentet om sprøyteromstilbudet gir ikke de nødvendige svar på effekt av forsøket, men de beskriver viktige erfaringer fra ulike perspektiv og involverte parter. Evalueringen er så begrenset at vi er forundret over at den kan danne grunnlag for å foreslå sprøyterom som en fast ordning. Det kan se ut til å stilles svært få krav til dokumentert effekt hvis dette nå gjennomføres.

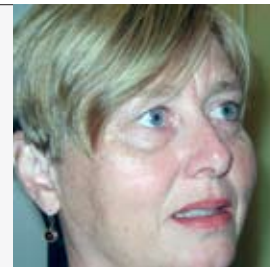
Vi er redd en permanent lov om sprøyterom kan være en farlig sovepute som kan bidra til å utsette andre viktige tiltak for omsorgsfull hjelp til denne sårbare gruppe mennesker. En fase II for utprøving der erfaringer frem til nå bidrar til nødvendige justeringer er kanskje en mellomløsning. Vi er kjent med at nye lokaler og bedre personalomsorg er iverksatt, og dette bør prøves ut langt grundigere med tydeligere fokus på evaluering og læring.

Ruset verdighet er krevende. Vi er ikke ferdige med de vanskelige spørsmålene:

- Er sprøyterommet med på å frata mennesker håp om endring?
- Er sprøyterommet med på å hemme forebyggende virksomhet?
- Er sprøyterommet med på å legitimere narkotikamisbruk?



Berit Johannessen om ernæring



Yrke: 1.-amanuensis i helsefag, Universitetet i Agder, fakultet for helse og idrett

Depresjon og demens – kan noe gjøres?

Vi vet det er en sammenheng mellom psykisk helse og ernæring. I sykehjem er det lettest å ty til medikamenter, men bevisst bruk av kosthold og vitaminer kan redusere symptomene.

I Sykepleien nr. 1/09 leste jeg om demente med depresjon. Innholdet i denne artikkelen stemmer overens med de erfaringer jeg har gjort meg som veileder for sykepleierstudenter de siste årene. Studentene beskriver utfordringene de møter på sykehjem og i hjemmesykepleien, og en av de største utfordringene er knyttet til demensproblematikk og depresjon. Ofte opplever studentene at det er stor avmakt blant sykepleierne i møte med disse utfordringene. Løsningen blir ofte å henvende seg til legen for å få medikamenter. Medikamentene har ikke alltid den ønskede virkning, og ofte har de plagsomme og uønskede bivirkninger, blant annet falltendens.

Kjenner ikke mulighetene

Men det er også min erfaring at sykepleiere i liten grad er klar over de muligheter som finnes for å hjelpe pasienter med depresjon. Det finnes flere ikke-medikamentelle tiltak som sykepleiere kan dra nytte av, noen av dem egner seg også godt til pasienter med demensproblematikk. Bruk av musikk, berøring, fellesskap og samtaler er av de ting som begynner å bli kjent og i noen grad også brukt, dessverre er det ofte begrenset med ressurser. Videre viser forskning at lysterapi og akupunktur også har god effekt på depresjon (1).

Det jeg har lyst til å utdype i denne artikkelen er tiltak som ikke krever mye ressurser, men som kan ha store positive effekter både forebyggende

og behandlende. Tiltakene er knyttet til enkle kostholdsendringer og bruk av noen urter. De siste årenes forskning viser at det er sterk sammenheng mellom ernæring og psykiske plager, spesielt mye forskning er knyttet til depresjon, også i sammenheng med demens. Noe som jeg opplever at de fleste sykepleiere vet, er betydningen av nok væske. Allikevel vet vi at mange eldre og demente er dehydrerte. Dehydrering har mange negative effekter, også psykiske.

Det burde være mye mer vanlig å undersøke pasientene for eventuell mangel på vitaminer og mineraler.

Det viktige Omega 3

Men det jeg vil legge mest vekt på, er den forskningen som blant annet bygger på nyere hjerneforskning og Omega 3. Hjernen (som jo består av fett) er avhengig av rett sammensetning av essensielle fettsyrer. Den emosjonelle hjernen (som blant annet styrer følelser og stemninger) er avhengig av en god balanse mellom Omega 6 og Omega 3 fettsyrer. I vårt kosthold får vi ofte i oss for mye Omega 6 og for lite Omega

3. Forholdet burde være 5:1 men er ca. 20:1 (1). Den emosjonelle hjernen er spesielt følsom for mangel på Omega 3. Det vil si at mangel på Omega 3 kan gi depresjon og at allerede oppstått depresjon kan behandles med Omega 3.

I 2006 vurderte 11 av verdens ledende forskere på dette feltet alle studier som var blitt gjennomført på sammenhengene mellom Omega 3 og psykiske lidelser. Deres konklusjon er klar når det gjelder den positive effekten Omega 3 har på depresjon (2).

I artikkelen anbefaler de at vi alle spiser fet fisk minst to ganger per uke. Pasienter med milde symptomer på depresjon bør ta 1–3 gram EPA og DHA (som er de viktigste stoffene i Omega 3) per dag, og til de med sterkere symptomer kan det gis opptil 9 gram om dagen. Det er dessuten gjort en del forskning knyttet direkte til demensproblematikk og Omega 3. Studiene viser at Omega 3 har mulige både forebyggende og behandlende effekt på ulike former for demens. Men det kreves mer forskning på dette feltet.

