

4 2014

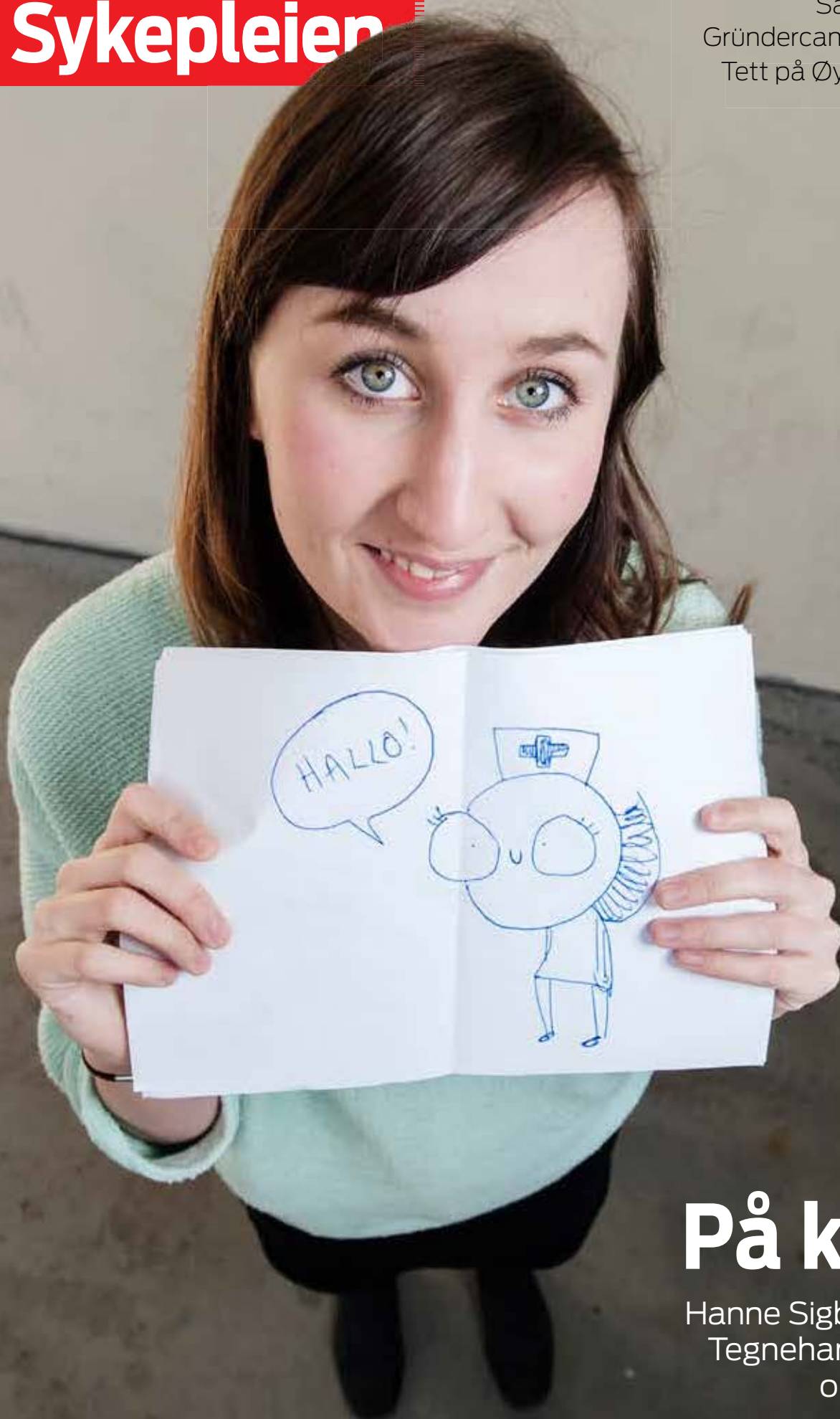
20. mars 2014  
102. årgang

# Sykepleien

Sammen for livet **40**

Gründercamp ga mersmak **82**

Tett på Øyvind Jørgensen **94**



## På kornet

Hanne Sigbjørnsen bruker Tegnehanne for å si noe om sykepleie. **76**

# Er dine pasienter klare for en ny dag?

Circadin® er et C-preparat som har vist seg å gi kortere innsovningstid og bedre søvnkvalitet hos pasienter med insomni.<sup>1)</sup>

**Som eneste søvnmedikament i Norge er Circadin® godkjent for bruk i inntil 13 uker.<sup>1)</sup>**

Tradisjonelle hypnotika er kun indisert for korttidsbruk i 2-4 uker<sup>2)</sup>

- Circadin® er det eneste godkjente legemiddelet i Norge som inneholder melatonin<sup>1)</sup>
- Circadin® er ikke vanedannende, og påvirker ikke søvnmonstret<sup>3)</sup>
- Circadin® forbedrer søvnkvalitet og gjør at pasienten føler seg uthvilt og opplagt om dagen<sup>3)</sup>

## C-preparat til bruk ved insomni

www.circadin.no



Nycomed: a Takeda Company

### Circadin «Neurim» Sedativum. Hypnotikum.

ATC-nr.: N05C H01

**DEPOTTABLETTER 2 mg:** Hver depottablett inneh.: Melatonin 2 mg, laktosemonohydrat, hjelpestoffer.

**Indikasjoner:** Indisert som monoterapi til kortvarig behandling av primær insomni karakterisert ved dårlig søvnkvalitet hos pasienter >55 år.

**Dosering:** Bør svelges hele. **Voksne:** 2 mg 1 gang daglig, 1-2 timer før leggetid og etter mat. Denne doseringen kan fortsette i opptil 13 uker. **Barn og ungdom <18 år:** Anbefales ikke pga. utilstrekkelige sikkerhets- og effektdata. **Nedsatt leverfunksjon:** Anbefales ikke.

**Kontraindikasjoner:** Kjent overfølsomhet for melatonin eller noen av hjelpestoffene.

**Forsiktighetsregler:** Melatonin har moderat påvirkning på evnen til å kjøre bil og bruke maskiner. Kan forårsake tretthet. Brukes med forsiktighet hvis effekten av tretthet med sannsynlighet kan føre til sikkerhetsrisiko. Anbefales ikke ved autoimmune sykdommer, da det ikke foreligger kliniske data angående bruk til denne pasientgruppen. Bør ikke brukes ved sjeldne, arvelige problemer med galaktoseintoleranse, en spesiell form for arvereditert laktosemangel (lapp-laktosemangel) eller glukose-galaktosemalabsorpsjon.

**Interaksjoner:** Melatonin metaboliseres hovedsakelig via CYP 1A. Interaksjon mellom melatonin og andre legemidler som en følge av effekten deres på CYP 1A-enzym, er derfor mulig. Fluvoksamin øker melatoninnivået ved å hemme CYP 1A2 og CYP 2C19. Kombinasjonen bør unngås. Forsiktighet bør utvises ved samtidig bruk av 5- eller 8-metoksyporalen, som øker melatoninnivåene ved å hemme metabolismen. Forsiktighet bør utvises ved samtidig bruk av cimetidin, en CYP 2D-hemmer, som øker melatoninnivåene i plasma. Røyking kan redusere melatoninnivået pga. CYP 1A2-induksjon. Østrogen øker melatoninnivået ved å hemme CYP 1A1 og CYP 1A2 og forsiktighet bør utvises ved samtidig bruk. CYP 1A2-hemmere, som kinoloner, kan føre til økt melatonineksponering. CYP 1A2-indusere som karbamazepin og rifampicin kan føre til redusert plasmakonsentrasjon av melatonin. Alkohol må ikke inntas samtidig fordi det reduserer effekten på søvn. Melatonin kan øke de sedative egenskapene til benzodiazepiner og ikke-benzodiazepinhypnotika, som zaleplon, zolpidem og zopiklon. Samtidig inntak av melatonin og tioridazin kan føre til en økt følelse av uro og problemer med å utføre oppgaver sammenlignet med kun bruk av tioridazin. Samtidig inntak av melatonin og imipramin kan føre til økt følelse av uro og problemer med å utføre oppgaver sammenlignet med kun bruk av imipramin.

**Graviditet/Amming:** Overgang i placenta: Bruk under graviditet er ikke undersøkt. Dyrestudier indikerer ingen direkte eller indirekte skadelige effekter på svangerskapsforløp, embryo-/fosterutvikling, fødsel eller postnatal utvikling. Pga. manglende kliniske data bør ikke gravide og kvinner som ønsker å bli gravide, bruke preparatet. Overgang i morsmelk: Går over. Anbefales derfor ikke til ammande.

**Bivirkninger:** Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100): Gastrointestinale: Magesmerter, magesmerter i øvre del, dyspepsi,

sårdannelse i munnen, munntørhet. Hjerne/kar: Hypertensjon. Hud: Dermatitt, nattesvette, pruritus, utslett, generell pruritus, tørr hud. Kjønnsganer/bryst: Menopausesyntomer. Lever/galle: Hyperbilirubinemi. Muskel-skjelettsystemet: Smerter i ekstremiteter. Nevrologiske: Migrene, letargi, psykomotorisk hyperaktivitet, svimmelhet, søvnighet. Nyre/urinveier: Glykosuri, proteinuri. Psykiske: Irritabilitet, nervøsitet, uro, søvnløshet, unormale drømmer, angst. Undersøkelser: Unormal leverfunksjonstest, vektøkning. Øvrige: Asteni, brystmerter. **Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000):** Blod/lymfe: Leukopeni, trombocytopeni. Gastrointestinale: Gastroesofageal reflukssykdom, gastrointestinale lidelser og ubehag, blemmer i munnens slimhinner, sårdannelse på tungen, oppkast, unormale tarmlyder, flatulens, hypersalivasjon, halitose, gastritt. Hjerne/kar: Hørdetokter, angina pectoris, palpitasjoner. Hud: Eksem, erytem, dermatitt på hender, psoriasis, generelle utslett, pruritus, utslett, neglesykdommer. Kjønnsganer/bryst: Priapisme, prostatitt. Muskel-skjelettsystemet: Artritt, muskelrykninger, nakkesmerter, nattlige kramper. Nevrologiske: Synkope, nedsatt hukommelse, oppmerksomhetsforstyrrelser, drømmende tilstander, rastløse ben, dårlig søvnkvalitet, parestesi.

**Psykiske:** Humørendringer, aggresjon, opphisselse, gråtetokter, stress-symptomer, desorientering, tidlig våkning om morgenen, økt libido, nedstemthet, depresjon. **Stoffskifte/emnering:** Hypertriglyseridemi, hypokalsemi, hyponatremi. Øre: Vertigo, vertigo posturalis. Øye: Redusert synsskarphet, uklart syn, økt lakrimasjon. Øvrige: Herpes zoster, tretthet, smerter, tørste.

**Overdosering/Forgiftning:** Ingen rapporterte tilfeller. I litteraturen er det rapportert om administrering av daglige doser på opptil 300 mg melatonin uten at dette forårsaket signifikante bivirkninger. **Symptomer:** Tretthet forventes. Clearance av virkestoffet forventes innen 12 timer etter svelging. **Behandling:** Ingen spesiell behandling er nødvendig.

**Egenskaper:** **Klassifisering:** Hormon som produseres av pinealkjertelen og som strukturelt sett er relatert til serotonin. Melatonin er forbundet med kontroll av døgnrytmer og tilpasning til lys-mørkesyklusen. Det er også forbundet med en hypnotisk effekt og økt tilbøyelighet for søvn. **Virkningsmekanisme:** Aktiviteten til melatonin ved MT1-, MT2- og MT3-reseptorene antas å bidra til de søvnfremmende egenskapene, da disse reseptorene (hovedsakelig MT1 og MT2) er involvert i reguleringen av døgnrytme og søvnregulering. Pga. den aldersrelaterte reduksjonen i endogen melatoninproduksjon, kan melatonin effektivt forbedre søvnkvaliteten, særlig hos pasienter >55 år, med primær insomni. Melatonin forkorter innsovningstiden og bedrer søvnkvaliteten, våkenheten om morgenen, funksjonsevnen om dagen og livskvaliteten. Søvnensammensetningen og REM-søvnvarigheten påvirkes ikke. **Absorpsjon:** Fullstendig, kan reduseres med opptil 50% hos eldre. Biotilgjengeligheten er 15%. Signifikant «first pass»-metabolisme på 85%. Maks. plasmakonsentrasjon er 1176 pg/ml og oppnås innen 0,75 timer. Absorpsjon og maks. plasmakonsentrasjon påvirkes av samtidig matinntak (Tmax = 3 timer og Cmax = 1020 pg/ml). **Proteinbinding:** Ca. 60%. **Fordeling:** Binde hovedsakelig til albumin, alfa1-syreglykoprotein og lipoproteiner med høy tetthet. **Halveringstid:** 3,5-4 timer. **Metabolisme:** I leveren via CYP 1A1, CYP 1A2 og muligens CYP 2C19. Hovedmetabolitten, 6-sulfatoksylmelatonin, er inaktiv.

**Utskillelse:** 89% utskilles renalt, som konjugater av 6-hydroksylmelatonin. 2% utskilles i uforandret form.

**Pakninger og priser pr 01.08.2013:** Enpac: 30 stk. 198,30 kr.

**Referanser:** 1) SPC Circadin, 2) SPC Imovane, SPC Stilnoct, 3) Aging Health 2008 4(1), 11-21

# Effektiv oral 1. linjebehandling av attakkvis MS (RRMS)<sup>1-4</sup>

Nå endelig i Norge!

- Attakkratereduksjon på opptil 53 % vs placebo<sup>1-3</sup>
- Reduksjon av handikappprogresjon (EDSS) på opptil 38 % vs placebo<sup>1-3</sup>
- Godt tolerert og god sikkerhetsprofil<sup>2</sup>
- Enkel administrasjon og monitorering<sup>2</sup>



**Tecfidera**  
(dimetylfumarat)

biogen idec

<sup>1</sup> Gold R et al. N Engl J Med. 2012;367(12):1098-1107  
<sup>2</sup> Tecfidera preparatomtale 2014  
<sup>3</sup> Fox et al. N Engl J Med. 2012 Sep 20;367(12):1087-97  
<sup>4</sup> Bar-Or et al. J Neurol. 2013 260:2297-2305

Pivotalstudiene, DEFINE<sup>1</sup> og CONFIRM<sup>2</sup>, viste statistisk signifikant reduksjon i årlig attakkrate på henholdsvis 53 % og 44 %, sammenlignet med placebo. Tecfidera<sup>®</sup> ga også en signifikant reduksjon i handikaputvikling i DEFINE (reduksjon i EDSS 38 % vs placebo), mens CONFIRM viste en positiv trend (reduksjon i EDSS 21 % vs placebo) selv om denne ikke var signifikant<sup>3</sup>

## Tecfidera «Biogen Idec»

C

Middel mot multipel sklerose.

ATC-nr.: N07X X09

**ENTEROKAPSLER, harde** 120 mg og 240 mg: Hver kapsel inneholder Dimetylfumarat 120 mg, resp. 240 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: Brillantblå FCF (E 133), gult og sort jernoksid (E 172), titandioksid (E 171).

**Indikasjoner:** Behandling av voksne med relapserende-remitterende (attakkvis) multipel sklerose (se SPC for viktig informasjon vedrørende populasjoner der effekten er klarlagt).

**Dosering:** Behandling bør initieres under tilsyn av lege med erfaring i behandling av sykdommen. Startdose: 120 mg 2 ganger daglig. Etter 7 dager økes dosen til anbefalt dose på 240 mg 2 ganger daglig. Midlertidig dosereduksjon til 120 mg 2 ganger daglig kan reduserer forekomsten av flushing og gastrointestinale bivirkninger. Anbefalt dose 240 mg 2 ganger daglig bør gjenopptas innen 1 måned. **Spesielle pasientgrupper:** Nedsatt lever- og nyrefunksjon: Ingen dosejustering nødvendig. Forsiktighet bør utvises ved alvorlig nedsatt nyre- eller leverfunksjon. Barn: 10-18 år: Sikkerhet og effekt er ikke fastslått. <10 år: Ingen relevant bruk. Eldre: Begrenset mengde data. Ingen dosejustering anses nødvendig. **Administrering:** Bør tas sammen med mat. Svelges hele. Kapselen eller innholdet bør ikke knuses, deles, løses opp, suges eller tygges.

**Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for noen av innholdsstoffene.

**Forsiktighetsregler:** Kan gi redusert lymfocytall. Ingen erfaring ved allerede lave lymfocytall, og forsiktighet bør utvises i slike tilfeller. Før behandlingsopstart bør fullstendig blodcelletelling (fra siste 6 måneder) være tilgjengelig. Vurdering av fullstendig blodcelletelling anbefales også etter 6 måneders behandling og deretter hver 6.-12. måned og når klinisk indisert. Vurdering av nyrefunksjon (f.eks. kreatinin, blodureanitrogen og urinalyse) og leverfunksjon (f.eks. ALAT og ASAT) anbefales før behandlingsstart, etter 3 og 6 måneders behandling, deretter hver 6.-12. måned og når klinisk indisert. Preparatet er ikke undersøkt ved alvorlig nedsatt nyre- eller leverfunksjon eller alvorlig, aktiv gastrointestinale sykdom, og forsiktighet bør utvises. Ved alvorlige flushing-reaksjoner bør en være oppmerksom på at dette kan være overfølsomhets- eller anafylaktoide reaksjoner. Ingen økt insidens av alvorlige infeksjoner hos pasienter med lymfocytall <0,8 x 10<sup>9</sup>/liter eller <0,5 x 10<sup>9</sup>/liter. Ved utvikling av alvorlig infeksjon bør seponering vurderes,

og fordeler/risiko bør vurderes før behandlingen gjenopptas. Pasienten bør anmodes om å rapportere infeksjonssymptomer til lege. Ved alvorlige infeksjoner bør ikke behandling initieres før infeksjonen(e) er borte.

**Interaksjoner:** Preparatet er ikke undersøkt i kombinasjon med antineoplastisk eller immunsuppressiv behandling, og forsiktighet bør utvises ved samtidig administrering. Samtidig behandling av anfall med en kort kur med i.v. kortikosteroider er ikke forbundet med klinisk relevant økning i infeksjoner. Vaksiner under behandling er ikke undersøkt. Det er ukjent om behandling kan redusere effektiviteten av andre vaksiner. Levende vaksiner kan gi økt risiko for klinisk infeksjon, og bør ikke gis under behandling med mindre nytten av å vaksinere seg oppveier potensiell risiko for infeksjon, og bare i unntakstilfeller. Samtidig bruk av andre farmasvarederivater (topisk eller systemisk) bør unngås. I.m. interferon beta-1a og glatirameracetat endrer ikke farmakokinetikken til dimetylfumarat. Acetylsalicylsyre (ASA) gitt 30 minutter før Tecfidera i 4 dager, endrer ikke farmakokinetisk profil, og reduserer forekomst og alvorlighetsgrad av flushing. Langtidsbruk av ASA til behandling av flushing anbefales ikke. Potensiell risiko ved ASA-behandling bør vurderes før samtidig administrering. Samtidig behandling med nefrotoksiske legemidler (f.eks. aminoglykosider, diuretika, NSAID, litium) kan øke potensialet for nyrebivirkninger (f.eks. proteinuri). Inntak av store mengder ufortynnet, sterke, alkoholholdige drikker (>30 volum%) kan gi raskere oppløsning av enterokapslene og økt hyppighet av gastrointestinale bivirkninger. Ikke-hormonelle antikonseptiva bør vurderes under behandling, selv om interaksjon med perorale antikonseptiva ikke forentes.

**Graviditet, amning og fertilitet:** Graviditet: Ingen/begrenset mengde data. Dyrerstudier har vist reproduksjonstoksisitet, og preparatet anbefales ikke under graviditet eller til fertile kvinner som ikke bruker egnet prevensjon. Skal bare brukes under graviditet hvis strengt nødvendig, og dersom potensiell fordel av behandlingen oppveier potensiell risiko for fosteret. **Amning:** Overgang i morsmelk er ukjent. Risiko for barn som ammes kan ikke utelukkes. Det må avgjøres om ammingen skal opphøre eller behandlingen skal avsluttes. Fordelene av amning for barnet og fordelene av behandling for moren bør tas i betraktning. **Fertilitet:** Prekliniske studier tyder ikke på økt risiko for redusert fertilitet.

**Bivirkninger:** De vanligste bivirkningene, flushing og gastrointestinale bivirkninger, begynner vanligvis tidlig i behandlingen (1. måned), og kan hos noen gjenta seg under hele behandlingen. De fleste tilfellene er av mild eller moderat

alvorlighetsgrad. Tolerabiliteten kan økes ved samtidig matinntak. Svært vanlige (>1/10): Gastrointestinale: Diaré, kvalme, smerter i øvre del av magen, magesmerter. Hjerter/kar: Flushing. Undersøkelser: Ketonuri. Vanlige (>1/100 til <1/10): Blod/lymfe: Lymfopeni, leukopeni. Gastrointestinale: Oppkast, dyspepsi, gastritt, gastrointestinale sykdom. Hjerter/kar: Hørdetokter. Hud: Pruritus, utslett, erytem. Infeksjoner: Gastroenteritt. Nevrologiske: Svie. Nyre/urinveier: Proteinuri. Undersøkelser: Albuminuri, økt ASAT, økt ALAT, redusert antall hvite blodceller. Øvrige: Varmefølelse. Mindre vanlige (>1/1000 til <1/100): Immunsystemet: Overfølsomhet.

**Egenskaper:** Klassifisering: Middel med antiinflammatoriske og immunmodulerende egenskaper. Virkningsmekanisme: Ikke fullstendig klarlagt. Prekliniske studier indikerer at farmakodynamiske effekter hovedsakelig er mediert gjennom aktivering av transkripsjonsveien via Nrf2 (erytroid transkripsjonsfaktor 2). Dimetylfumarat oppregulerer Nrf2-avhengige antioksidantgener hos pasienter (f.eks. NAD(P)H-dehydrogenase, kinon 1; NQO1). Dimetylfumarat og hovedmetabolitten monometylfumarat gir betydelig redusert immuncelleaktivitet og påfølgende frigjøring av proinflammatoriske cytokiner, som respons på inflammatoriske stimuli i prekliniske modeller. Hos psoriasis-pasienter påvirkes lymfocyttenotyper ved nedregulering av proinflammatoriske cytokinprofiler (TH1, TH17), og i retning antiinflammatorisk produksjon (TH2). Lymfocytall reduseres med gjennomsnittlig 30% det 1. året, med et påfølgende platå. **Absorpsjon:** T<sub>max</sub> 2-2,5 timer. Etter 240 mg 2 ganger daglig er C<sub>max</sub> 1,72 mg/liter og AUC 8,02 timer x mg/liter. Samlet øker C<sub>max</sub> og AUC ca. doseproposjonalt i området 120-360 mg. **Proteinbinding:** 27-40%. **Fordeling:** Tilsynelatende distribusjonsvolum etter inntak av 240 mg er 60-90 liter. **Halveringstid:** Ca. 1 time. Vanligvis ikke gjenstående monometylfumarat i sirkulasjonen etter 24 timer. **Metabolisme:** Dimetylfumarat metaboliseres i stor grad. Gjennomgår rask presystemisk hydrolyse vha. esteraser og omdannes til den aktive hovedmetabolitten monometylfumarat. Videre metabolisme via trikarboksylsyresyklus. **Utskillelse:** 60% elimineres ved ekspirasjon av CO<sub>2</sub>. Ca. 16% via nyrene, 0,9% via feces. <0,1% uendret i urin.

**Pakninger og priser:** 120 mg: 14 stk. (blister) 392438. 240 mg: 56 stk. (blister) 400574.

Sist endret: 25.02.2014

## c NuvaRing "Organon"

### Antikonsepsjonsmiddel

ATC-nr.: G02B B01

**VAGINALRING** 120 µg/15 µg: Hver vaginalring inneholder: Etonogestrel 11,7 mg, etinyløstradiol 2,7 mg, hjelpestoffer.

**Indikasjoner:** Antikonsepsjon. NuvaRing er beregnet til kvinner i fruktbar alder. Sikkerhet og effekt er etablert hos kvinner 18-40 år.

**Dosering:** Den første vaginalringen settes inn i skjeden den 1. dagen i menstruasjonszyklus og brukes i 3 sammenhengende uker. Start på dag 2-5 i syklus er mulig, men da bør tilleggsprevensjon (barrieremetode) brukes de første 7 dagene. Etter 1 ukes ringfri pause, der en menstruasjonslignende blødning inntreffer, settes en ny ring inn i skjeden på samme ukedag og til omtrent samme tid. Ved bytte fra annen hormonell prevensjon, se pakningsvedlegg.

**Kontraindikasjoner:** Dyp venetrombose, nåværende eller tidligere, med eller uten medfølgende lungeemboli. Arteriell trombose, nåværende eller tidligere (f.eks. cerebrovaskulær hendelse, hjerteinfarkt) eller forstadium til trombose (f.eks. angina pectoris eller forbigående iskemiske anfall.) Kjent disposisjon for venøs eller arteriell trombose, med eller uten arvelig tilbøyelighet slik som aktivert protein C (APC) resistens, mangel på antitrombin III, mangel på protein C, mangel på protein S, hyperhomocysteinemi og antifosfolipid antistoffer (antikardiolipin antistoffer, lupus antikoagulanter). Migræne med aura i anamnesen. Diabetes mellitus med vaskulære komplikasjoner. Alvorlige eller multiple risikofaktorer for venøs eller arteriell trombose. Pankreatitt eller slik i anamnesen hvis assosiert med alvorlig hypertriglyseridemi. Nåværende eller tidligere alvorlig leversykdom så lenge leverfunksjonsverdier ikke er normalisert. Nåværende eller tidligere levertumorer (benigne eller maligne). Kjente eller mistenkte maligne tilstander i genitalia eller brystene, hvis de er påvirkelige av kjønnshormoner. Udiagnostisert vaginalblødning. Hypersensitivitet for virkestoffene eller noen av hjelpestoffene.

**Forsiktighetsregler:** Før behandlingen starter, foretas en grundig medisinsk undersøkelse, inkl. familieanamnese og blodtrykksmåling. Graviditet utelukkes. Hyppighet av senere undersøkelser baseres på etablert klinisk praksis og tilpasses den enkelte kvinne. Bruk av hormonell kombinasjonsprevensjon innebærer økt risiko for venøs tromboemboli (VTE) sammenlignet med ingen bruk. Risikoen varierer fra ca. 20 til 40 tilfeller pr. 100 000 kvinneår for kombinasjons-p-piller som inneholder hhv. levonorgestrel og desogestrel/gestoden. Dette kan sammenlignes med 5-10 tilfeller pr. 100 000 kvinneår for ikke-brukere, og 60 tilfeller pr. 100 000 svangerskap. VTE er fatal i 1-2% av tilfellene. Epidemiologiske studier viser inkonsistente resultater vedrørende risiko for VTE ved bruk av NuvaRing. Risikoen for VTE øker med: Økende alder, positiv familieanamnese (venøs tromboemboli hos søsken eller foreldre i relativt ung alder), fedme (og muligens også overflatiske tromboflebitter og åreknuter), langvarig immobilisering, større operasjoner, ethvert kirurgisk inngrep i bena eller alvorlig traume. I disse situasjonene er det tilrådelig å avbryte bruk (i tilfelle av planlagt kirurgi minst 4 uker i forveien) og ikke fortsette før 2 uker etter fullstendig remobilisering. Epidemiologiske studier har også forbundet bruk av hormonell kombinasjonsprevensjon med økt risiko for arteriell tromboembolisme (hjerteinfarkt, forbigående iskemiske anfall). Risikoen for arterielle tromboemboliske komplikasjoner øker med: Økende alder, røyking, dyslipoproteinemi, fedme, hypertensjon, migræne, hjerteklaffefeil, hjerteflimmer, positiv familieanamnese (arteriell tromboemboli hos søsken eller foreldre i relativt ung alder). Ved mistanke om en arvelig disposisjon skal kvinnen henvises til en spesialist for rådgivning før det tas en avgjørelse vedrørende bruk av hormonell antikonsepsjon. Biokjemiske faktorer som kan indikere arvelig eller ervervet disposisjon for venøs eller arteriell trombose inkluderer aktivert protein C (APC) resistens, hyperhomocysteinemi, mangel på antitrombin-III, mangel på protein C, mangel på protein S og antifosfolipid antistoffer (antikardiolipin antistoffer, lupus antikoagulanter). Ved mistenkt eller bekreftet trombose skal bruk av preparatet avbrytes. Symptomer på venøs eller arteriell trombose kan innbefatte: Unilateral smerte og/eller hevelse i bena, plutselig kraftig smerte i brystet, enten den stråler ut i venstre arm eller ikke, plutselig tungpustethet, hosteanfall, uvanlig kraftig hodepine, plutselig synstap, dobbeltsyn, utydelig tale eller afasi, svimmelhet, kollaps med eller uten fokale anfall, svakhet eller nummenhet som påvirker en side eller en del av kroppen, motoriske forstyrrelser, akutt abdomen. Andre medisinske tilstander som har vært assosiert med sirkulatoriske bivirkninger omfatter diabetes mellitus, systemisk lupus erythematosus, hemolytisk uremisk syndrom, kronisk inflammatorisk tarmsykdom (f.eks. Crohns sykdom eller ulcerøs colitt) og sigdcellesykdom. En økning i frekvens eller styrke av migræne (som kan være forløper for en kardiovaskulær hendelse) kan være grunnlag for å avbryte bruken av NuvaRing umiddelbart. Noe økt risiko for brystkreft. Den økte risikoen forsvinner gradvis i løpet av 10 år etter avsluttet bruk. Levertumor må anses som en differensialdiagnose ved sterk smerte i øvre del av buken, forstørrelse av leveren eller tegn på indre blødninger i abdomen. Kvinner med hypertriglyseridemi eller slik i familieanamnesen kan ha en økt risiko for pankreatitt. Hvis vedvarende klinisk signifikant hypertensjon utvikler seg, bør

bruk av preparatet avsluttes og hypertensjonen behandles. Bruken kan gjenopptas hvis normotensive verdier oppnås ved behandling med antihypertensiver. Følgende tilstander kan forekomme eller forverres ved svangerskap eller ved bruk av hormonell prevensjon: Gulsott og/eller kløe relatert til kolestase, dannelse av gallesten, porfyri, systemisk lupus erythematosus, hemolytisk uremisk syndrom. Sydenhams chorea, herpes gestationis, otoskleroserelatert hørselstap, (arvelig) angionevrotisk ødem. Ved akutte eller kroniske forstyrrelser av leverfunksjon seponeres preparatet inntil markørene for leverfunksjon går tilbake til normalen. Kan nedsette perifer insulinsensitivitet og glukosetoleranse og kvinner med diabetes bør monitoreres nøye spesielt de første månedene. En forverring av Crohns sykdom og ulcerøs colitt har vært assosiert med hormonell antikonsepsjon. Kvinner med tendens til kloasma bør unngå å utsette seg for sollys eller ultrafiolette stråler. Hvis en av følgende tilstander foreligger kan kvinnen ha problemer med å sette ringen riktig på plass eller ringen kan falle ut: Livmorhalsprolaps, fremfall av fremre eller bakre skjedevegg, kraftig eller kronisk forstoppelse. Svært sjelden er det rapportert at preparatet utilsiktet er satt inn i urinrøret og kan havne i urinblæren. Feilplassering bør derfor overveies som differensialdiagnose ved symptomer på cystitt. Svært sjelden er det rapportert at ringen har festet seg i vevet i vagina og måtte fjernes av helsepersonell. Vaginitt kan forekomme. Det er ingen indikasjoner på at effekten av NuvaRing påvirkes av behandling for vaginitt eller at selve ringen påvirkes av slik behandling.

**Interaksjoner:** Interaksjoner kan forekomme med legemidler som inducerer mikrosomale enzymer, noe som kan resultere i økt clearance av kjønnshormoner f.eks. fenytoin, fenobarbital, primidon, karbamazepin, hydantoiner, rifampicin og muligens også okskarbazepin, topiramat, felbammat, ritonavir, griseofulvin og preparater som inneholder johannesurt. Noen kliniske rapporter antyder at den enterohepatiske sirkulasjonen av østrogener kan avta når visse typer antibiotika gis, f.eks. penicilliner og tetrasykliner, noe som kan redusere konsentrasjonene av etinyløstradiol. Sikkerhet og effekt påvirkes ikke av behandling med antimykotika eller spermiedrepende midler. Andre legemidlers metabolisme kan påvirkes, ved at plasma- og vevskon-sentrasjoner øker (f.eks. ciklosporin) eller reduseres (f.eks. lamotrigin).

**Graviditet, amming og fertilitet:** *Graviditet:* Hvis graviditet oppstår, skal ringen tas ut. Effekten ved bruk av preparatet under graviditet, er ukjent. Til tross for intra-vaginal administrering er intrauterine konsentrasjoner av prevensjonshormoner lik de nivåene som er observert hos p-pillebrukere. *Amming:* Østrogener kan redusere mengden og endre sammensetningen av brystmelken. Bør ikke brukes under amming. *Fertilitet:* Etter seponering av NuvaRing bør en vente til første naturlige menstruasjon før en forsøker å bli gravid. Det gjør det lettere å beregne når babyen kan forventes.