Mangler vitaminer

Det er flere stoffer i kosten som er viktige i forbindelse med psykiske plager, spesielt vil mangel på mineraler og vitaminer kunne gi slike symptomer. Det har lenge vært kjent at mangel på B-vitamin kan gi psykiske plager. For eksempel kan økt tilførsel av B6 (pyridoksin) hjelpe mot



VITAMINBOMBER: På Abildsø bo- og rehabiliteringssenter har alle avdelingene fått smoothie-maskiner og beboerne får ekstra vitaminer gjennom smakfull fruktdrikk. Dette anbefaler også kronikkforfatter Berit Johannessen. Sykehjemmet ble omtalt i Sykepleien nr. 11/09. Arkivfoto: Erik M. Sundt

nedstemthet og slapphet, og det kan brukes medisinsk mot depresjon. Hvetekim er god kilde for pyridoksin, som også fins i hvetekli, lever, torsk, kalkun og i noen grad i banan, kål med mer. Mangel på D vitamin kan også gi symptomer på depresjon. Demente som er lite ute i sollys er spesielt utsatte for D vitamin mangel (3).

Undersøkelser viser at eldre svært ofte har stor vitamin- og mineralmangel (4). Jeg mener at det burde være mye mer vanlig å undersøke pasientene for eventuell mangel på slike stoffer.

Som sykepleiere har vi ansvar for at pasientene får dekket sine grunnleggende behov, og hva er mer grunnleggende enn behov for mat og drikke? Hvis sykepleierne tok pasientenes behov for ernæring på alvor og sørget for at pasientene fikk i seg de stoffene som hjernen og kroppen trenger, så er jeg overbevist om at flere av de lettere fysiske og psykiske plagene vi ser hos eldre og demente ville bedres eller kanskje forsvinne helt.

I denne sammenheng er det viktig å understreke at Omega 3, vitaminer og mineraler er mat og ikke medisiner. Kan noe av grunnen til at så få pasienter får disse stoffene som kosttilskudd være at de oppfattes som medikamenter og ikke som mat, og dermed som legens ansvar?

Johannesurt og lavendel

Når det gjelder bruken av urter, som er uvanlig i den offentlige helsetjenesten, kan flere av disse ha gode effekter på lettere depresjonstilstander

(også hos demente). Med urter er det mindre klart om det regnes som medikament eller som mat.

Den mest kjente urten i denne sammenheng er kanskje Johannesurt. Denne urten er kjent fra folkemedisinen og har blitt brukt mot nedstemthet og depresjon i uminnelige tider. De siste årene har forskningen bekreftet effektene og den selges i dag på apotekene som et legemiddel. Johannesurt har ikke bivirkninger slik som kjemiske midler ofte har, men det er min erfaring at den allikevel blir svært lite brukt.

Men den urten som vi sykepleiere kan bruke og som ikke oppfattes som et legemiddel, er lavendel. Også på denne urten er det gjort mye forskning de siste årene (5,6), ofte knyttet til demente. Lavendel har først og fremst en beroligende og humørstabiliserende virkning, og kan gis pasientene på flere ulike måter, gjennom huden og som duft.

Lavendelbad, lavendelmassasje, lavendelfotpleie og lavendeldråper i forstøvere eller som dråper på klær eller sengetøy. Lavendel har dessuten en stressreducerende virkning på ansatte, så her kan man slå to fluer i en smekk.

Ut i sola

Mine forslag til sykepleiere med ansvar for demente pasienter med depresjon er først og fremst å kartlegge og planlegge et riktig kosthold, det vil si med nok fettsyrer, vitaminer og minera-

ler. For eksempel kan dere lage en næringsrik smoothie med omega 3 dråper. Så kan dere ta pasientene med ut i sola eller kjøpe en lyslampe og dere kan ha lavendeldråper i håndkrem og på soverommet. Så kan dere diskutere medikamentbruken med legen og eventuelt foreslå urter som et alternativ til kjemiske midler. Lykke til!

REFERANSER:

1. Servan-Schreiber D. Evne til helbred. Oslo: Pax forlag, 2005.
2. Freeman M, m.fl. Omega-3 Fatty Acids: Evidence Basis for Treatment and Future Research in Psychiatry. *American Journal of Clinical Psychiatry* 2006; 67: 1954-64.
3. Johannessen B. Alternativ og Komplementær behandling. En grunnbok for sykepleiere. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2008.
4. Bøhmer T. Kosttilskudd eller ikke? *Tidsskr. Nor lægeforen* 2004; 124: 2798-99.
5. Holmes, m.fl. Lavender oil as a treatment for agitated behaviour in severe dementia: a placebo controlled study. *Int. Journal of Geriatric Psychiatry* 2002; 17(4): 305-8.
6. Wan-ki Lin, m.fl. Efficacy of aromatherapy (Lavandula angustifolia) as an intervention for agitated behaviours in Chinese older persons with dementia: a cross-over randomized trial. *Int. Journal of Geriatric Psychiatry* 2007; 22: 405-10.



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



redaksjonssjef
Bjørn Arild Østby
tlf. 22 04 33 59
bjorn.arild.ostby@sykepleien.no

MAGASINET



Journalist/gruppeleder
Marit Fonn
tlf. 22 04 33 68
marit.fonn@sykepleien.no



Journalist (vikar)
Geir Arne Johansen
tlf. 22 04 33 67
geir.arne.johansen@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

JOBB



Journalist/gruppeleder
Ann-Kristin Bloch Helmers
tlf. 22 04 33 73
annkristin.helmers@sykepleien.no



Journalist
Kari Anne Dolonen
tlf. 22 04 33 69
kari.anne.dolonen@sykepleien.no

SykepleienForskning



Redaktør
Annors Lerdal
tlf. 22 04 33 63
anners.lerdal@hibu.no

NETT



Journalist/webredaktør
Lily Kalvo
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
Hilde Rebaard Evensen
tlf. 22 04 33 58
hilde.rebaard.evensen@sykepleien.no



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

ANNONSER



Markedssjef
Ingunn Røald
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

Tendensiøst om ECT — og stor takk til psykiatrisk klinikkk på Aker sykehus.

Det var med forferdelse jeg leste artikkelen om ECT (elektrosjokkbehandling) i Sykepleien nr. 18/08. Man har henfalt til tabloidnivå på journalistikken.

«Hannes» historie er lei – men handler kanskje mer om feilvurdering og feilbehandling? Hva vet jeg? Men hun har faktisk med lite hell prøvd det meste av tilgjengelig behandling i løpet av to år, til sist ECT – så hvorfor bare angripe ECT?

Fagmiljøet får komme til orde med sine positive erfaringer om ECT, men det er «Hannes» noe irrelevante historie som dominerer og overskygger all «liksomobjektivitet» fra journalistens side. «Hanne» har så godt som forsiden, overskriftene, begynnelsen og avslutningen på artikkelen.

Her kommer en stemme fra den utelatte siden.

Min mann ble frivillig innlagt på skjermet avdeling på Aker i slutten av november 2008 ved hjelp av en fantastisk fastlege, og like profesjonelt og omsorgsfullt ble vi møtt på Aker.

Min mann var dypt deprimert, suicidal m.m. For mange år siden hadde han god effekt av ECT, og ble vurdert å skulle få dette igjen.

M.h.t. samtykkekompetanse og tvang er jeg enig med dr. Harald Brauer. Det følte som en katastrofe for meg da min mann nektet første ECT-behandling. En så syk person har ikke begrep om hva han velger eller velger bort, noe han selv har bekreftet i ettertid. Men han kom i gang, og etter tre ECT var han blitt så kjekk at han ble flyttet over på åpen avdeling.

Videre frisknet han til så raskt at han fikk perm flere døgn til jul og nyttår, med utskrivelse i midten av januar – klar for å ta sitt eget liv i bruk igjen, både i familien og yrkeslivet.

Han som pasient har hele tiden skrytt av personalet på Aker, både faglig og medmenneskelig.

Barna og jeg har også blitt sett og tatt godt vare på hele veien, både ved formell og uformell kontakt.

Innleggelsesdagen følte jeg at vi hadde surfet på 1. klasse i norsk helsevesen, og møtet med Aker og oppholdet der har vært en positiv opplevelse midt oppi elendigheten.

Jeg synes Sykepleien bør holde seg for god til å henge seg på hetesen av flinke kolleger, som faktisk yter helsehjelp etter høye faglige og moralske standarder.

Hva var intensjonen med denne artikkelen? Gi pårørende og psykisk syke pasienter trygghet på at de blir godt ivarettatt – eller skremme potensielle ECT-pasienter vekk fra en i ytterste fall kanskje livreddende behandling? Er det bedre å leve i sitt eget «deprimerte helvete» i månedsvis, spise mye piller, oppta en sengeplass og leve avsondret fra et friskt liv?

All behandling treffer noen bedre enn andre og kan ha bivirkninger – det vet alle!

Nei, Sykepleien, dette var langt under pari!

Medlem nr. 464370



Vanskelig å lese bladet

Som medlem av Sykepleierforbundet i mange år har jeg med stor interesse lest fagbladet og innhentet kunnskap blant annet derfra.

Det har dessverre i lengre tid vært et tiltakende problem at det under ymse lysforhold og vinkler er ganske umulig å lese skriften i Sykepleien på grunn av et skinn eller refleks fra bokstavene. Denne ubehagelige opplevelsen er slitsom for øynene og stimulerer lite til med glede og forventning å ta fatt på å lese bladet når det kommer.

Har også andre tidsskrifter, men opplever ikke disse problemene ved lesning av disse.

Håper på en forbedring av kvaliteten i nærmeste fremtid og imøteser et svar på denne henvendelsen.

Mvh. Jostein Aune, medlem nr. 00378463

Støtende bruk av Guds navn

Jeg har nettopp mottatt bladet og lest/sett gjennom det med interesse. Det er spennende å følge utviklingen både i fag og helsevesen, selv for en pensjonist.

Vil peke på et par setninger som jeg skulle ønske at redaksjonen hadde luket ut. Side 12: «Gud bevar meg vel ...» og side 36. «Og hva bør du for guds skyld ...» Slik bruk av Guds navn føler jeg støtende og ønsker at dere unngår dette senere.

Vennlig hilsen Ragnhild Løhaugen



Sykepleien 4/09

Pasienter som slår

Får du bank på jobb? Du er ikke alene. Men mange unnlater å melde fra etter å ha blitt utsatt for vold fra pasienter.

Er det mulig!?

Det er med stor engstelse jeg leser om sykepleierstudentenes opplevelser av sin utdanning i Sykepleien nr. 2/09.

Jeg har selv jobbet i forskjellige stillinger som sykepleier i mange år, og jobber nå i forvaltningsbransjen i helsevesenet. På veien hit har jeg opplevd mye som sykepleier. Jeg har funnet ut at veien til å bli en god sykepleier blir til mens man går, det vil si: man lærer av erfaring.