**Bivirkninger:** *Vanlige (≥1/100 til <1/10):* Gastrointestinale: Magesmerter, kvalme. Hud: Akne. Infeksiøse: Vaginale infeksjoner. Kjønnsgener/bryst: Smerter i bekkenet, ømme bryster, genital kløe, dysmenoré, vaginal utflod. Nevrologiske: Hodepine, migræne. Psykiske: Depresjon, nedsatt libido. Undersøkelser: Vektøkning. Øvrige: Ubehag i forbindelse med ringen, utstøting. *Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):* Gastrointestinale: Diaré, oppkast, oppblåst mage, forstoppelse. Hjerne/kar: Hete-tokter. Hud: Alopesi, eksem, kløe, utslett. Immunsystemet: Hypersensitivitet. Infeksiøse: Cervisitt, cystitt, urinveisinfeksjon. Kjønnsgener/bryst: Amenoré, ubehag i brystene, forstørrede bryster, brystspenning, cervixpolypper, blødning under samleie, dyspareuni, cervix-ektopi, fibrocystisk brystsykdom, menoragi, metroragi, ubehag i bekkenet, premenstruelt syndrom, krampes i uterus, brennende følelse i skjeden, vond lukt fra skjeden, smerter i skjeden, vulvovaginal ubehag, vulvovaginal tørrhet. Muskel-skjelettsystemet: Ryggsmertor, muskelkramper, smerter i ekstremitetene. Nevrologiske: Svimmelhet, hypoestesi. Nyre/urinveier: Dysuri, sykkelig trang til vannlating, hyppig vannlating. Psykiske: Følelsesmessig labilitet, humørsvingninger. Stoffskifte/ernæring: Økt appetitt. Undersøkelser: Forhøyet blodtrykk. Øye: Synsforstyrrelse. Øvrige: Tretthet, irritabilitet, utilpashed, ødemer, følelse av fremmed-legeme. *Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000):* Hjerne/kar: Venøs tromboembolisme. *Svært sjeldne (<1/10 000), ukjent:* Hud: Urticaria.

**Egenskaper:** *Klassifisering:* Lavdosert østrogen/gestagen monofasisk kombinasjonspreparat. Ringen frigir gjennomsnittlig 120 µg etonogestrel og 15 µg etinyløstradiol per 24 timer. *Virkningsmekanisme:* Undertrykkelse av ovulasjonen. *Absorpsjon:* Rask absorpsjon fra vaginalslimhinnen. Maks. serumkonsentrasjon: Etonogestrel ca. 1 uke, etinyløstradiol ca. 3 dager. Absolutt biotilgjengelighet: Etonogestrel ca. 100%, etinyløstradiol ca. 56%. *Fordeling:* Distribusjonsvolum: Etonogestrel ca. 2,3 liter/kg, etinyløstradiol ca. 15 liter/kg. *Halveringstid:* Etonogestrel: Ca. 29 timer, plasmaclearance ca. 3,5 liter/time. Halveringstid for metabolittutskillelsen ca. 6 dager. Etinyløstradiol: Ca. 34 timer. Plasmaclearance ca. 35 liter/time. Halveringstid for metabolittene ca. 1,5 dager. *Utskillelse:* Via urin og galle.

**Oppbevaring og holdbarhet:** Grossist og apotek: Kaldt (2-8°C). Hos bruker: Romtemperatur (<30°C), ikke over 4 måneder.

**Pakninger og priser:** 3 stk. kr 310,80.

Sist endret: 19.06.2013



MSD (Norge) AS, Pb. 458 Brakerøya, 3002 Drammen, telefon 32 20 73 00, telefaks 32 20 73 10, www.msd.no.

Copyright © 2014 Merck Sharp & Dohme Corp., et datterselskap av Merck & Co., Inc. All rights reserved. WOMN-1081649-0013 10/13

Gi jentene kontroll  
med en månedlig  
og enkel metode

**NuvaRing®**

(etonogestrel/etinylostradiol vaginalring)<sup>1</sup>

- 99% effektiv slik som kombinasjons p-piller, men man slipper å ta en pille hver dag<sup>2</sup>
- Bedre blødningskontroll enn p-piller (vs 30 µg EE/DRSP), og enkelt å forskyve menssen<sup>1,3</sup>
- 96% av de som brukte Nuvaring var fornøyde!<sup>4</sup>

#### Utvalgt sikkerhetsinformasjon Nuvaring®

(For fullstendig sikkerhetsinformasjon henvises til preparatomtalen)

**Kontraindikasjoner:** Som for hormonelle prevensjonsmetoder som inneholder etinylostradiol eller østradiol. For fullstendig oversikt over kontraindikasjoner se preparatomtalen.

**Forsiktighetsregler:** Effekten av hormonelle prevensjonsmidler kan reduseres ved samtidig bruk av medikamenter som interfererer med cytokrom P450 enzym systemet i lever. Beskytter ikke mot HIV, AIDS eller andre seksuelt overførte sykdommer.

**Bivirkninger:** Magesmerter, kvalme, vektøkning, akne, nedsatt sexlyst.

**Felles for all hormonell prevensjon:** Før forskrivning bør det foretas en fullstendig medisinsk anamnese og måling av blodtrykk.

**Før forskrivning av Nuvaring® se preparatomtalen**

#### Tryggere bruk av p-piller

Alle p-piller av kombinasjonstypen gir en liten økning i risiko for blodpropp, og noen kvinner bør velge annen prevensjon. Grundig vurdering av alle som skal begynne med p-piller, informasjon om bivirkninger og risikofaktorer, samt rask oppfølging ved mistanke om blodpropp er viktig.

Ref: Statens legemiddelverk

**Referanser:** 1. SPC (Summary of Product Characteristics) Organon, Nederland, 17. juni 2013. 2. Ahrendt H-J, Nisand I, Bastianelli C, et al. Efficacy, acceptability and tolerability of the combined contraceptive ring, NuvaRing, compared with an oral contraceptive containing 30µg of ethinyl estradiol and 3 mg of drospirenone. Contraception. 2006;74(6):451-457. 3. Milsom et al. Effects on cycle control and bodyweight of the combined oral contraception ring, NuvaRing, versus an oral contraception containing 30microgram ethinyl estradiol and 3mg drospirenone. Human Reproduction. Vol 21. 2006. pp2304-2311 4. Dieben. Efficacy, Cycle Control, and User Acceptability of a Novel Combined Contraceptive Vaginal Ring OBSTETRICS & GYNECOLOGY 2002;100/3: 585-593.

Nye

**Uracyst®**

– 2% løsning kondroitinsulfat 400mg



## Uracyst® reparerer det ødelagte beskyttelseslaget i blæren

Smertefull Blære Syndrom/Interstitiell Cystitt (PBS/IC) er en kronisk inflammasjon i blæreveggen av ukjent årsak. Uracyst® er et sterilt kondroitinsulfat for effektiv behandling av PBS/IC via urinkateter.

Uracyst® har i tillegg dokumentert effekt ved:

- Strålingsindusert cystitt
- Kjemisk indusert cystitt
- Overaktiv blære som ikke svarer på konvensjonell terapi
- Pasienter som lider av kroniske urinveisinfeksjoner

**”47 % respondere etter 6 instillasjoner,  
60 % etter 10 instillasjoner”**

**”96 % av pasientene opplevde noen form  
av forbedring”**

Ref. study: J. Curtis Nickel et. al. 2008 BJU

Navamedic ASA  
Postboks 107, 1325 Lysaker  
Tel: +47 67 11 25 45  
E-post: [info@navamedic.com](mailto:info@navamedic.com)  
[www.navamedic.com](http://www.navamedic.com)

 **Navamedic**



SIMPLY CLEVER

ŠKODA



# SMART FOR DEG SOM IKKE VIL BETALE FOR MER ENN DU TRENGER



## Nyheten ŠKODA Rapid Spaceback – fra kr. 213.800,-

Den nye Rapid Spaceback er et smart bilkjøp på flere måter. Suveren plass, fem stjerner i sikkerhetstesten Euro NCAP, en lang rekke gjennomtenkte praktiske detaljer, lavt drivstofforbruk, fem års garanti og ŠKODAs velkjente driftsikkerhet gjør Rapid Spaceback til en glede både å kjøre og eie. Handsfree/bluetooth og multifunksjonsratt i skinn er en del av standardutstyret, som er så omfattende at listen over ekstrautstyr er uvanlig kort. Rapid Spaceback er rett og slett veldig mye bil for pengene.

[www.spaceback.no](http://www.spaceback.no)

For fullstendig liste over standard- og ekstrautstyr og prøvekjøring se [skoda.no](http://skoda.no). Avbildet modell kan ha ekstrautstyr. Drivstofforbruk og CO<sub>2</sub>-utslipp fra 3,9-5,5 liter/100 km, 104-127 gr/km. Pris fra 213.800,- inkl. frakt og levering Oslo. Årsavgift og frakt utenfor Oslo kommer i tillegg.



*Nærmere en vanlig  
truse kommer du ikke*



## TENA Lady Protective Underwear:

- Designet med utgangspunkt i kvinnens anatomi
- Superabsorberende kjerne – holder deg tørr og sikker hele dagen.
- Ser ut som, og føles som, vanlig undertøy - overlegen funksjonalitet i en diskret engangstruse.

Med TENA Lady Protective Underwear, kan du føle deg trygg, spontan og fortsette å leve livet akkurat som du vil - uten å måtte bekymre deg for uventede lekkasjer.

Du får kjøpt de hos ditt nærmeste apotek eller bandagist

Bestill gratis prøve på  
[www.tena.no](http://www.tena.no)



Skann koden med din smarttelefon eller gå inn på [www.tena.no/kvinne](http://www.tena.no/kvinne) for å lese mer om urinlekkasjer og produktene våre. Produktene er godkjent på blå resept - kontakt din lege for hjelp og rådgivning.





## Tema: AMK

- 28 Må svare på ti sekunder  
30 «Ungen min puster ikke!  
Kom og hjelp!»  
34 Vil ha færre AMK-sentraler  
36 Hvem skal høre lydloggene?



28

# Innhold

4 2014

**Sykepleien**

«Ikke gøy å ende opp i gapestokken i beste sendetid.» Barth Tholens i Aksjonisten side 10

## Hva skjer

- 10 Aksjonisten  
12 Hva skjer – småstoff  
15 Vi bar spør Claudia Scott  
16 Norge verdsetter sykepleiere lavt  
18 NSF tapte i Arbeidsretten  
20 Ingen løfter om penger til skolehelsetjenesten  
23 50 øre mer i timen?  
24 Danmark: Flere muligheter for å falle gjennom  
25 – Ett minutt er ikke nok  
26 SUS: Unødvendig med mastergrad

## Der ute

- 38 Smånytt fra utlandet  
40 Sammen for livet i Skien  
47 Vant kampen om utdanning  
48 – Helt uten bivirkninger  
52 – Homofili er en privatsak i Uganda  
56 Øyeblikket: India  
58 Min jobb: Siri-Merete Skjørestad

## Fag og bøker

- 60 Bedre informasjon etter hjerneskade  
64 Smittevern i hjemmetjenesten  
68 Ammer seg til bedre hjerte-helse?  
70 Samarbeider om bedre praksis  
74 Fagnyttig  
76 Hanne Sigbjørnsen tegner sykepleie  
80 Bokanmeldelser  
82 Gründercamp ga mersmak  
84 Etik: Berit Daae Hustad  
86 Quiz og kryssord

## Mennesker og meninger

- 88 Eli Gunhild By om Spekters seier  
89 Lesermeninger  
91 Minneord  
92 Kronikk: Bjørn Hofmann  
94 Tett på Øyvind Jørgensen  
98 Innspill: Karen Brasetvik  
  
99 Stillingsannonser  
107 Kunngjøringer


 Si din mening på [sykepleien.no](http://sykepleien.no) og Tidsskriftet Sykepleien på Facebook

### Sykepleien

 Organ for Norsk Sykepleierforbund  
PB 456 Sentrum, 0104 Oslo  
Tlf.: 02409

 E-post: [redaksjonen@sykepleien.no](mailto:redaksjonen@sykepleien.no)

 Ansvarlig redaktør Barth Tholens  
tlf. 22 04 33 50 / 40 85 21 79  
[barth.tholens@sykepleien.no](mailto:barth.tholens@sykepleien.no)

Journalister: Bjørn Arild Østby, Ann-Kristin Bloch Helmers, Kari Anne Dolonen, Marit Fonn, Nina Hernæs, Eivor Hofstad.

 Fagartikler: Torhild Apall Dybvik.  
Sykepleien Forskning: Anners Lerdal.

Desk: Ellen Morland, Johan Alvik, Susanne Dietrichson.

Grafisk: Hilde Rebård Evensen, Sissel H. Vetter, Nina E. H. Hauge, Monica Hilsen.

 Marked: Ingunn Roald, markedssjef (91 60 38 12).  
Lise Dyrkoren, Maud P. Kaino, Silje Marie Torper.

 Tlf. og e-postadresser på [www.sykepleien.no](http://www.sykepleien.no).  
no/kontakt. Her finner du også Sykepleiens formålsparagraf.

ISSN 0806 – 7511

 Repro og trykk:  
Color Print A/S


52 Ser an homoloven.

40 Aktiv omsorg forandrer folks øyne.

«Helselyrikk kommuniserer verdier og fremmer helse.»

48



AKSJONISTEN

Barth Tholens

Stillings: Ansvarlig redaktør i Sykepleien

E-post: barth.tholens@sykepleien.no

# For åpen mikrofon

Det finnes mange gode argumenter for å behandle AMKs lydlogger med stor forsiktighet – men også noen dårlige.

**12.** januar 2010 la TV2 ut en dramatisk nyhet på sine nettsider: «Hør lydloggerne: Moren døde mens AMK og familien kranglet.». I artikkelen dokumenterer TV2 at familien ringte AMK hele ni ganger med bønn om å sende ambulanse «mens en 63 år gammel tyrkisk kvinne lå døende i leiligheten på Tøyen». Med imponerende presisjon forteller TVs journalister at den første samtalen fant sted kl. 11.31.57 mens ambulansen kom frem til adressen kl. 11.56.48 – to minutter etter at kvinnen døde.

TV2 hadde tilgang til «de hemmelige lydloggerne fra ambulansesentralen» som dokumenterte i detalj hva som hadde skjedd. Hele Norge kunne således lytte til opptakene fra samtaler mellom nødetaten og de pårørende, fra minutt til minutt. Et drama uten like.

som ikke skal komme på avveier, og slett ikke som underholdning for Gud og hvermann. I en reportasje om AMK-sentralene i denne utgaven kommer det fram at også Nasjonalt kompetansesenter for helsetjenestens kommunikasjonsberedskap (Ko-Kom) fraråder at lydlogger skal kunne utleveres fordi «det er den eneste måten man kan unngå feilaktig lekkasje av pasient/operatør-data til det offentlige rom».

Det er ikke vanskelig å forstå de ansattes redsel for å bli gjenstand for offentlig uthenging.

Årlig gjennomfører de tusenvis av samtaler med folk i mer eller mindre krisepregete situasjoner. Personalet på sentralene har profesjonell trening i raskt å kunne avdekke behov og sette i gang adekvate tiltak. Men å oppnå god kommunikasjon med innringere er og forblir en vanskelig øvelse.

Flere av de ansatte som Sykepleien snakket med, mener likevel at pressen har litt for lett for å skyve sin samfunnsrolle foran seg når de ber om å få utlevert lydlogger. Mediene vet selvfølgelig at slike logger er som en magnet på nettrafikken, og da særlig når vi som nettbrukere kan følge med på dramatikken fra sekund til sekund. Da kan det være fristende å hevde at man offentliggjør loggene i samfunnets interesse, mens det egentlig er seertall og klikkratene man forsøker å stimulere.

Det er derfor lett å forstå at AMK-ansatte kan bli frustrert over dette. Når du jobber seriøst med å gi folk i krisesituasjoner best mulig hjelp, er det ikke gøy å ende opp i gapestokken i beste sendetid.

Problemet med å motsette seg at lydlogger skal frigis, ligger likevel i at lukkethet ikke er noe godt svar på mulige etiske overtramp hos mediene. Enhver informasjon kan misbrukes, men det er i seg selv ikke noe avgjørende argument for å stenge allmennheten ute. AMK-ansatte må erkjenne at journalister bør ha tilgang til førstehåndskilder hvis de skal kunne være i stand til å vurdere om nødetatene faktisk fungerer som de skal. Som oftest vil pressens folk oppdage at de ansatte opptrer eksemplarisk. Men om lydloggerne viser noe annet, er det verdt å bli avslørt.