Men, det er også meget viktig med en solid faglig plattform i bunnen. Allerede da jeg tok min utdanning i 1988 var vi det kullet som startet med at en tredel av studiet var praksis. Kullene før oss hadde hatt 50 prosent praksis. Å fortelle oss som har jobbet noen år at vi behøver sykepleiere med høy akademisk score, er det største tøvet jeg har hørt. Disse blir ikke lenge i yrket. Disse er ikke de HENDENE vi behøver i helsevesenet. Vi behøver faglig dyktige og trygge stå-på-mennesker med stor empati, beslutningsdyktighet og handlekraft. Jeg har sett altfor mange usikre, arrogante og uinteresserte nye sykepleiere, som gjemmer seg bak teknikk og e-tjenester, framfor å GI-VÆRE-UTFØRE for pasienten.

Det er derfor det skremmer meg når jeg leser hva studentene i dag blir tilbudt i praksis. Sykepleier-

utdannelsen har blitt en snau og ufullstendig utdanning, og er faktisk ikke verdig en høyskolestatus.

I Sykepleien 2/09 leser vi at to sykepleierstudenter ble tilbudt (les tunget) til en praksisplass hvor det verken var pasienter, behandling eller sykepleiere ansatt. Går dette an? Er det mulig? Hva skal studentene med en slik praksis? Bortkastet tid.

I samme blad og tema leser vi: «Så læreren én gang i praksisperioden!» Hva driver lærerene i høyskolen med? Dataspill og smugrøyking? Dere som er høyskolelærere i landets viktigste høyskoler må da ha større ansvarsfølelse enn dette?

I tillegg må studentene trene på helvask i seng, og gi bekken UTEN veileder? Hva skal dere lærere «oppdra» studentene til å bli? Usikre personer som alle utfører pleie forskjellig og ikke trygt og enhetlig? Dere evaluerer jo ikke studentene engang! Hvordan vet dere at studentene kan alt etter læreplanen?

Det står også som at studentenes øvingsmuligheter er få, små og ufullstendige. Mange har ikke satt venflon eller utført andre tekniske prosedyrer før de møter pasientene etter endt utdanning. Skolene får ikke nok penger til treningsutstyr. Er dette noe Helse-Norge kan være stolt av? Hvor er helseministeren?



Faksimile fra Sykepleien nr. 2/09

Noen studenter veileder/evaluerer seg selv! Er det mulig? Studenten skal selv evaluere om vedkommende har bestått /ikke bestått praksis. Hva tror DU svaret blir?

Vi leser om «Kreativ» eksamensordning: Holde et 20 minutter langt foredrag om et emne innenfor faget. Om studenten kunne resten av penum er det ingen som vet, det ble aldri testet ...

Studentleder Tone Moan sier at NSF Student får mange klager. Det er fra våkne studenter som ikke får den utdanningen de har krav på, eller som er forsvarlig. Stadig brytes minstekravene i rammeplanen, og på den måten risikerer man at sykepleierstudenter får autorisasjon, selv om de ikke burde hatt det!!!

Vi får usikre, udyktige og utrygge nyutdannede sykepleiere i jobb.

Mange slutter nesten før de har begynt. Det er ikke rart. De finner in-

gen identitet, glede og fremtidsvisjon i yrket, når de ikke kan det de skal utføre. Det blir tryggere å gjøre mer ufarlige ting som ikke har med liv og død å gjøre.

Dersom høyskolene skal fortsette denne nedverdiggende, ufullstendige og farlige «opplæringen» av nye sykepleiere håper jeg at jeg aldri mer må tilbringe et eneste minutt som pasient et sted i Norge. Jeg er redd, fortvilet og sint på hvordan mitt stolte yrke trekkes ned i søla av dagens høyskoler.

Til dere studenter: Stå på! Meld inn skolene deres for studentorganisasjoner, helsedepartementet og for all del: Gå til media. Dette går ikke ut over dere og deres kolegang, men det går ut over pasientene at dere ikke får den undervisningen dere har krav på. TØR DERE VÆRE MED PÅ DET?

Medl. nr: 587181





Faksimile fra Sykepleien nr. 18/08

Oppsigelse av generalsekretæren

Jeg reagerer sterkt på at NSF ikke følger spillereglene i arbeidslivet og sier opp en arbeidstaker, i dette tilfellet generalsekretær Ellen Beccer Brandvold, uten å gi verken muntlig eller skriftlig advarsel.

En av de viktigste grunnene til at jeg betaler min medlemsavgift er at fagorganisering gir trygghet hvis man skulle komme opp i en arbeids-

konflikt. Denne tilliten er nå kraftig svekket – spesielt når jeg leser at forbundsstyret nekter å dekke advokatutgiftene til Brandvold. Vil det være andre tilfeller der medlemmer ikke får den hjelpen de har krav på? Det ønsker jeg å vite hvis jeg skal fortsette mitt 27 år gamle medlemskap i NSF.

Mvh. Anne Baklund, medlem nr. 398792

Oppsigelse av NSF's generalsekretær

Jeg har fått med meg gjennom innslag i media og gjennom fagtidsskriftet Sykepleien at NSF har sagt opp sin generalsekretær Ellen Beccer Brandvold.

Vi har hittil bare kunnet lese Beccer Brandvolds uttalelser. NSF har etter min mening lagt lokk på saken og vil ikke kommentere oppsigelsen, men sier at det er en personalsak.

Som medlem har jeg følgende spørsmål: Hva er det som skjer? Hva er den egentlige grunnen til oppsigelsen?

Jeg blir urolig over hva som skjer, og forlanger at NSF som organisasjon ved forbundsleder Lisbeth Normann begrunner oppsigelsen. Hvorfor ble Beccer Brandvold hentet til stillingen? Hva har skjedd som gjør at hun sies opp etter så kort tid?