I stedet for å ty til taushet, er det nok en mer farbar vei å gå i dialog med pressen, som et forebyggende tiltak. Helsepersonell og journalister har tross alt også mye til felles. I de sykepleierdrevne AMK-ene gjelder yrkesgruppens etiske retningslinje nr. 1: «Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet».

Derfra er det faktisk ikke så langt til journalistikkens etiske grunnlag, formulert i Vær varsom-plakaten: «Vis særlig hensyn overfor personer som ikke kan ventes å være klar over virkningen av sine uttalelser. Misbruk ikke andres følelser, uvitenhet eller sviktende dømmekraft. Husk at mennesker i sjokk eller sorg er mer sårbare enn andre.» III

«Lukkethet ikke er noe godt svar på mulige etiske overtramp hos mediene.»

Familien til den tyrkiske kvinnen var naturlig nok opprørt, og for de ansatte på AMK-sentralen var offentliggjøringen av lydloggerne en voldsom påkjenning. De mente at mediene klippet og limet vilt i opptakene og at ansatte regelrett ble hengt ut.

Denne og liknende episoder hvor pressen har fått utlevert lydopptak og offentliggjort disse med henvisning til sin uavhengige samfunnsrolle, har gjort at mange av de ansatte på AMK-sentraler er skeptiske. De hadde helst sett at lydloggerne blir klassifisert som taushetsbelagt pasientinformasjon

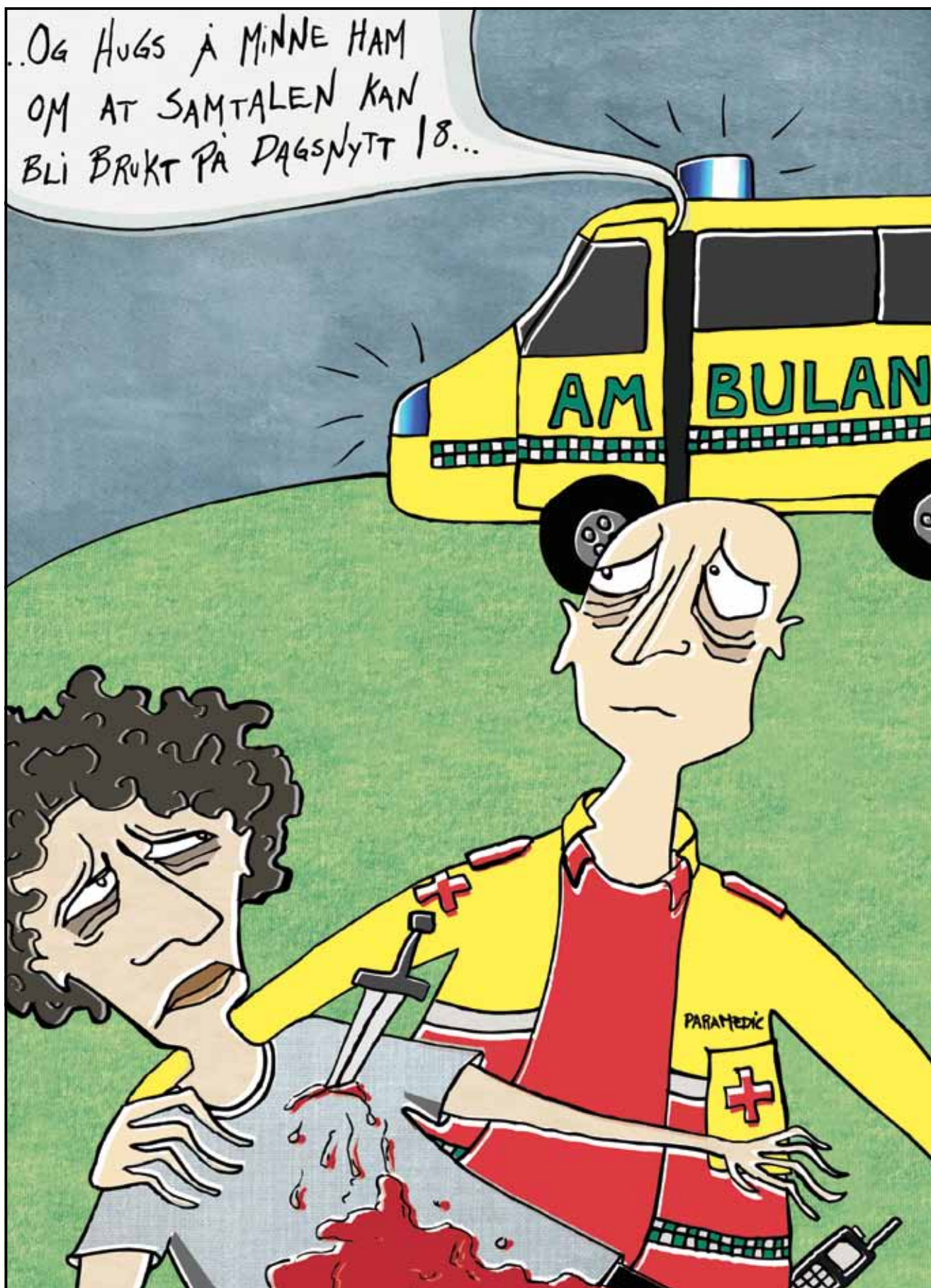
Folk som ringer 113 makter ikke alltid å holde hodet kaldt. De kan være stresset og forvirret, de kan ha panikk eller mangle språkferdigheter og/eller ha et forvrengt syn på hva AMK egentlig kan hjelpe til med. I dette myldret skal de ansatte ta avgjørelser som kan utgjøre forskjell mellom liv og død.

Vegringen mot å frigi lydlogger som i detalj gjengir samtaler mellom sentralen og innringere, bunnner også i hensynet til innringerne. Norge er et lite land, ofte er det ikke vanskelig å skjønne hvem som snakker på opptakene. Ved å legge sammen to og to sammen kan følsom pasientinformasjon raskt havne på kjøkkenbordet i mange lokalsamfunn. Noen mener derfor at lydlogger i det minste bør gjøres om til mer nøytrale utskrift for de som utleveres.

I klagesaker kan pasienter og pårørende få tilgang til lydlogger fra AMK. Annerledes er det med pressens innsynsrett. Her vurderes hvert forespørsel individuelt, og reglene for innsyn er noe uklare. Pressens oppgave er blant annet å se til at offentlige instanser gjør sin jobb og/eller ikke bryter reglene. I prinsipielt viktige saker får pressen derfor som regel medhold når de ønsker innsyn.

## Sagt & ment

Å mane til moderasjon vil bli stadig mer krevende når hjelpepleiere, renholdere, lærere og sykepleiere ser at det blir mer og mer penger i den parallelle virkelighet, uten at de føler de har fått sin rettfærdige del av verdiskapingen, skriver Gunnar Okastad i en kommentar på adressa.no



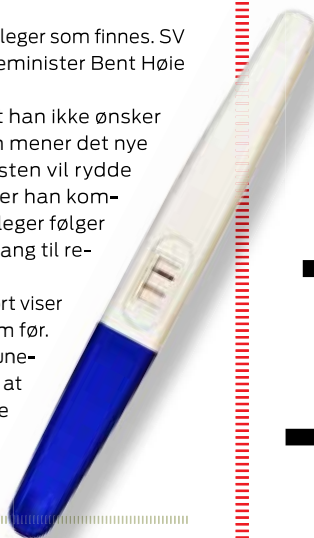
## Vil kartlegge reservasjonslegene

Ingen vet hvor mange reservasjonsleger som finnes. SV og Arbeiderpartiet krever at helseminister Bent Høie kartlegger legene.

Bent Høie sier til Dagbladet at han ikke ønsker å sette i gang en kartlegging. Han mener det nye lovforslaget som kommer til høsten vil rydde opp i praksisen. I mellomtiden ber han kommunelegene sørge for at alle fastleger følger gjeldende regler, som ikke gir adgang til reservasjon.

En kartlegging Dagbladet har gjort viser at reservasjonsleger fortsetter som før. Samme kartlegging viser at kommunelegene ikke vet hva som foregår og at fylkeslegene ikke aner hvor mange reservasjonsleger som finnes.

Dagbladet



# Hva skjer

## Syntetisk bingo

Syntetisk narkotika har kommet til Norge. For å møte helsetrusselen deltar Oslo universitetssykehus i et nytt europeisk nettverk for varsling og kunnskapsdeling. Stoffene finnes i hundrevis av varianter og nye kommer til hvert år. For helsevesenet er det umulig å holde oversikt ifølge Knut Erik Hovda, overlege og gifteskert ved Oslo universitetssykehus.

Syntetisk bingo med hodet, kaller han det å bruke stoffene.

– Stoffene er svært uforutsigbare. Samme stoff kan gi helt forskjellige utslag fra gang til gang, og innholdet i det pasientene får i seg er ofte ukjent, sier Hovda.

OUS

Se også tema «Syntetisk trøbbel» i Sykepleien nr 3, 2014.

## OUS vil forske på egen fusjon

Oslo universitetssykehus (OUS) sin direktør, Bjørn Erikstein, sier han vil se på hva som skjedde under sykehusfusjonen. Evalueringen er lagt opp som et forskningsprosjekt der OUS er prosjekteier. Samarbeidspartnere blir blant annet Universitetet i Oslo og Høgskolen i Lillehammer. En referansegruppe vil også bli opprettet. Den vil bestå av representanter fra blant annet Aarhus Universitetssykehus og Syddanske Universitet samt Universitetet i København og Karolinska Institutet.

OUS

### Les mer om:

- 16 Lønner for lavt ›
- 20 Ikke mer til skolehelse ›
- 23 50 øre, bare? ›
- 26 – Unødvendig mastergrad ›

Tekst **Kari Anne Dolonen**  
kari.anne.dolonen@sykepleien.no  
Foto **Colourbox**

**sykepleien.no**

Les om VRE-bakterien.



**ADVARER:** Ansatte, brukerorganisasjonene, kommuner og politiske partier advarer mot å legge ned sengeplasser ved DPS i Seljord.

## Psykatrikutt møter motstand

Høringsuttalelser viser stor motstand mot å legge ned døgnsenge ved Distriktpsikiatriske Senter i Seljord. Ifølge Telemark Arbeiderblad er det heller ikke noen tro på at salg av bygningsmassen skal generere 25 millioner kroner.

Advarsler om å legge ned tilbudet kommer fra ansatte, brukerorganisasjonene, kommuner og politiske partier.

Planen er å flytte plassene til til Notodden.

ta.no

## Sykehus-Norge fikser ikke arbeidstid

I fjor ble mer enn 450.000 brudd eller varsler om brudd på arbeidsmiljøloven registrert hos 15 av landets største helseforetak.

– Når det er så mange lovbrudd, betyr det at arbeidsmiljøloven i praksis er umulig å etterleve. Det viser at det er behov for å myke den opp, sier statssekretær Kristian Dahlberg Hauge (Frp) i Arbeids- og sosialdepartementet til Dagsavisen.

Også direktør Anne Turid Wikdahl i arbeidsgiverforeningen Spekter mener arbeidsmiljøloven er moden for ending.

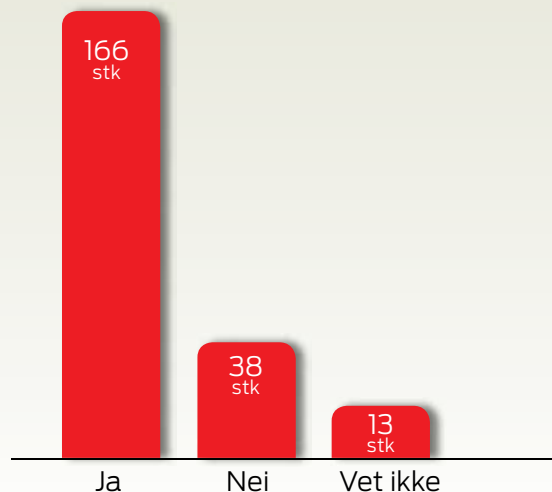
Eli Gunhild By i Norsk sykepleieforbund avviser at det er behov for å endre arbeidsmiljøloven.

– Det går vi overhodet ikke med på. Arbeidsmiljøloven er mer enn nok fleksibel fra før av. Før man gjør noe som helst må man se på om bemanningen i utgangspunktet er god nok på de ulike sykehusene, sier hun.

Dagsavisen

Spekter vant over NSF i Arbeidsretten.

## Frykter du at du nå må jobbe oftere enn hver tredje helg?



Fra en spørring på sykepleien.no



## Trygge fosterbarn

Små fosterbarn er like ofte trygge i forholdet til fosterforeldrene som andre barn.

– Dette er oppløftende funn for fosterbarna, sier Heidi Jacobsen ved Regionsenter for barn og unges psykiske helse Øst og Sør til forskning.no.

Hun har tatt doktorgraden i psykologi ved Universitetet i Oslo om hvor godt barn på to og tre år knytter seg til omsorgspersoner i fosterhjem. Fosterbarn blir ofte omtalt som en gruppe med flere problemer enn andre barn. Men Jacobsens funn viser at de små barna er helt gjennomsnittlige når det gjelder tilknytning. De kan få det bra i fosterhjemmet.

forskning.no



## Urealistisk med én AMK



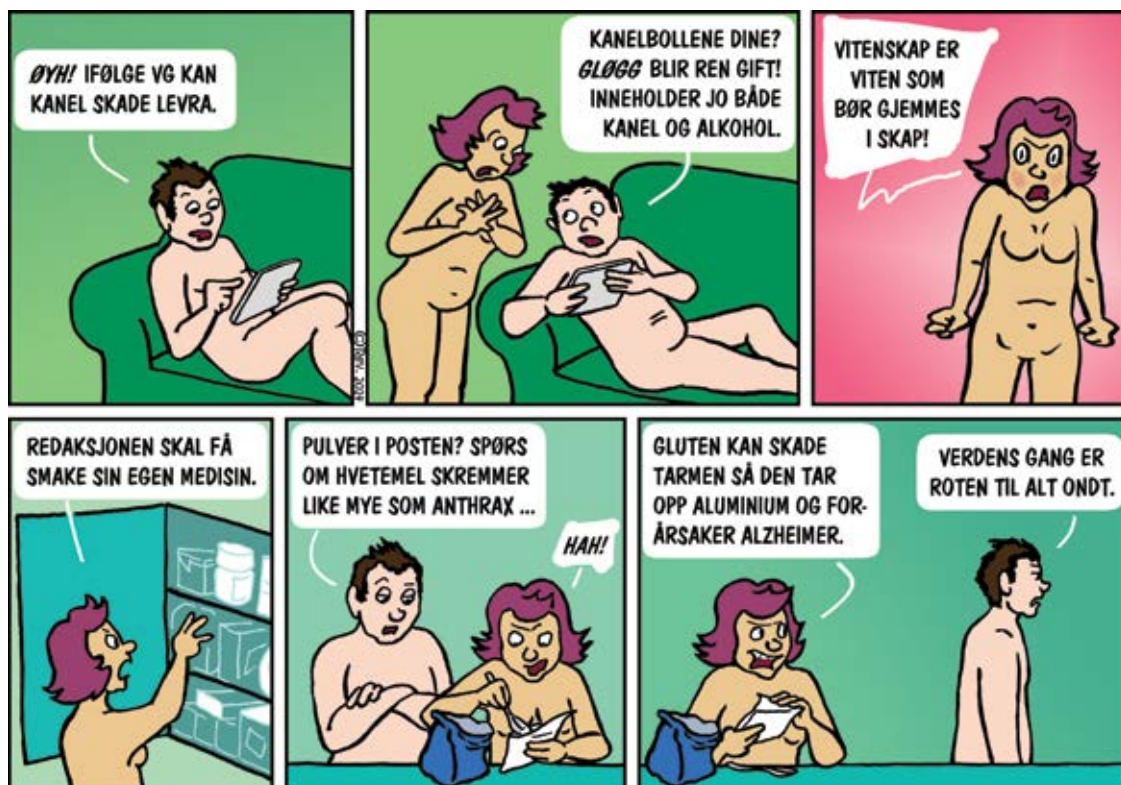
Forslag om å slå sammen Nord-Norges fem AMK-sentraler til én, er urealistisk, ifølge arbeidsgruppen som har vurdert forslaget. På sikt kan det være aktuelt med to sentraler, men hovedkonklusjonen er at landsdelen skal ha fire AMK-sentraler – én mindre enn i dag. Helse Nord har mottatt 27 svar i høringsrunden

i denne saken. UNN støtter forslaget om fire AMK-sentraler. Det samme gjør Nordlandssykehuset. Også Bodø kommune støtter anbefalingen.