Jeg betaler mye for å være medlem av NSF, og jeg synes det er viktig å ha en organisasjon som ivaretar våre interesser, både fag-

lig, politisk og lønnsmessig. Derfor mener jeg at vi som medlemmer har krav på å få vite hvorfor Beccer Brandvold er oppsagt. Ut ifra det som er kommet frem i media og i Sykepleien kan jeg ikke se noen grunn til oppsigelsen.

Jeg har ikke lyst til å være medlem av en organisasjon som etter det jeg kan forstå driver med usaklige oppsigelser som jeg også kan oppfatte som på grensen til mobbing.

Hvis NSF vil komme i et bedre lys her, må organisasjonen gå ut med en offentlig forklaring til oss medlemmer. Jeg synes det er ille hvis vi som sykepleiere ikke behandler mennesker med respekt, og ansatte i NSF har vel også krav på ordentlig behandling? Dette minner meg litt om kvinne-er-kvinne-verst-mentalitet, og det synes jeg er skremmende og alvorlig hos en så stor arbeidstakerorganisasjon som NSF!

Hilsen Audny Breivik, medl.nr 408195

Hva skjer i sykepleieforbundet vårt?

Jeg leser i årets første nummer av Sykepleien at generalsekretær Ellen Beccer Brandvold 18. november ble oppsagt av forbundsstyret uten muntlig eller skriftlig forvarsel. Brandvolds advokat ba 5. desember NSF om en skriftlig begrunnelse, og begrunnelsen fra NSF er datert 22. desember. Ellen Beccer Brandvold skjønner, etter å ha lest begrunnelsen, fortsatt ikke hvorfor hun er oppsagt.

Dette er forstemmende lesning. NSF er vår arbeidstakerorganisasjon og skal hjelpe oss medlemmer hvis våre rettigheter ikke er ivarettet av våre arbeidsgivere. Nå er NSF's

styre selv part i en sak der de ikke har varslet muntlig eller skriftlig, før Ellen Beccer Brandvold ble oppsagt 18. november. Begrunnelsen kom 22. desember, en måned senere, etter at Brandvolds advokat hadde bedt om den.

Videre leser jeg at forbundsstyret har vedtatt at Ellen Beccer Brandvold ikke lenger får dekket utgiftene i denne tvisten. Hun spør om hennes NSF-medlemskap er svakere enn andres.

Jeg kommer til å følge saken videre med interesse.

Medlem 398743, Målfrid Almeid Siggerud

Svar vedr. oppsigelse av generalsekretær

Norsk Sykepleierforbund er opptatt av å gi best mulig støtte til alle våre medlemmer. Derfor har vi sikret oss tung juridisk kompetanse, lang erfaring og retningslinjer som skal sørge for at medlemmer som trenger det får råd, veiledning og bistand.

I de sakene som kan karakteriseres som personalsaker er det viktigste prinsippet å sikre medlemmene diskresjon. Særlig viktig er dette når sakene omfatter oppsigelser eller andre forhold som kan karakteriseres som sensitive. Det gjør at saksbehandlingen er et internt, og ikke offentlig anliggende. På den måten sikrer vi at alle våre medlemmer føler seg trygge på at innholdet og bakgrunnen for deres saker ikke kommenteres offentlig. For NSF er det av stor betydning å følge de retningslinjer organisasjonen har, enten det gjelder medlemmer generelt eller egne ansatte. Derfor er det ikke bare unaturlig for

oss, men også imot våre retningslinjer å kommentere slike saker offentlig gjennom media generelt eller i Sykepleien. Dette gjelder selvsagt også for interne personalsaker i Norsk Sykepleierforbund.

Et par misforståelser i de innsendte leserinnleggene er det imidlertid behov for å kommentere:

Dette er ingen personlig sak mellom Beccer Brandvold og Normann. Det er heller ikke politisk ledelse som har gitt generalsekretæren oppsigelsen. Det er forbundsstyret som det ansvarlige organet mellom landsmøtene, som både har ansatt generalsekretær og gitt oppsigelse etter grundige vurderinger. Dette i tråd med vedtektene.

Beccer Brandvold har, som andre medlemmer i NSF, fått juridisk støtte i henhold til NSF's egne regler – som for øvrig er å finne på vår nettside.

Signy Svendsen, kommunikasjonsjef

JA til rustesting!

At punktet om rustesting skulle bli et hett og omdiskutert tema, var det vel flere som hadde regnet med. Å se at sykepleierstudenter er engasjerte er noe jeg setter stor pris på.

Som svar på Leif Ove Hansens innlegg i desemberutgaven av Sykepleien, må jeg ta til motmæle og si meg uenig i noe av det han skriver. Jeg var selv en av representantene på studentenes årsmøte i 2008, da denne saken ble tatt opp. Å si at årsmøtet til studentene er en fest fra ende til annen, syns jeg er en stor fornærkelse. Vedtaket om rustesting var en sak vi brukte mye tid på, for å komme fram til en formulering som vi studentrepresentantene var enige i. Dette var overhodet ikke noe

som ble vedtatt i bakrus etter flere dager med festing.

Årsmøtet er en arena der vi studenter kan sørge for at NSF Student til enhver tid har en studentpolitikk som samsvarer med landets sykepleierstudenters behov. Du sier videre at vedtaket ikke kan være representativt for sykepleierstudenters mening. Alle studentrepresentantene på årsmøtet er valgt av sine medstudenter på hver skole. På denne måten føler jeg at vi kan påstå at vi snakker på vegne av sykepleierstudentenes flertall. Hvis du mener at du kan representere studentene på en bra måte, og tale deres sak, så oppfordrer jeg deg på det sterkeste til å stille til valg nå i vår.