I april skal styret i Helse Nord bestemme hvor mange AMK-sentraler det skal være i Nord-Norge.

Rana Blad

## TERAPI av Bodil Røvhaug



## Meninger fra www.sykepleien.no



### Rettsaken ingen ønsket

” Dette er en viktig sak som sykepleien.no har refrert ned til er dag-til-dag-perspektiv, men hvor skriver NSF om utfallet av rettsaken? Vi kan lese i Dagens Medisin at Spekter fikk medhold i arbeidsretten i at «sykepleierne har gjennomført aksjoner i strid med fredspilkten», og at prinsippet om tredjehver helg ikke er tariffestet. Hvordan vurderer NSF utfallet i arbeidsretten og hva ønsker forbundet å foreta seg i tiden fremover?

– Sykepleier (Bendik)

Den første kombinasjonen av  
antihistamin og kortikosteroid ved  
moderat til alvorlig allergisk rhinitt<sup>1</sup>

# Dymista®

flutikasonpropionat/azelastinhydroklorid



Symptomlindring  
i både nese og øyne<sup>2</sup>

Effekt innen  
30 minutter<sup>3</sup>



## C Dymista «Meda»

Lokalt antihistamin + kortikosteroid

ATC-nr.: R01A D58

**NESESPRAY:** 1 dose inneholdt: Azelastinhydroklorid tilsv. azelastin 125 µg, flutikasonpropionat 50 µg, dinatriumedetat, glyserol, mikrokrySTALLINSK cellulose, karmellosenatrium, polysorbat 80, benzalkoniumklorid, fenyletylalkohol, renset vann. **Indikasjoner:** Symptomlindring ved moderat til alvorlig sesongrelatert og helårlig allergisk rhinitt, hvis monoterapi med enten intranasalt antihistamin eller glukokortikoid ikke er tilstrekkelig. **Dosering: Voksne og ungdom ≥12 år:** Regelmessig bruk er viktig for full terapeutisk effekt. Kontakt med øynene må unngås. En spray i hvert nesebor 2 ganger daglig (morgen og kveld). Behandlingsvarighet bør være i overensstemmelse med allergeneksponeringsperioden. **Spesielle pasientgrupper: Nedsett lever- og nyrefunksjon:** Data foreligger ikke. **Barn <12 år:** Anbefales ikke da sikkerhet og effekt ikke er fastslått. **Eldre:** Dosejustering er unødvendig. **Administrering:** Til nasal bruk. Flasken bør ristes forsiktig før bruk i ca. 5 sekunder ved å vende den opp og ned. Før første gangs bruk må sprøyten klargjøres ved å trykke pumpen ned og slippe 6 ganger. Er det >7 dager siden bruk, må den klargjøres på nytt. Etter at nesen er pusset skal oppløsningen sprøytes inn i hvert nesebor mens hodet bøyes fremover. Sprøytepipetten tørkes av og beskyttelseshetten settes på plass etter bruk. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for noen av innholdsstoffene. **Forsiktighetsregler:** Systemiske effekter av nasale kortikosteroider kan forekomme, særlig ved bruk i høye doser over lang tid. Mulige systemiske effekter kan omfatte Cushings syndrom, Cushinglignende trekk, adrenal suppresjon, veksthemming hos barn og unge, katarakt, glaukom, og mer sjeldent, en rekke psykiske eller atferdsmessige effekter, som omfatter psykomotorisk hyperaktivitet, søvnforstyrrelser, angst, depresjon og aggresjon (særlig hos barn). Ved alvorlig leversykdom er det sannsynlig at systemisk eksponering for flutikasonpropionat er økt. Dette kan medføre høyere forekomst av systemiske bivirkninger og forsiktighet bør utvises. Behandling med høyere doser enn anbefalt kan medføre klinisk signifikant adrenal suppresjon. Ved bruk av doser som er høyere enn anbefalt, bør det vurderes å bruke ytterligere systemiske kortikosteroider i perioder med stress eller elektiv kirurgi. Det er rapportert veksthemming hos barn som får intranasale kortikosteroider i godkjente doser. Det anbefales at veksten hos ungdom overvåkes regelmessig. Ved hemmet vekst, skal dosereduksjon vurderes. Nøye overvåkning er påkrevet hos pasienter med synsforandringer eller med tidligere økt okulært trykk, glaukom og/eller katarakt. Hvis det foreligger grunn til å tro at binyrefunksjonen er nedsatt, skal det utvises forsiktighet ved overføring av pasienter fra systemisk steroidbehandling til Dymista. Hos pasienter med tuberkulose, enhver type ubehandlet infeksjon eller som nylig har gjennomgått kirurgisk inngrep, eller fått skade på nese eller munn, skal mulige fordeler ved behandling veies opp mot mulig risiko. Inneholder benzalkoniumklorid som kan forårsake irritasjon av neseslimhinnen og bronkospasmer. **Interaksjoner: Flutikasonpropionat:** Det er rapportert klinisk signifikante interaksjoner ved samtidig bruk av ritonavir, med systemiske kortikosteroidbivirkninger som Cushings syndrom og binyrebarksuppresjon. Samtidig bruk med ritonavir skal derfor unngås, med mindre potensiell nytte oppveier risiko. Under normale omstendigheter er det lave plasmakonsentrasjoner av flutikasonpropionat etter intranasal dosering pga. omfattende first pass-metabolisme og høy systemisk clearance via CYP 3A4 i tarm og lever. Klinisk signifikante interaksjoner er derfor lite sannsynlig. Det tilrådes forsiktighet ved samtidig administrering av en potent CYP 3A4-hemmer (f.eks. ketokonazol), pga. potensielt økt systemisk eksponering av flutikasonpropionat. **Azelastinhydroklorid:** Anbefalte nasale doser fører til svært lav systemisk eksponering. Det skal likevel utvises forsiktighet ved samtidig bruk av sedativa, alkohol eller legemidler med virkning på sentralnervesystemet, da sedativ effekt kan øke. **Graviditet, amming og fertilitet: Graviditet:** Det er ingen eller begrenset data om bruk av azelastinhydroklorid og flutikasonpropionat hos gravide. Bør bare brukes under graviditet hvis potensiell fordel oppveier potensiell risiko for fosteret. **Amming:** Det er ukjent om nasalt administrert azelastinhydroklorid/metabolitter eller flutikasonpropionat/metabolitter utskilles i morsmelk. Bør bare brukes ved amming hvis potensiell fordel oppveier potensiell risiko for den nyfødte/spedbarnet. **Fertilitet:** Begrenset data. **Bivirkninger: Svært vanlige (>1/10):** Neseblod. **Vanlige (≥1/100 til <1/10):** Hodepine, dysgeusi (ubehagelig smak) og ubehagelig lukt. **Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):** Ubegag i nesen (inkl. neselirritasjon, stikking, kløe), nysing, nesetørhet, hoste, tørr hals, halsirritasjon. **Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000):** Munn tørrhet. **Svært sjeldne (<1/10 000):** Hypersensitivitet, inkl. anafylaktiske reaksjoner, angioødem (hevelser i ansikt eller tunge og hudutslett), bronkospasme, svimmelhet, søvnighet, glaukom, økt intraokulært trykk, katarakt, nasal septumperforasjon, slimhinneerosjon, kvalme, utslett, kløe, elveblest, fatigue (tretthet, utmattelse), svakhet. Systemiske effekter kan forekomme, særlig ved bruk i høye doser over lang tid. Det er rapportert veksthemming hos barn som får nasale kortikosteroider. Det er mulig med veksthemming hos ungdom også. I sjeldne tilfeller er det observert osteoporose ved bruk av nasale kortikosteroider over lang tid. **Overdosering/Forgiftning:** Ved nasal administrering forventes det ikke overdoseringsreaksjoner. **Symptomer:** Administrering av høyere doser enn anbefalt over en lengre periode, kan føre til midlertidig binyrebarksuppresjon. Binyrebarkfunksjonen vil gjenopprettes i løpet av få dager, og kan kontrolleres ved å måle kortisol i plasma. Ved overdosering etter utilsiktet oralt inntak, kan det forventes forstyrrelser i sentralnervesystemet (inkl. sløvhet, forvirring, koma, takykardi og hypotensjon), forårsaket av azelastinhydroklorid. **Behandling:** Symptomatisk. Avhengig av svelget mengde, anbefales mageskylling. Intet kjent antidot. Se Giftnformasjonens anbefalinger for azelastin R01A C03 side d og flutikason: Glukokortikoider H02A B side d. **Egenskaper: Klassifisering:** H1-antagonist (azelastin) og kortikosteroid (flutikason). **Virkningsmekanisme:** Azelastinhydroklorid og flutikasonpropionat har forskjellige virkningsmekanismer og viser synergetiske effekter mhp. forbedring av allergisk rhinitt og symptomer på rhinokonjunktivitt. Flutikasonpropionat er et syntetisk trifluorinert kortikosteroid med svært høy affinitet til glukokortikoidreseptoren, og med potent antiinflammatorisk virkning. Azelastin har potent, langtidsvirkende antiallergisk effekt, og har mastcellestabiliserende og antiinflammatoriske egenskaper. Hemmer syntese eller frigjøring av kjemiske mediatorer kjent for å være involvert i tidlige og sene stadier av allergiske reaksjoner, f.eks. leukotriener, histamin, plateaktiverende faktor (PAF) og serotonin. Lindring av nasale allergiske symptomer i løpet av 15 minutter. **Absorpsjon:** Etter intranasal administrering av 2 doser i hvert nesebor, er gjennomsnittlig  $C_{max}$  194,5 ± 74,4 pg/ml for azelastin og 10,3 ± 3,9 pg/ml for flutikasonpropionat, og gjennomsnittlig AUC er 4217 ± 2618 pg/ml pr. time for azelastin og 97,7 ± 43,1 pg/ml pr. time for flutikason.  $T_{max}$  etter en enkelt dose er 0,5 time for azelastin og 1 time for flutikason. **Proteinbinding:** Flutikasonpropionat: 91%. Azelastin: 80-90%. **Fordeling:** Flutikasonpropionat: Distribusjonsvolum ca. 318 liter ved steady state. Azelastin: Start distribusjonsvolum. **Halveringstid:** Flutikasonpropionat: Eliminasjonshastigheten for i.v. administrert flutikasonpropionat er lineær i doseområdet 0,25-1 g, og karakteriseres ved høy plasmaclearance (Cl=1,1 liter/minutt). Maks. plasmakonsentrasjon reduseres med ca. 98% i løpet av 3-4 timer, og bare lave plasmakonsentrasjoner er forbundet med terminal halveringstid på 7,8 timer. Azelastin: Ca. 20-25 timer for azelastin og ca. 45 timer for den aktive metabolitten. **Metabolisme:** Flutikasonpropionat elimineres hurtig fra systemisk sirkulasjon, hovedsakelig via CYP 3A4. Azelastin metaboliseres hovedsakelig via CYP 3A4, 2D6 og 2C19. **Utskillelse:** Flutikasonpropionat: Hovedsakelig via gallen. Azelastin: Utskillelse skjer hovedsakelig via feces. **Pakninger og priser:** 120 doser (glassflaske) kr 248,20

Sist endret: 12.04.2013

## Referanser:

1. Dymista preparatomtale 2013. 2. Meltzer E et al. Int Arch Allergy Immunol 2013;161:369–377. 3. Meltzer et al. Allergy Asthma Proc. 2012;33(4):324–32.

**MEDA**

Meda AS | Askerveien 61, 1384 Asker. Postboks 194, N-1371 Asker | info@meda.no | www.meda.no | www.dymista.no

# Claudia Scott

**Aktuell som:** Sykepleier og musiker med ny utgivelse  
**Alder:** 56 år

### BAKGRUNN:

Claudia Scott er født i England, og vokste opp i Bergen. Som barn var hun vokalist i farens band. Hun ble sykepleier i 1982. Men så valgte hun musikken. Nå har hun gitt ut sitt sjette soloalbum. Og utøver fortsatt sykepleie.

# Ut og inn av sykepleien

### Du er musiker – og sykepleier?

– Det stemmer. Og så er jeg låtskriver.

### I 2000 sa du til Sykepleien at du ikke kom til å kle deg i hvitt mer. Hva skjedde?

– Sa jeg det? Jeg mente vel at det aldri ville bli fast jobb. Det er den beste utdanningen jeg kunne fått. Det er få yrker man kan hoppe inn og ut av.

### Hvordan jobber du som sykepleier?

– I de periodene jeg øver og skriver, jobber jeg også som sykepleier. Ikke når jeg turnerer. Det er hektisk når det står på, masse reising og organisering.

### Var du sykepleier da du bodde i USA også?

– Jeg jobbet for en epilepsiforsker i LA i California, men bare som frivillig. I USA må man ta eksamen for hver ny stat man jobber i, det ble litt for komplisert.

### Her i Norge da?

– I begynnelsen var jeg overalt på Ullevål sykehus: Ortopeden, mage tarm, hjerte, gyn ... Og på mange andre sykehus. Senere har jeg jobbet på Frognerhjemmet i Oslo.

### På tv sa du at sykepleieyrket jorder deg?

– Ja, det gir balanse. Jeg treffer mennesker som er gamle og syke, det er livet. Musikken er også livet, men mer høytsevendende, selv om det er et håndverk. Sykepleie er jordnært.

### Skifter du identitet når du skifter jobb?

– Jeg vil heller si at jeg bruker flere sider av meg selv – yin og yang. Jeg har en innadvendt og en utadvendt side. Jeg liker ikke mye blest, men har ikke problemer med å stå på scenen og hilse på nye pasienter.

### Du har fått gode kritikker. Hva betyr det?

– Det er alltid kjekt å bli bekreftet, men jeg prøver ikke å la meg affisere. Det vanskeligste er hvis folk ikke har forstått hva jeg vil. Det er mange menn i bransjen og mange mannlige anmeldere. Noen av dem tror jeg bare gjør vokalen.

### Men du gjør alt?

– Jeg er involvert i alt fra låtskriving til instrumentering, arrangement, produksjon og økonomi.

### Du ville ikke være syngedame, men ha en selvstendig karriere?

– Jeg liker å bygge opp en sang og spille sammen med andre. Men jeg er ikke kritisk til de som bare synger. Tenk på Frank Sinatra!

### «Follow the lines» heter albumet. Hva betyr det?

– Når jeg ser tilbake, ser jeg at jeg har fulgt noen linjer, men også gått litt utenom. Det er ofte da du lærer noe. Livet går litt i sikksakk, litt i sirkler. Men jeg føler vel at jeg har fulgt magen. Og hjertet.

### Og nå skal du på turné?

– Fra våren og utover skal jeg rundt omkring i Norge.

### Musikkterapi er aktuelt i demensomsorgen. Hva synes du?

– Det har jeg drevet mye med! Vi har samlet oss på vekten, spilt og sunget sanger de gamle kjenner fra en sangbok. Folk som ikke prater til vanlig, starter å synge. Min far hadde flere slag og mistet nesten taleevnen. Fordi han er sanger ville han lære å synge igjen. Nå prater han vanlig. Det gjelder å aktivisere.

### Dine medstudenter på sykepleien visste ikke at du var musiker?

– Nei, de ble overrasket. På 25-årsjubileet var én blitt kunstmaler og jeg var musiker. Jeg føler meg unyttig, sa jeg. De sa: «Guriland, kan du tenke deg en verden uten musikk?» Det hjalp meg.

### Er du opptatt av helse?

– Ja, forebyggende. Det er lett å pådra seg livsstilssykdommer. Du må vite hva du stapper i deg og hvordan du kan ha det bra med deg selv, mentalt og fysisk.

### Noe spesielt du gjør?

– Har jogget litt, yoga har jeg gjort siden 70-tallet. Men ikke noe ekstremt. Jeg går mye. Lever jevnt. Liker det som er sunt.

### Er du engasjert i helsepolitikken?

– Følger med. Vi er privilegert med et helsevesen der alle får hjelp. Det er ikke sånn at de som har penger kan betale og resten må seile sin egen sjø.

Verdige forhold for gamle er viktig.

### Blir det mer sykepleie?

– Absolutt. Kan ikke bare synge på julebordet. Jeg vil også jobbe på post, spesielt med de gamle.

### Du synger på Frognerhjemmets julebord?

– Ja, det har blitt en tradisjon. ■■■

Tekst **Marit Fonn**

marit.fonn@sykepleien.no

Foto **Stian Andersen**



# Norge verdsetter sykepleiere lavt

Blant 24 OECD-land kommer Norge på 16. plass når man sammenligner lønnsnivået for sykepleiere med gjennomsnittslønnen i landet. Tekst Bjørn Arild Østby

**D**et går fram av OECD-rapporten «*Health at a Glance 2013*», hvor organisasjonen har sammenlignet avlønningen av sykepleiere som arbeider ved sykehus, med gjennomsnittlig lønn for alle arbeidstakere i hvert enkelt land. Det gir ifølge rapporten en indikasjon på hvor attraktive sykepleierne er i forhold til andre yrker.

## Flest over gjennomsnittet

Rapporten viser at avlønningen av sykepleiere i de fleste land ligger over gjennomsnittlig lønn for alle arbeidstakere. Avlønningen i hvert en-

kelt land er omgjort til en felles valuta, amerikanske dollar.

I Luxembourg og Israel ligger inntekten til sykepleiere 40 prosent høyere enn gjennomsnittet. I USA er den 30 prosent høyere, mens i Hellas, Spania, Australia og Tyskland var den 20 prosent høyere enn den gjennomsnittlige lønnen i landet. I Norge ligger lønnen til sykepleiere på gjennomsnittslønnen.

Dårligst avlønning har sykepleierne i Slovakia og Ungarn, hvor lønnen ligger 20 prosent lavere enn gjennomsnittslønnen.

I utregningene er det tatt med gjennomsnittlig

brutto årsinntekt, inkludert trygdeavgift og inntektsskatt. Den omfatter også all ekstra betaling som bonuser, betaling for nattevakter og overtid.

## Attraktiviteten til yrket

Ifølge rapporten er nivået på godtgjørelsen av sykepleiere ikke bare en indikasjon på den relative økonomiske velferden til sykepleiere. Den er også en viktig faktor i forhold til trivsel, og et mål på attraktiviteten til yrket i det enkelte land, mener OECD. ■■■

[bjorn.arild.ostby@sykepleien.no](mailto:bjorn.arild.ostby@sykepleien.no)



Foto: Eapen Rasmussen - Sierra Leone

## GAVEN SOM REDDER LIV

En gave til Leger Uten Grenser kan være et godt og livsviktig alternativ i forbindelse med **bryllup**, **bursdag** eller **jubileum**.

Ring oss på tlf 08898 eller gå inn på [www.legerutengrenser.no](http://www.legerutengrenser.no)  
Kontonummer: 5005 06 36728.

Merk innbetalingen med navn på jubilarant/brudepar, samt navn på giver(e) av gaven.



**MEDECINS SANS FRONTIERES**  
**LEGER UTEN GRENSER**



KOMBINER JOBB OG STUDIER I HELSELEDELSE

## Skreddersy din lederkompetanse for helsesektoren

Oppstart  
høsten 2014:  
[bi.no/helseledelse](http://bi.no/helseledelse)

For å møte morgendagens utfordringer, må ledere i helsesektoren beherske endrede ledelsesformer. Handelshøyskolen BI har utviklet et eget utdanningstilbud, spesielt for deg som ønsker å bli, eller er leder i helsesektoren. Ta ett program, eller bygg din egen bachelorgrad med fordypning helseledelse.

- Praktisk helseledelse
- Personalledelse
- Økonomistyring
- Helselovgivning
- Etikk

TYNGDEN DU TRENGER

**BI**

# NSF tapte i Arbeidsretten

Aksjonene i fjor sommer ved Akershus universitetssykehus (Ahus) og Vestre Viken knyttet til arbeid oftere enn hver tredje helg var tariffstridig og ulovlige. Tekst **Kari Anne Dolonen og Bjørn Arild Østby**

**A**rbeidsgiverforeningen Spekter fikk medhold i Arbeidsretten i sin stevning av Norsk Sykepleierforbund (NSF) for brudd på fredsplikten ved flere av landets sykehus. Det var i september i fjor Spekter stevnet NSF og Unio for arbeidsretten, med støtte fra Ahus og Vestre Viken.

Videre har NSF ifølge Arbeidsretten opptrådt tariffstridig og ulovlig ved ikke å ha gjort nok for å avverge eller avslutte aksjonene.

Spekter fikk ikke medhold i sin påstand om at det fortsatt pågår tariffstridige og ulovlige aksjoner ved Ahus og Vestre Viken.

NSF er dømt til å betale Spekters saksomkostninger på til sammen rundt en halv million kroner.

## Striden ved Ahus

Sentralt i Spekters stevning av NSF stod administrerende direktør ved Ahus sin beslutning om at sykepleiere kan pålegges arbeid opptil tre ekstra helger, utover hver tredje helg.

Arbeidsretten er klar på at NSF, deres tillitsvalgte og medlemmers deltakelse i den generelle diskusjonen på Ahus om arbeidstidsspørsmål ikke er i strid med fredsplikten. Det er heller ikke ytringer på Facebook. Det

det var tilfellet ved Ahus. Det vises blant annet til hovedtillitsvalgt Kai Øyvind Brenden sitt innlegg på nettsiden til NSF, hvor medlemmene oppfordres til å kreve skriftlig begrunnelse for pålegg om overtidarbeid. Innlegget ble publisert dagen etter Ahus-sjefens vedtak.

«Brendens uttalelse kan bare forstås slik at medlemmene heretter skal avstå fra å påta seg frivillig overtid, og at det skal kreves formaliserte pålegg. Det vil si det skal skje en kollektiv endring av opptreden som vil virke byrdefull for arbeidsgiver» skriver Arbeidsretten.

Videre viser Arbeidsretten til referat fra NSF's medlems- og tillitsvalgsmøter hvor meldingen ikke bare er å unnlate å skrive seg opp på ekstravakter – men til de som har skrevet seg opp «er oppfordringen at du stryker deg fra alle ekstravakter utenom din grunnturnus».

Tiltakene og ytringene utgjør ifølge Arbeidsrettens flertall samlet et pressmiddel som strider mot fredsplikten. Målet er å sikre videreføring av praksis med at det ikke arbeides oftere enn hver tredje helg.

## Striden ved Vestre Viken

Ifølge Spekter har det ved Vestre Viken helse-

### Stevningene

- › Spekter, Ahus og Vestre Viken stevnet 11. september i fjor Norsk Sykepleierforbund (NSF) og deres tillitsvalgte for Arbeidsretten for tariffstridig og ulovlig «arbeidskamp». Spekter mente NSF brøt fredsplikten.
- › NSF gikk 14. oktober til motsøksmål. Forbundet mente sykepleierne ved Ahus og Vestre Viken har tariffestet rett til ikke å jobbe oftere enn hver tredje helg. Ahus har opptrådt tariffstridig og brutt fredsplikten ved blant annet å ville innføre arbeid inntil tre ekstra helger ifølge NSF.

til en rekke tillitsvalgte i Vestre Viken hvor det blir presisert at de tillitsvalgte «har blitt enige om ikke å godkjenne turnus med hull eller annenhver helg».

Konklusjonen til Arbeidsretten er at dette gjøres for å få gjennomslag for NSF's landsmøtevedtak fra 2011 om arbeid kun hver tredje helg.

### Konsekvenser?

Om dommen eventuelt kan få praktiske konsekvenser for landets sykepleiere vil Spekter se nærmere på.

– Dommen er omfattende og juridisk krevende, sier administrerende direktør Anne-Kari Bratten.

NSF's forbundsleder Eli Gunhild By mener landets sykepleiere ikke har noe å frykte i forhold til å måtte jobbe oftere enn hver tredje helg.

– Vi er kun dømt for brudd på fredsplikten. Arbeid oftere enn hver tredje helg er ikke en del av dommen, sier By. ■■■

[bjorn.arild.ostby@sykepleien.no](mailto:bjorn.arild.ostby@sykepleien.no)

## «Arbeid oftere enn hver tredje helg er ikke en del av dommen.»

*Eli Gunhild By, NSF-leder*

er kun uttrykk for misnøye blant ansatte. Det er heller ikke tariffstridig å tilkjenne overfor kolleger at man ønsker å slutte.

Et sentralt spørsmål for Arbeidsretten er om tiltakene samlet, er av en slik art og et slikt omfang at det utgjør et pressmiddel som strider mot fredsplikten. Og om det foreligger en felles opptreden for å tvinge fram en løsning.

Arbeidsrettens flertall (fem av sju) mener

foretak vært iverksatt kamptiltak ved å nekte å godkjenne turnus eller å meddele at turnus ikke vil bli godkjent. Videre at tillitsvalgte har gått ut med oppfordring om å avstå fra å påta seg frivillige vakter.

Arbeidsrettens flertall mener det har foregått en kollektiv nektelse av å godkjenne turnusplaner ved sykehusene i Vestre Viken som er egnet til å virke som et press på arbeidsgiver. Videre vises det til e-post sendt



Se også kommentar side 88



# Calcigran Forte 1000mg/800IE



Nycomed: a Takeda Company

## Kalsium + vitamin D

## Basis i all osteoporosebehandling<sup>1,2</sup>



### C Calcigran Forte «Takeda Nycomed»

Kalsiumpreparat med D-vitamin.

ATC-nr.: A12A-X

**TYGGETABLETTER 500 mg/400 IE:** Hver tyggetablett inneh.: Kalsiumkarbonat tilsv. kalsium 500 mg, kolekalsiferol (vitamin D<sub>3</sub>) 10 µg, tilsv. 400 IE, sorbitol, sakkarose, aspartam, isomalt, hjelpestoffer. Sukkerholdig. Sitronsmak.

**TYGGETABLETTER 1000 mg/800 IE:** Hver tyggetablett inneh.: Kalsiumkarbonat tilsv. kalsium 1000 mg, kolekalsiferol (vitamin D<sub>3</sub>) 20 µg, tilsv. 800 IE, sakkarose, xylitol, sukrulose, isomalt, hydrogenert soyaoilje, hjelpestoffer. Sukkerholdig. Sitronsmak.

**Indikasjoner:** Forebygging og behandling av vitamin D- og kalsiummangel hos eldre. Tilleggsbehandling ved osteoporose når det er risiko for vitamin D- og kalsiummangel.

**Dosering: Voksne og eldre: 500 mg/400 IE:** 1 tyggetablett 2 ganger daglig. **1000 mg/800 IE:** 1 tyggetablett 1 gang daglig. **Nedsatt nyrefunksjon:** Preparatet bør ikke brukes ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon. **Administrering:** Kan tygges eller suges.

**Kontraindikasjoner:** Alvorlig nedsatt nyrefunksjon, høyt kalsiuminnhold i blod eller urin, nyresten, D-hypervitaminose, overfølsomhet overfor soya og peanøtter (gjelder kun for tyggetabletter 1000 mg/800 IE), kalsium, vitamin D eller noen av hjelpestoffene.

**Forsiktighetsregler:** Ved langtidsbehandling bør kalsiumnivåene i serum følges og nyrefunksjon bør monitoreres med serumkreatininnmålinger. Monitorering er særlig viktig hos eldre pasienter som samtidig behandles med hjerteglykosider eller diuretika og hos pasienter med tendens til steindannelse. Ved hyperkalsemi eller tegn på nedsatt nyrefunksjon bør dosen reduseres eller behandlingen opphøre. Vitamin D skal brukes med forsiktighet til pasienter med nedsatt nyrefunksjon og kalsium- og fosfatnivåer bør kontrolleres. Risiko for kalsifisering av bløtvev må vurderes. Hos pasienter med kraftig nedsatt nyrefunksjon metaboliseres ikke vitamin D i form av kolekalsiferol normalt og andre former for vitamin D bør brukes. Preparatet skal brukes med forsiktighet hos pasienter med sarkoidose pga. risiko for økt metabolisme av vitamin D til den aktive formen. Disse pasientene må kontrolleres jevnlig med hensyn på kalsiuminnholdet i serum og urin. Preparatet skal ikke brukes hos immobiliserte pasienter med osteoporose pga. økt fare for hyperkalsemi. Ved forskrivning av andre legemidler som inneholder vitamin D, skal det tas hensyn til D-vitamin-dosen. Administrering av ytterligere doser kalsium eller vitamin D skal følges grundig opp av lege. I slike tilfeller er det nødvendig å kontrollere kalsiumnivået i serum og kalsiumutskillelsen i urin ofte. Samtidig inntak av tetrasykliner eller kinoloner anbefales vanligvis ikke, eller må gjøres med forsiktighet. Tyggetabletter 500 mg/400 IE inneholder aspartam (en fenylalaninrikke), som kan være skadelig for personer med fenylketonuri. Preparatet inneholder sorbitol (kun 500 mg/400 IE), isomalt og sakkarose. Bør ikke brukes ved sjeldne arvelige problemer med fruktoseintoleranse, glukose-galaktosemalabsorpsjon eller sukrase-isomaltase-mangel. Preparatet anbefales ikke til barn.

**Interaksjoner:** Tiaziddiuretika reduserer renal ekskresjon av kalsium. Pga. risiko for hyperkalsemi, bør serumnivået av kalsium kontrolleres regelmessig ved samtidig bruk. Kalsiumkarbonat kan påvirke absorpsjonen av samtidig administrerte tetrasykliner. Tetrasyklin skal derfor administreres minst 2 timer før eller 4-6 timer etter peroralt inntak av kalsium. Hyperkalsemi kan øke hjertets følsomhet for digitalis. Dersom bisfosfonater administreres samtidig, bør disse preparatene tas minst 1 time før inntak av Calcigran Forte pga. risiko for redusert absorpsjon. Effekten av levotyrosin kan reduseres ved samtidig inntak av kalsium pga. nedsatt absorpsjon av levotyrosin. Kalsium og levotyrosin skal tas med minst 2 timers mellomrom. Absorpsjon av kinolonantibiotika kan nedsattes dersom det tas samtidig med kalsium. Kinolonantibiotika bør tas 2 timer før eller 6 timer etter inntak av kalsium. Kalsiumsalter kan redusere absorpsjonen av jern, sink og strontiumrelat. Jern, sink og strontiumrelat skal derfor tas minst 2 timer før eller etter inntak av kalsium.

**Graviditet, amming og fertilitet:** Graviditet: Det daglige inntak av kalsium og vitamin D ved graviditet må ikke overstige 1500 mg kalsium og 600 IE vitamin D. Tyggetabletter 1000 mg/800 IE er derfor ikke egnet for bruk under graviditet. Tyggetabletter 500 mg/400 IE kan brukes under graviditet ved vitamin D- og kalsiummangel. **Amming:** Preparatet kan brukes ved amming. Kalsium og vitamin D går over. Dette må det tas hensyn til dersom det gis tillegg av vitamin D til barnet.

**Bivirkninger: Mindre vanlige (1/1000 til <1/100):** Stoffsifte/ernæring: Hyperkalsemi og hyperkalsuri. **Sjeldne (1/10 000 til <1/1000):** Gastrointestinale: Obstipasjon, oppblåsthet, kvalme, magesmerter og diaré. **Svært sjeldne (<1/10 000), ukjent:** Gastrointestinale: Dyspepsi. Hud: Kløe, utslett og urticaria. Stoffsifte/ernæring: Melk-alkali-syndrom.

**Overdosering/Forgiftning:** Overdosering kan føre til hypervitaminose og hyperkalsemi. Melk-alkali-syndrom kan forekomme ved inntak av store mengder kalsium og absorberbare baser. **Symptomer:** Hyperkalsemi: Anoreksi, tørste, kvalme, oppkast, forstoppelse, magesmerter, muskelsvekkelse, tretthet, mentale forstyrrelser, polydipsi, polyuri, smerter i benvev, nefrokalsinose, nyresten og i alvorlige tilfeller hjertearytmier. Ekstrem hyperkalsemi kan føre til koma og død. Vedvarende høye kalsiumnivåer kan føre til irreversibel nyreskade og kalsifisering av bløtvev. Melk-alkali-syndrom: Hyppig vannlatingsstrang, vedvarende hodepine, vedvarende appetittløshet, kvalme eller oppkast, uvanlig tretthet, hyperkalsemi, alkalose og nedsatt nyrefunksjon. **Behandling:** Behandlingen med kalsium og vitamin D må opphøre. Behandling med tiaziddiuretika og hjerteglykosider må også opphøre. Magenømming hos pasienter med nedsatt bevissthet, rehydrering og, avhengig av alvorlighetsgrad, isolert eller kombinert behandling med loopdiuretika, bisfosfonater, kalsitonin og kortikosteroider. Elektrolytter, nyrefunksjon og diurese skal overvåkes. I alvorlige tilfeller bør EKG og CVP (sentralt venetrykk) overvåkes. Se Giftinformasjonens anbefalinger for kalsiumkarbonat A12A A04 side d og vitamin D<sub>3</sub> A11C C side d.