Ellers må jeg si meg veldig enig

i at bare rusmiddeltesting i seg selv ikke er god nok medisin for rusproblematikken, og at holdningskampanjer kan være en god måte å få fram et klart budskap på. Samtidig er dette et såpass viktig tema, som kan ha så store konsekvenser, at jeg synes vi skal benytte oss av flere hjelpemidler for å få bukt med problemet. Heriblant også rustesting.

Jeg ser ikke samsvar mellom det å misbruke rusmidler og være sykepleier, og da heller ikke sykepleierstudent, og synes derfor at rusmiddeltesting er et godt tiltak for å sikre pasientenes sikkerhet. Målet er ikke å mistenkeliggjøre alle, men å sikre god pleie til pasientene.

Sille Selnes, studentrepresentant i Troms og styremedlem i NSF student

Nedsettende om Klara Lie

Det var svært mange som kom med reaksjoner i etterkant av Sykepleiens presentasjon av Klara Lie, da hun ble tildelt Kongens fortjenstmedalje i gull. Undertegnede var en av disse. Tore Holte Follestad og hans negative reaksjoner på utmerkelsen ble hovedsaken, og Sykepleien unngikk til og med å gratulere Klara Lie.

I nummer 01/09 av Sykepleien er det på'n igjen. I intervjuet med Follestad klarer journalist Marit

Fonn å rette fokus mot Klara Lie slik at hun igjen rammes av urettmessig omtale.

Blant annet er det sjokkerende hvordan Follestad, på en nedsettende måte, snakker om Klara Lie sin alder. Det virker som hun egentlig ikke kan tas på alvor – hun er jo en gammel dame ...

I Sykepleien's formålsparagraf står det blant annet at tidsskriftet skal utøve saklig journalistikk. I «Tett på» med Follestad mener

jeg at det motsatte skjer. Jeg forventer nå å få en forklaring på hvorfor journalisten velger å trekke inn Klara Lie på denne måten i det som skulle være et portrettintervju av Follestad.

Redaktøren av Sykepleien oppfordrer leserne til å ta kontakt om det er noe vi irriterer oss over. Jeg er ikke bare irritert. Jeg er opprørt.

Bodil Tveiten Solberg



Faksimile fra Sykepleien nr. 1/09

Ragnar Tømte

Det var med stor sorg vi mottok budskapet om at Ragnar Tømte var død 5. juli 2008. Vi var medvitne om at Ragnar var sjuk, alvorleg sjuk, men det var likevel ufattelg å forstå då vi fekk vite at han var gått bort.

Vi kjenner Ragnar fyrst og fremst gjennom arbeidet han la ned i å etablere og leie LPS Hedmark.

Alt i 2001 hadde Ragnar ein notis i Bivrost der han etterlyste folk som var interessert i å være med å starte eit lokallag for Psykiatriske sjukepleiarar i Hedmark. Fleire responderte, og etter ein del «møter» starta vi opp i 2003. Vi kalla inn til eit oppstartsmøte, og cirka 15 møtte opp.

Ragnar var den store eldsjela i dette arbeidet, og han vart vald til LPS Hedmark sin fyrste leiar. Han sat som leiar fram til i 2006, då han av helsemessige grunnar bad om å bli avløyst som leiar, men han fortsette som medlem av styret.

Vi andre som var i styret vil fyrst og fremst hugse Ragnar for hans store engasjement, kreativitet, hans optimisme og humor. Han la ned eit betydeleg arbeid for LPS Hedmark og han var ei stor inspirasjonskjelde for oss andre.

Då Ragnar vart sjuk informerte han oss heile vegen om sin sjukdom, og han var med på styremøte og fagseminar så snart helsa tillet det. Siste styremøtet han var med på var i januar 2007. Vi såg at han var prega av sin sjukdom, men han var ein realistisk optimist, humøret var godt og han ville gjerne være med å bidra vidare. Ingen av oss tenkte at dette var siste gongen vi treffe Ragnar i LPS samanheng.

Vi takkar Ragnar for den innsatsen han gjorde i LPS Hedmark, den stoltheita han hadde til yrket sitt, og den audmjukheita han hadde over for dei vi skulle hjelpe. Vi saknar deg!

Vi vil lyse fred over Ragnar Tømte sitt minne!

LPS Hedmark, ved Sylvi Nes

Quiz Er du en kompetent sykepleier ?

Ta vår aktuelle og nådeløse kunnskapsquiz.
tekst **Eivor Hofstad**



1 Hva er nevus pilosus?

- A: Ansamling av døde hudceller
- B: Føflekk med sterk hårvekst
- C: Nervetråd som vokser for langt

2 Hva er den ordrette betydningen av cancer?

- A: Kraftig
- B: Klump
- C: Krep

3 Hvilken sykdom gir anthrax-basillen?

- A: Miltbrann
- B: Ebola
- C: Kopper

4 Hva betyr compliance?

- A: Forståelse
- B: Medisinbruk
- C: Etterlevelse

5 Hva er det motsatte av placebo?

- A: Nocebo
- B: Antiplacbo
- C: Nonsensecebo

6 Hvilken legemiddelgruppe tilhører medisinen som solgte flest døgn-doser i Norge i 2008?

- A: Blodtrykksenkende
- B: Smertestillende
- C: Kolesterolenkende

7 Hva er normalt blodtrykk hos voksne ifølge europeiske retningslinjer?

- A: 120-129 mm Hg over 80-84 mm Hg
- B: 140-159 mm Hg over 90-99 mm Hg
- C: 160-179 mm Hg over 100-109 mm Hg