**Egenskaper: Klassifisering:** Kalsium i kombinasjon med vitamin D. **Virkningsmekanisme:** Kontinuerlig kalsiumtilførsel er nødvendig for nydannelse av ben og vil antagelig undertrykke produksjon av parathyreoideahorm og derved redusere bennedbrytning. Vitamin D er viktig for absorpsjonen av kalsium fra tynntarmen. **Absorpsjon:** Ca. 30% av tilført kalsium. Vitamin D<sub>3</sub> absorberes raskt i tynntarmen. **Fordeling:** 98% av kalsiumet i kroppen er konsentrert i den harde strukturen i ben og tenner. 1% finnes i intra- og ekstracellulærvæskene. Ca. 50% av det totale kalsiuminnholdet i blodet er i fysiologisk aktiv ionisert form og ca. 10% er kompleksbundet til sitrat, fosfat eller andre anioner. De resterende 40% er proteinbundet, hovedsakelig til albumin. Kolekalsiferol og dets metabolitter sirkulerer i blodet, bundet til et spesifikt globulin. **Metabolisme:** Kolekalsiferol omdannes i leveren ved hydroksylering til den aktive formen 25-hydroksykolekalsiferol. Videre skjer omdanning i nyrene til 1,25-dihydroksykalsiferol. 1,25-dihydroksykalsiferol er metabolitten som er ansvarlig for å øke kalsiumabsorpsjonen. Vitamin D, som ikke metaboliseres, lagres i muskel- og fettvev. **Utskillelse:** Kalsium utskilles via feces, urin og svette. Renal ekskresjon avhenger av glomerulær filtrasjon og tubulær reabsorpsjon av kalsium. Vitamin D utskilles i feces og urin.

**Pakninger og priser pr 20.01.2014:** 500 mg/400 IE: 100 stk. (boks) kr 134,10. 1000 mg/800 IE: 60 stk. (boks) kr 208,30.

[www.calcigranforte.no](http://www.calcigranforte.no)

**Calcigran Forte®**

STERK KOMBINASJON FOR STERKE BEIN

R4403/101402

1) Faglige Retningslinjer for forebygging og behandling av osteoporose og osteoporotiske brudd, SHDR 2005  
2) Rizzoli R. et al. BONE 2008; 42(2):s246-49

# Ingen løfter fra HOD om penger til skolehelse

Statssekretær i Helsedepartementen, Lisbeth Normann, vil ikke love at denne regjeringen viderefører de 180 millionene som forrige regjeringen bevilget over statsbudsjettet for 2014. Tekst og foto Kari Anne Dolonen

**L**edelsen i Norske Sykepleierforbund (NSF) og leder av landsgruppen av helsesøstre, Astrid Grydeland Ersvik, har møtt statssekretær i Helse- og omsorgsdepartementet (HOD), Lisbeth Normann, for å snakke om helsestasjon- og skolehelsetjenesten.

– Vi fikk ingen løfter. Verken om øremerking eller fortsatt styrking av tjenesten, sier konstaterer Grydeland Ersvik.

I 2014 fikk kommunene 180 millioner kroner for å styrke tjenesten. En del kommuner har valgt å øke antall helsesøsterårsverk. De har dermed økt sine utgifter til skolehelsetjenesten.

– Dersom kommunene ikke får økte midler i 2015, betyr det at tjenesten vil utsettes for nye kutt?

– Det kan være en konsekvens, sier Grydeland Ersvik.

Hun er lei av å høre politikere si at de mener dette er en viktig tjeneste, men at de samtidig ikke vil sikre en langsiktig forpliktende styrking.

– Skolehelsetjenesten er mange steder kun en tjeneste på papiret. Det er ingen reell helse-tjeneste for barn og unge, sier hun.

## Opp til kommunene

Statssekretær, Lisbeth Normann sier at skolehelsetjenesten er et viktig lavterskeltilbud. Men hun lover ikke at regjeringen viderefører de 180 millionene over budsjettet for 2015.

– Det er en del av budsjettprosessen. Helse- og omsorgsdepartementet ser frem til fortsatt konstruktivt samarbeid med Sykepleierforbundet om det viktige arbeidet i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, sier hun.

Normann legger til at det er opp til den enkelte kommune å sørge for at helsestasjons- og skolehelsetjenesten er tilstrekkelig dimensjonert ut fra lokale behov.

## Hør barnas stemme

6. mars la Verneombudet frem rapporten «Helse på Barns premisser». Bent Høie fikk den i hånden på lanseringsseminaret ved Høgskolen i Oslo/Akershus.

– Dette har vært ett av hovedsatsningsområ-



**ØREMERKING:** – Vi stoler ikke på at kommunene bruker pengene de får til å styrke skolehelsetjenesten. Erfaringen vår viser at de må øremerkes, sier barneombud Anne Lindboe.

## Barn og unge sliter

Beregninger viser at rundt 70 000 barn og unge i alderen 3–18 år har så store problemer at de kvalifiserer til en psykisk lidelse. Omtrent halvparten av alle psykiske lidelser inntreffer før barn fyller 14 år. I tillegg viser beregninger at mellom 15–20 prosent av barn mellom 3 og 18 år har nedsatt funksjon på grunn av symptomer på psykiske lidelser som angst, depresjon og atferdsforstyrrelser.

Kilde: Rapporten «Helse på barns premisser»

dene våre i året som har gått, sier barneombud Anne Lindboe.

Barneombudet har arbeidet i over ett år for å finne ut hvordan helsetjenesten til barn og unge fungerer.

– Noen overraskelser?

– Vi har vel heller fått bekreftet våre hypoteser. Variasjonene i kvaliteten på skolehelsetjenesten i de forskjellige kommunene, var om mulig større enn vi fryktet, sier Anne Lindboe.

Rapporten består av fire hovedtemaer: Skolehelsetjenesten, barn på sykehus, barn som

har vært utsatt for vold og seksuelle overgrep, og barn med fluktbakgrunn.

## Virker tjenesten?

Barneombudet har lenge vært usikker på om skolehelsetjenesten er bemannet på en forsvarlig måte.

– Det er viktig for oss å få vite mer om en tjeneste som vi så ofte anbefaler barn og unge å ta kontakt med. Vi må kunne føle oss trygge på at denne tjenesten faktisk finnes der ute, og gir et godt tilbud, sier Lindboe.

– Når dere ser hvor forskjellig tilbudet er rundt omkring, vil dere slutte å anbefale unge som sliter å oppsøke helsesøster?

– Nei, det vil vi ikke. Vi har også fått bekreftet hvor viktig dette tilbudet er for barn og unge. Der skolehelsetjenesten fungerer godt, opplever elevene det som en viktig tjeneste hvor de blir lyttet til, sier Lindboe.

## Bekymret

– Forrige helseminister satte av 180 millioner kroner som skulle være første steg på veien mot

en styrking. Men vi stoler ikke på at kommunene bruker pengene de får til å styrke skolehelsetjenesten. Erfaringen vår viser at pengene må øremerkes, sier hun.

Lindboe viser blant annet til Sykepleiens kartlegging av hvor mange av de 180 millionene som gikk til nye helsesøsterårsverk. Sykepleien fikk inn tall fra 356 kommuner som til sammen hadde fått i overkant av 160 millioner kroner. Det har resultert i 135 nye helsesøsterårsverk.

Det bekymrer Barneombudet. Ikke minst etter at statssekretær Lisbeth Normann kommenterte at hun var fornøyd med dette resultatet.

## «Jeg er ikke fornøyd med at 160 millioner kroner resulterte i 130 årsverk.»

Anne Lindboe, barneombud

– Det blir veldig dyre årsverk. Jeg er ikke fornøyd med at 160 millioner kroner resulterte i 130 årsverk. Jeg tror ikke mitt departement hadde akseptert at jeg fikk like lite ut av mitt budsjett, sier Lindboe med en snert av ironi.

### Krever øremerking og minimumsnorm

Barneombudet krever derfor øremerking og en rettslig minimumsnorm som kommunene skal følge.

– En norm som er rettslig bindende gir også en klagerett som ikke finnes i dag. Hvis en kommune ikke følger normen, kan elever eller pårørende klage til Fylkesmannen som må behandle saken, og kan eventuelt opprette en tilsynssak, forklarer Lindboe.

Barneombudet mener at helsesøstrene må bli flinkere til å rapportere til de lokale politikerne om hvordan situasjonen er.

– Hvis kommunepolitikere ikke hører noe, forstår de ikke hvor viktig tjenesten er. Da vil de heller ikke prioritere skolehelsetjenesten selv om de får mer penger, sier hun. ■■■

Rapporten er tilgjengelig på [www.barneombudet.no](http://www.barneombudet.no)

[kari.anne.dolonen@sykepleien.no](mailto:kari.anne.dolonen@sykepleien.no)



Se også artikkel side 25.



Norges Vel bidrar til anerkjennelse av mange års innsats. Medaljen for lang og tro tjeneste tildeles verdsatte arbeidstakere med minst 30 år hos samme arbeidsgiver. Det er arbeidsgiver som søker om tildeling av Medaljen og står for overrekkelsen.



Har du en medarbeider som fortjener en slik heder? **Ta kontakt!**



**NORGESVEL**  
DET KONGELIGE SELSKAP FOR NORGES VEL

Tlf: 947 91 970   [norgesvel@norgesvel.no](mailto:norgesvel@norgesvel.no)   [www.medaljen.no](http://www.medaljen.no)

# Pompe

## Tidlig diagnose er viktig

### Lysosomal avleiringssykdom<sup>1</sup>

- Skyldes mangel på enzymet sur alfa glukosidase (GAA)<sup>1</sup>
- Gir primært proksimal muskelsvakhet og respirasjonssvikt<sup>1</sup>
- Kan behandles med Myozyme<sup>2</sup>
- Tidlig behandling kan bremse videre sykdomsprogresjon og organskade<sup>1</sup>

#### Myozyme «Genzyme»

##### Enzym

ATC-nr.: A16A B07

**PULVER TIL KONSENTRAT TIL INFUSJONSVÆSKE, oppløsning 50 mg:** Hvert hetteglass inneholder 50 mg, mannitol, natriumdihydrogenfosfatmonohydrat, dinatriumhydrogenfosfatheptahydrat, polysorbat 80. **Indikasjoner:** Langsiktig enzymerstatningsterapi (ERT) hos pasienter med en bekreftet diagnose på Pompes sykdom (syre-alfaglukosidasemangel). Indisert hos voksne og pediatriske pasienter i alle aldre. **Dosering:** Behandling overvåkes av lege med erfaring i behandling av pasienter med Pompes sykdom eller andre arvelige metabolske eller nevromuskulære sykdommer. Anbefalt dosering er 20 mg/kg kroppsvikt gitt 1 gang annenhver uke. Behandlingsrespons må rutinemessig evalueres basert på sykdommens kliniske manifestasjoner. **Spesielle pasientgrupper:** *Nedsatt lever/hjrefunksjon:* Ikke anbefalt pga. manglende data om sikkerhet og effekt. *Tilberedning:* Rekonstitueres med vann til injeksjonsvæsker og fortynnes deretter umiddelbart med natriumklorid 9 mg/ml infusjonsvæske. Fortynnet oppløsning skal administreres gjennom et 0,2 µm «in-line»-filter for å fjerne proteinpartikler. Les pakningsvedlegget grundig for rekonstitusjon, fortynning og administrering. **Administrering:** I.v. infusjon. Administreres trinnsvis. Innledende infusjonshastighet på 1 mg/kg/time anbefales. Kan økes gradvis med 2 mg/kg/time hvert 30. minutt dersom det ikke er tegn til infusjonsrelaterte reaksjoner (IRR) til maks. 7 mg/kg/time nås. **Kontraindikasjoner:** Livstruende overfølsomhet (anafylaktisk reaksjon) for noen av innholdsstoffene, når reintroduksjon var mislykket. **Forsiktighetsregler:** Alvorlige og livstruende anafylaktiske reaksjoner, inkl. sjokk, er sett ved sykdom i svært ung alder og ved sent oppstått sykdom. Umiddelbar seponering må da vurderes og relevant medisinsk behandling igangsettes. Relevante medisinske støttetiltak, inkl. utstyr for hjerte- og lungeredning, må være tilgjengelig ved administrering. Gjeldende medisinske standarder for akutt behandling av anafylaktiske reaksjoner må overholdes. Klinisk status må vurderes nøye før administrering og pasienter overvåkes nøye. Tilfeller av IRR, forsinkede reaksjoner og mulige immunologiske reaksjoner skal rapporteres til firmaet. Svært unge pasienter behandlet med en høyere dose (40 mg/kg) har tendens til flere symptomer ved utvikling av IRR. Pasienter som får sykdommen i svært ung alder, og som utvikler høye IgG-antistofftiter, har høyere risiko for hyppigere IRR. Ved akutt sykdom (f.eks. lungebetennelse, sepsis) på infusjonstidspunktet, er faren for IRR større. Pasienter som har opplevd IRR (spesielt anafylaktiske reaksjoner) må behandles med forsiktighet ved ny tilførsel. Milde og forbigående reaksjoner krever kanskje ikke medisinsk behandling eller seponering. Reduksjon av infusjonshastighet, midlertidig avbrutt infusjon, eller premedisinering med orale antihistaminer og/eller antipyretika og/eller kortikosteroider, har effektivt kontrollert de fleste reaksjoner. IRR kan oppstå under eller inntil 2 timer etter infusjon, og er mer sannsynlige ved høy infusjonshastighet. Ved fremskreden Pompes sykdom kan risiko for alvorlige komplikasjoner være høyere og krever nøye monitorering. De fleste pasientene utvikler IgG-antistoffer mot alglukosidase, vanligvis innen 3 måneder etter påbegynt behandling. Antistoff-titrene bør kontrolleres regelmessig. Pasienter som utvikler IgE-antistoffer ser ut til å ha høyere risiko for å få IRR ved ny administrering og skal derfor kontrolleres spesielt nøye. Vellykket reintroduksjon er sett ved administrering med en lavere infusjonshastighet og lavere innledende doser. Nefrotisk syndrom er observert, nyrebiopsi viste oppsamling av immunkomplekser. Regelmessige urinprøver anbefales hos pasienter med høye IgG-antistofftiter. Pasienten skal overvåkes mhp. tegn og symptomer på systemiske immunmedierte reaksjoner som omfatter hud og andre organer under behandling. Hvis immunmedierte reaksjoner oppstår bør seponering vurderes og passende medisinsk behandling innledes. Risiko og fordeler ved readministrering etter en immunmediert reaksjon bør vurderes. Hos noen pasienter har reintroduksjon vært vellykket og de har fortsatt å motta alglukosidase alfa under tett klinisk tilsyn. Pasienter med Pompes sykdom har risiko for å få luftveisinfeksjoner pga. den progressive effekten av sykdommen på de respiratoriske musklene. Utprøving av administrering av immunsuppressive legemidler hos et lite antall pasienter er blitt utført i et forsøk på å redusere eller hindre utvikling av antistoffer mot alglukosidase alfa. Fatale og livstruende luftveisinfeksjoner ble observert hos noen av disse pasientene. Behandling av pasienter med Pompes sykdom med immunsuppressive midler kan øke risikoen for å utvikle alvorlige luftveisinfeksjoner ytterligere, og årvåkenhet anbefales. Svimmelhet er rapportert på infusjonsdagen, og kan påvirke evnen til å kjøre bil og bruke maskiner. **Interaksjoner:** Interaksjonsstudier er ikke utført. Alglukosidase