8 Hvor mange universitetssykehus har Oslo?

- A: 1
- B: 3
- C: 4

9 Hva er filicid?

- A: Middel mot kviser
- B: Drap av egne barn
- C: Drap av pasient

10 Hvilke to diagnoser er det foreslått at Florence Nightingale hadde?

- A: Borrelia og Alzheimers sykdom
- B: Bartonellosis og tvangslidelse
- C: Kronisk brucellosis og bipolar lidelse

😊 **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: 1B føflekk med sterk hårvekst, 2C krep, 3A miltbrann, 4C etterlevelse (av legens forskriving), 5A nocebo, 6C kolesterolenkende (simvastatin), 7A 120-129 mm Hg over 80-84 mm Hg, 8A 1, 9B drap av egne barn, 10C kronisk brucellosis og bipolar lidelse

Emselex «Novartis»

Urologisk spasmolytikum

ATC-nr.: G04B D10

DEPOTTABLETTER 7,5 mg og 15 mg: Hver depottablett inneh.: Darifenacin 7,5 mg, resp. 15 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: 7,5 mg: Titandioksid (E 171). 15 mg: Paraoranse (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 nødvendig. **Nedsatt leverfunksjon:** Økt eksponering kan forekomme ved mildt nedsatt leverfunksjon (Child-Pugh grad A), men dosejustering er nødvendig. 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, ventrikkelretensjon, ukontrollert trangvinkelglaukom, 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, itraconazol). **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 trangvinkelglaukom. 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, gastroesofageal 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 søvnighet 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. oksybutyrin, tolterodin, flavoksat) kan gi mer uttalte terapeutiske effekter og bivirkninger. Potensering 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. **Hypptige (>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, insomni, somnolens, uormal tankevirksomhet. Sirkulatoriske: Hypertensjon, ødem, inkl. perifert. Syn: Unormalt, inkl. sløret syn. Urogenitale: Urinretensjon, urinveiforstyrrelser, impotens, urinveisinfeksjon, vaginitt, blæresmerter. Øvrige: Asteni, påført skade, ansiktsødem, 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 tørhet 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 \$9 PUNKT 40

NOVARTIS Novartis Norge AS • Postboks 237 Økern • 0510 Oslo
Tlf.: 23 05 20 00 • Faks: 23 05 20 69 • www.novartis.no

Emselex® 7,5 mg
depottablett / depottablett

Emselex® 15 mg
depottablett / depottablett

Emselex® 7,5 mg
depottablett / depottablett

Emselex® 15 mg
depottablett / depottablett

Emselex® 7,5 mg
depottablett / depottablett

Emselex® 15 mg
depottablett / depottablett

Emselex® 7,5 mg
depottablett / depottablett

Emselex® 15 mg
depottablett / depottablett

Emselex® 7,5 mg
depottablett / depottablett

Emselex® 15 mg
depottablett / depottablett

Emselex® 7,5 mg
depottablett / depottablett

Emselex® 15 mg
depottablett / depottablett

Emselex® 7,5 mg
depottablett / depottablett

Emselex® 15 mg
depottablett / depottablett



NYMOTENS: Den nye velutstyrte Ullevål-ambulansen fra 1969 er klar til utrykning. I ambulansen er det to sjåførere, lege og sykepleier som fast personell. Ambulansen har 190 hester under panseret og utstyrt med førstehjelpsutstyr, og en sirene som til i da har vært ukjent i landet.

Flyttbar innretning for foreløpig legehjelp

Fire menn kommer bærende med en pasient på en dør. En brukbar, om enn en lite komfortabel løsning på problemet ambulansetjeneste.

Nyansatt kirurgisk overlege ved Fredrikstad sykehus, Einar Schie, står i døren for å ta imot pasienten. Året er 1944. Til ut på 1960-tallet var ambulansetjenesten i Norge kun et transportproblem. Men da en undersøkelse ved Stavanger sykehus slo fast at hver tiende pasient som

kom med ambulansetjeneste til sykehuset hadde hatt behov for behandling under transporten, begynte ting å skje. Man forsto at transportbehovet bare var ett av behovene ved tjenesten. Det var ikke lenger holdbart å satse på privatpersoner med førerkort som hadde ambulansetjenesten

som en slags «attåtnæring». De var dyktige sjåførere, som raskt kunne frakte pasienten til sykehuset. Men mange steder i vårt langstrakte land var sjansene for å få ekstrahjelp under transporten minimale. Først da man ankom sykehuset kunne behandlingen begynne. På 60-tallet ble det gjort store framskritt på gjenopplivningens

område og innen akuttmedisinen. Dette skapte behov for såkalte legeambulanser. Den første norske legeambulansetjeneste ble satt i drift i Oslo i 1967. I dag utfører de 529 bilene som er i drift i Norge rundt 500 000 ambulansetjenesteplasser hvert år fordelt på nesten 30 000 000 kjørte kilometer.

Den første norske legeambulansetjeneste kom i 1967.



MED ET PENNESTRØK
KAN LØNNSGAPET MINSKES.



Kvinner tjener kun 85 øre for hver krone en mann tjener. For kvinner med inntil fire års høyere utdanning er lønnsgapet enda større – vi tjener kun 80 øre for hver krone en mann tjener. Likelønnskommisjonen foreslo derfor en pott på 3 mrd. til kvinnedominerte yrker i offentlig sektor.

Vi krever at regjeringen nå slutter å nøle, og signerer innstillingen fra kommisjonen de selv har satt ned. **Eller må vi bli menn for å få rettferdig lønn?**



Forbundsleder Lisbeth Normann

Stilling: Forbundsleder i NSF

E-post: lisbeth.normann@sykepleierforbundet.no



Med et pennestrøk kan lønns-gapet reduseres

Den første loven Barack Obama skrev under på som ny president, handlet om likelønn. Hvor blir det av norske politikere i likelønsspørsmålet?

Med et pennestrøk gjorde den amerikanske presidenten det ulovlig å lønnsdiskriminere på bakgrunn av kjønn på samme arbeidsplass. Obama har tatt likestillingssaken i USA et steg videre. Foreløpig har ikke den norske regjeringen gjort annet enn å utrede saken. Jens, Kristin og Liv Signe kan fortsatt signere likelønnskommisjonens innstilling – med et pennestrøk kan de trekke Norge et steg videre.

At mennesket er like mye verdt, uavhengig av kjønn, etnisitet og religion, er en gammel 17. mai-formulering. Dessverre er det langt mellom 17. mai og kvinners virkelighet. Kvinners arbeid blir ikke verdsatt på lik linje med menns, og denne urettferdigheten fortsetter. Kampen for likelønn

har stått på stedet hvil de siste 20 årene. Fortsatt er det slik at kvinner tjener kun 85 øre for hver krone en mann tjener. Og for oss i kvinnedominerte yrker med høyere utdanning er lønns-gapet enda større: 80 øre for hver manns-krone. Kynikerne rynker nok på nesa, men for et rettferdig menneske er dette en krise.

Vi ønsker en regjering som tør å handle nå, og som tør å tenke langsiktig. Er ikke målet å gjøre ulikelønn historie? Er ikke målet til den sittende regjeringen å komme urettferdigheten og kvinnediskrimineringen helt til livs? Vi er i tvil, og vi kommer til å fortsette å tvile på alle partiers intensjoner til vi ser konkrete resultater.

Vi kvinner har vært for godtroende. Vi har

trodd at vi var på vei mot likelønn, at kvinnedominerte yrker vil bli like verdsatt som menns. At samfunnet hadde skjønt tegningen for lenge siden. At det ordna sæ. Men i virkeligheten har ingenting skjedd siden Gro Harlem Brundtland var statsminister for første gang. Og for sykepleiere er det til og med tendenser til forverring. Hvilket signal er dette fra samfunnet? At kvinnesyssel ikke er like viktig som mannesyssel?

Midt oppi dette spiller Jens, Kristin og Liv Signe nøkkelroller. De kan stanse diskrimineringen av kvinnedominerte yrker. De satte selv ned like-lønnskommisjonen som foreslo en likelønns-pott på tre milliarder for å utjevne forskjellene. Nå trenger de bare å skrive under på innstillinga. Med et pennestrøk kan lønns-gapet reduseres, med et pennestrøk kan vi få mer rettferdighet og likeverd mellom kjønnene.

Men hvem vet om Stoltenberg-regjeringen kommer til å gjøre noe før valget. Pengene sitter løst i finanskrisen. Spesielt krisen i den mannsdominerte bygg- og anleggsbransjen har blitt hørt med atskillig milliarder. Vi forstår dette. Men vi forstår ikke hvorfor den vedvarende lønnsdiskrimineringen av kvinner ikke blir sett på som en krise, og ikke får samme politiske oppmerksomhet. Hva om Kristin Halvorsen benyttet anledningen til å bekjempe finanskrisen ved å gå inn for en likelønns-pott for kvinnedominerte yrker?

Med dette som bakgrunn drar vi i disse dager i gang en likelønns-kampanje. (Se annonse på sidene foran). Vi skal kjempe likelønn tilbake på dagsorden slik at politikerne ikke kan overse det. Over halvparten av befolkningen er kvinner – nå må vi begynne å gjøre litt ut av våre problemer. Vår tålmodighet nærmer seg slutten.



TA EN OBAMA! Det er tid for forandring. Kan nå regjeringen endelig få slutt på den urettferdige og diskriminerende forskjellen på skift og turnus-ordningene? Colourbox

Daivobet® -
et førstevalg ved
behandling av psoriasis!

Å føle velvære
- også med psoriasis

LEO®

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

- Hurtig innsettende, god effekt^{1,2,3}.
- Doseres en gang daglig.
- Daivobet® kan brukes som start- og vedlikeholdsbehandling i opptil 52 uker.
- 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 106

B-Postabonnement

Returadresse:
Sykepleien
Postboks 456 Sentrum
NO-0104 Oslo

PORTO BETALT
PORT PAYÉ
NORGE



"I mitt hektiske treningsopplegg er det avgjørende å ha en bil som jeg kan stole på, som er komfortabel, fra en bilprodusent som jeg kan identifisere meg med."

Christina Vukicevic

DnB NOR er Generalsponsor for Norges Friidrettsforbund og Christina Vukicevic. Hyundai er personlig sponsor for Christina Vukicevic.



Nyhet! Hyundai i20

Nye Hyundai i20 har alt du kan forvente av en ny bil. Den er lekker utvendig og romslig innvendig, med store seter og mange praktiske løsninger. Med sitt flotte design og bilens fokus på sikkerhet, har Hyundai i20 satt en ny standard innenfor sin klasse. Nye Hyundai i20 er en bil med personlighet for deg som er opptatt av å ta vare på fremtiden.

Hyundai har fra 1. januar 2009 5-årsgaranti på alle nye personbiler kjøpt i Norge etter denne datoen.

Send SMS Hy1 til 2012 for prøvekjøring.



Pris fra **159.950***

*Lokale frakt og leveringsomkostninger tilkommer

*True
Quality
Matters*