alfa er et rekombinant humant protein, og er derfor en usannsynlig kandidat for cytokrom P-450-medierte legemiddelinteraksjoner. **Graviditet, amming og fertilitet:** *Graviditet:* Overgang i placenta er ukjent. Dyrestudier har vist reproduksjonstoksiske effekter. Må ikke brukes ved graviditet med mindre det er strengt nødvendig. *Amming:* Kan skilles ut i morsmelk. Amming frarådes under behandling. **Bivirkninger:** Bivirkningsfrekvenser er basert på behandling av et lavt antall pasienter. *Tidlig oppstått sykdom: Svært vanlige (≥1/10):* Gastrointestinale: Oppkast. Hjerte/kar: Takykardi, rodnning, Hud: Urticaria, utslett, Luftveier: Takypné, hoste. Undersøkelser: Nedsatt oksygenmetning. Øvrige: Pyreksi. *Vanlige (≥1/100 til <1/10):* Gastrointestinale: Brekninger, kvalme. Hjerte/kar: Cyanose, hypertensjon, pallor. Hud: Erytem, utslett (makuløst, papuløst, makulopapulært), pruritus. Neurologiske: Tremor. Psykiske: Agitasjon. Undersøkelser: Økt hjerterytme, økt blodtrykk, økt kroppstemperatur. Øvrige: Irritabilitet, frysninger. *Sent oppstått sykdom: Vanlige (≥1/100 til <1/10):* Gastrointestinale: Diaré, oppkast, kvalme. Hjerte/kar: Rodning. Hud: Urticaria, papuløst utslett, pruritus, hyperhidrose. Immunsystemet: Overfølsomhet. Luftveier: Fortetninger i hals. Muskel-skjelettsystemet: Muskelspasmer, muskelsammentrekninger, myalgi. Neurologiske: Svimmelhet, parestesier, hodepine. Undersøkelser: Økt blodtrykk. Øvrige: Pyreksi, ubehag i brystet, perifert ødem, lokale hevelser, fatigue, varmekfølelse. *I tillegg er følgende sett ved både tidlig og sent oppstått sykdom: Svært sjeldne (<1/10 000), ukjent:* Gastrointestinale: Magesmerter, brekninger. Hjerte/kar: Hjertestans, bradykardi, takykardi, cyanose, hypertensjon, hypotensjon, vasokonstriksjon, pallor. Hud: Periorbital ødem, livedo reticularis, økt tåredannelse, utslett, erytem, hyperhidrose. Luftveier: Pustestopp, åpne, pustevansker, bronkospasme, hiving etter pusten, farynksødem, dyspné, takypné, fortetninger i hals, stridor, hoste. Muskel-skjelettsystemet: Artralgi. Neurologiske: Tremor, hodepine. Nyre/urinveier: Nefrotisk syndrom, proteinuri. Psykiske: Agitasjon, rastløshet. Undersøkelser: Nedsatt oksygenmetning, økt hjerterytme. Øye: Konjunktivitt. Øvrige: Brystsmerter, ansiktsødem, varmekfølelse, pyreksi, frysninger, ubehag i brystet, irritabilitet, perifer kuldefølelse, reaksjon på infusjonsstedet inkl. smerter. <1% utviklet anafylaktisk sjokk og/eller hjertestans under infusjonen. Reaksjonene inntraff generelt kort tid etter infusjonsstart og symptomene var av respiratorisk, kardiovaskulær, ødematos og/eller kutan art. Tilbakevendende reaksjoner bestående av influensalignende sykdom eller en kombinasjon av hendelser som feber, frysninger, myalgi, artralgi, smerte eller uttømmelse som opptrer etter infusjon og som vanligvis varer i noen dager, er observert. Flertallet av pasientene tålte reeksponering for alglukosidase alfa, enten ved bruk av lavere doser og/eller med forbehandling med antiinflammatoriske midler og/eller kortikosteroider, og har fortsatt behandlingen under nøye klinisk oppfølging. Noen pasienter med moderat til alvorlig eller tilbakevendende IRR har testet positivt for alglukosidase alfa-spesifikke IgE-antistoff. Nefrotisk syndrom, alvorlige hudreaksjoner, mulig immunmedierte, er sett, inkl. ulcerose og nekrotiserende hudlesjoner. **Overdosering/Forgiftning:** Ingen erfaring. Doser opp til 40 mg/kg er gitt i kliniske studier. **Egenskaper:** *Klassifisering:* Alglukosidase alfa er en rekombinant form av human syre-alfaglukosidase. *Virkningsmekanisme:* Genoppretter lysosomal GAA-aktivitet og medfører stabilisering eller restaurasjon av hjerte- og skjelettmuskelfunksjon (inkl. respirasjonsmuskulatur). Farmakokinetikken for alglukosidase alfa er ikke tidsavhengig. *Absorpsjon:* Tidlig oppstått sykdom: C<sub>max</sub>: 178,2-263,7 µg/ml ved doser på hhv. 20 og 40 mg/kg. AUC for tilsvarende doser varierte i området 977,5-1872,5 µg × time/ml. Sent oppstått sykdom (ved 20 mg/kg annenhver uke, målt etter 52 uker): C<sub>max</sub>: 370±88 µg/ml. AUC 2700±1000 µg × time/ml. *Fordeling:* Tidlig oppstått sykdom: Distribusjonsvolum: 66,2 ml/kg. Sent oppstått sykdom: Distribusjonsvolum: 896±1154 ml/kg. *Halveringstid:* Tidlig oppstått sykdom: Plasmahalveringstid: 2-3 timer. Plasmaclearance: 21,4 ml/time/kg. Sent oppstått sykdom: Effektiv halveringstid: 2,5±0,4 timer. Clearance: 8,2±2,4 ml/time/kg. **Oppbevaring og holdbarhet:** Bør brukes umiddelbart etter fortynning. Kjemisk og fysisk bruksstabilitet er imidlertid vist for 24 timer ved 2-8°C når det oppbevares beskyttet mot lys.

**Basert på SPC godkjent av SLV: 18.12.2013**

**Pakninger og priser:** Pulver til konsentrat til infusjonsvæske, oppløsning:

1 stk. (hetteglass) varenr 043015, kr 4696,00

#### Referanser:

1. Ploeg AT, Reuser AJJ. Pompe's disease. Lancet 2008; 372: 1342-53

2. Myozyme SPC 18.12.2013

Sist endret: 20.01.2014

# – Rom for 50 øre ekstra

Lønnsoppgjøret er i gang. Blir det mer enn en 50-øring?

Tekst Bjørn Arild Østby

**M**andag 10. mars var det kravutveksling mellom Fellesforbundet (LO) og Norsk Industri (NHO) i tariffoppgjøret i privat sektor. De neste ukene vil partene i frontfagene konkretisere og presisere kravene fram til 1. april, som er meklingsfrist for frontfagene.

– Ikke det verste jeg har sett, sa administrerende direktør Stein Lier-Hansen i Norsk Industri da han fikk overlevert Fellesforbundets innledende krav.

– Verken mindre eller større streikefare, mente forbundsleder Arve Bakke i Fellesforbundet om Norsk Industris krav.

Uansett hvor stor lønnsvekst industrien får i frontfagoppgjøret, vil Unio-leder Anders Folkestad kreve mer for sine medlemmer.

## Unio krever mer

Uansett hvor stor lønnsvekst industrien får i frontfagoppgjøret krever Unio-leder Anders Folkestad mer for sine medlemmer.

– Offentlig sektor har et halvt prosentpoeng å ta igjen fra fjorårets oppgjør, og det må plusses på tallet som kommer fra frontfagsoppgjøret, mener Folkestad.

Han ønsker ikke å skrote frontfagsmodellen, men ønsker mer slingsrom slik at det kan være mulig å løfte kvinner i større grad enn man klarer med dagens system. ■■■

bjorn.arild.ostby@sykepleien.no



## Tariffoppgjøret 2014

- ▶ 10. mars: Kravoverlevering mellom Norsk Industri (NHO) og Fellesforbundet (LO). Det såkalt frontfagoppgjøret.
- ▶ 1. april: Meglingsfrist for frontfaget.
- ▶ 3. april: Oppstart kommuneoppgjøret mellom Kommunenes organisasjon (KS) og arbeidstakerorganisasjonene.
- ▶ 7. april: Oppstart statsoppgjøret mellom Staten og LO Stat.
- ▶ 7. april: Forhandlingsstart i Spekter-området.
- ▶ 30. april: Frist for forhandlingene i statsoppgjøret utgår ved midnatt.

## Sikre kjøpekraften

Å sikre medlemmenes kjøpekraft og heve minstelønssatsene i områder med lav lønn eller som får lite ut ved lokale forhandlinger, er krav nummer en og to til Fellesforbundet. Hva som konkret ligger i dette vil Fellesforbundet komme tilbake til i forhandlingene.

Norsk Industri har lenge vært klar på at det viktigste er å få til et lønnsoppgjør som sikrer norsk industris konkurranseevne og dermed trykker arbeidsplassene. Stein Lier-Hansen har flere ganger uttrykt at det innebærer en lønnsvekst på totalt i år.

– Det betyr at vi ikke kan være med på noe særlig mer enn en 50-øring på timelønnen, ifølge Lier-Hansen.

Om dette er tilstrekkelig for Fellesforbundet gjenstår å se, selv om forbundet deler Norsk Industris bekymring for norske industriarbeidsplasser. Begge parter er klar på at det resultat man blir enige om i frontfaget må danne mal for resten av oppgjørene i privat og offentlig sektor.

## Arbeidstid

Norsk Industri har fremmet krav om utvidelse av rammene for daglig arbeidstid. Organisasjonen ønsker større spillerom for blant annet fleksitidsordninger og gjennomsnittsberegning av dagtidsordninger. Dette gjelder ikke dem som arbeider skift. Fellesforbundet mener dagens arbeidstidsordninger er fleksible nok.

– Men hvis det er et stort problem for industrien, er vi selvsagt villige til å diskutere det, sa Arve Bakke.



NY FORSKNING:

**Økt proteinbehov  
for eldre over 65 år<sup>1</sup>**



**RESOURCE®**

Kosttillegg med høyt proteininnhold bidrar til styrke og restitusjon hos eldre.

1. Bauer J, et al. JAMDA 2013

www.nestlehealthscience.no  
Nestlé Kundservice: 81568332

**NestléHealthScience**  
NOURISHING PERSONAL HEALTH

# – En bevegelse er på vei

Vibeke Westh mener kommunesammenslåingen i Danmark har åpnet en del dører for sykepleiere.

Tekst og foto **Eivor Hofstad**

**V**ibeke Westh er kretsleder i København for Dansk Sygeplejeråd. Hun ser både fordeler og ulemper med den store sammenslåingen av kommuner og fylker som Danmark hadde i 2007. Da ble 14 amt (fylker) til fem regioner samtidig som 112 kommuner ble til 98.

I Norge skulle samhandlingsreformen flytte over en del av ansvaret for forebygging fra spesialist- til den kommunale helsetjenesten, mye etter dansk modell. Nå har vi også fått en regjering som ønsker å slå sammen kommunene.

Dermed ligner vi mer og mer på Danmark.

## Fysioterapeuter til kommunene

– Sammenslåingen gjorde at man måtte se på oppgavefordelingen mellom kommunene og fylkene. Man ønsket større enheter til kommunal drift, sier Vibeke Westh.

Omorganiseringer ble gjort. Kommunene fikk ansvaret for spesialinstitusjoner, forebygging og rehabilitering.

– Det førte til endringer for ulike yrkesgrupper. Talepedagoger finnes ikke mer, og fysioterapeuter

## «Sykepleiere ser i hvert fall mulighetene.»

Vibeke Westh

ble flyttet fra sykehusene til kommunene, nevner Westh som eksempel på endringene.

– Har det skjedd en oppgaveglidning så sykepleierne har fått mer ansvar?

– Vi har helt klart fått muligheter for noen andre roller, selv om det ikke har skjedd så mye konkret ennå.

## Sosialsykepleiere

Westh nevner psykiatrien som et sted det er åpnet opp for nye sykepleieroppgaver. Der har de ansatt sosialsykepleiere som underviser medarbeidere og sørger for at utsatte pasientgrupper som rusmisbrukere ikke blir skjøvet ut av systemet.

– Dette er pasientgrupper som ofte omgis av konflikter, som lukter vondt og blir møtt av mistillit, men de har like mye krav på god helse som alle andre.

Ellers mener Westh det har blitt vanligere å tenke tverrsektorielle forløp og se pasienten i

**FLERE HULL:** – Kommunesammenslåingen har åpnet nye muligheter for sykepleierne, men den har også laget flere hull i systemet som pasientene kan falle gjennom, sier Vibeke Westh, kretsleder i København for Dansk Sygeplejeråd.



sentrum i stedet for i systemer.

– Men det evige problemet er i sektorovergangene, sier hun.

– Er det blitt mer sømløst eller flere hull der?

– Det er blitt flere muligheter for å falle gjennom hullene. Vi har for eksempel hatt tilfeller der pasienter har blitt skrevet ut fra sykehuset før helgen og så har ikke hjemmesykepleien kommet før mandagen.

## Skives ut for raskt

– Har det blitt flere institusjonaliserte spesialløp for sykepleierne?

– Københavnsregionen har innført fem ulike forløpsprogram, for eksempel innen kols, diabetes og hjerte-kar. Det er ulikt hvor langt de har kommet.

– Hvordan har det gått med de utskrivningsklare pasientene?

– Sykehusene har vært raske til å skrive dem ut, men det er uklare ansvarsområder som fører til at hjemmesykepleien kommer for seint. Ved sykehjemmene kan det være at sykepleier er alene på vakt og har en pasient som er dehydrert som hun ikke har tid til å følge opp. Da må vedkommende inn på sykehus. Slike diskusjoner er gjennomgående.

Sammenslåingen har også ført til det Vibeke Westh kaller dokumentasjonshelvete.

– Vi vet ikke bestandig hvorfor vi gjør det, og det føles som bortkastet tid når det ikke brukes til noe. Noe av dokumentasjonskravet har vi vært med på å innføre, mens annet er bare

tåpelig. For eksempel forstår vi ikke hvorfor vi må fallscreene neonatale og spedbarn.

## Sykepleiere som portvakter

Fra 1. januar fikk de 1,7 millioner innbyggerne i københavnområdet et nytt akuttnummer å ringe når de skader seg eller blir syke når fastlegen deres holder stengt. Det er sykepleiere som svarer, men med mulighet til å overføre videre til lege. Tidligere ringte man direkte til en lege på legevakten.

Ordningen har møtt mye motstand hos legene som mener at sykepleierne ikke er kvalifiserte nok til å gi råd på telefon. I januar kom det fram at enkelte leger har drevet telefonsjikane ved å ringe 1813-nummeret og så enten legge på, eller spørre sykepleierne om hva de kan.

– Det er simpelthen forferdelig og totalt uakseptabelt at de på denne måten tar verdifull tid som sykepleierne skulle brukt til å hjelpe syke pasienter, sier Westh.

– Har sammenslåingen vært mer sykepleiervennlig enn legevennlig?

– Sykepleiere ser i hvert fall mulighetene. Det er en bevegelse på vei, derfor ser vi så mange slagsmål nå. Selvfølgelig er ikke sykepleierne mini-leger. Men det handler også om å velge riktige ressurser til riktige oppgaver. Før måtte alt gå gjennom fastlegene. Men man kan stille spørsmål om de virkelig er «gatekeeperen» i helsevesenet. Det kunne like godt vært sykepleierne. ■■■

eivor.hofstad@sykepleien.no



**KLARE KRAV:** Liv Holm Heide forventer at hun og medelever landet over får en bedre helsesøster-tjeneste. Foto: Kari Anne Dolonen

# – Ett minutt er ikke nok!

600 elever ga klar beskjed til politikerne foran Stortinget: Mer helsesøster-tid!

Tekst **Kari Anne Dolonen og Ann-Kristin Bloch Helmers**

**E**levene kom marsjerende rett fra Elevorganisasjonens landsmøtesal til demonstrasjon foran Stortinget 13. mars. Skolehelsetjeneste og rådgivningstjenesten har skapt stor debatt på landsmøtet. Ståa er lik over hele landet – det er for få helsesøstre. Elevene krever nå en bedre helsesøstertjeneste og flere rådgivere.

Parolene og kamprolene er ikke til å misforstå:

- Ett minutt i uka er ikke nok!
- Vi står i kø!

## Nok er nok

– Nå er det nok, sier leder av Elevorganisasjonen, Liv Holm Heide.

Hun krever at politikerene nå gjør ord om til handling.

– Vi krever en helseøster per 250 elever og en rådgiver per 200 elver, sier hun.

– Tror dere politikerne kommer til å gjøre noe?

– Det må de, svarer Holm Heide kontant. Elevorganisasjonen kommer ikke til å stoppe før de får gjenomslog.

– Dette er en sak vi skal ta med oss inn på alle møterom, sier hun.

## Sjokkert

Stemningen var høy blant demonstrantene da Liv Holm Heide tok ordet.

– Jeg er lita lei av å høre om elever som ikke får tilgang til helsesøster selv når de trenger det som mest.

– Jeg er sjokkert over en undersøkelse som tidsskriftet Sykepleien har gjort og som viser at sju av ti helsesøstre sier de ikke tør å stille de vanskelige spørsmålene fordi de vet de ikke har tid til å følge dem opp, roper Liv Holm Heide ut til meddemonstrantene.

## – Må lage bråk!

Leder for Landsgruppa av helsesøstre, Astrid Grydeland Ersvik, holdt appell:

– Når alle rapporter og barn og unge så tydelig sier at skolehelsetjenesten ikke er tilgjengelig og mangler nok fagfolk og kompetanse – da trenger dere og vi mer enn fine ord.

– Sammen må elever, skolen og skolehelsetjenesten lage bråk. Så høyt, og så lenge at politikerne til slutt skjønner alvoret. ■■■

Se demonstrasjonen på Sykepleien-tv på sykepleien.no



**A**  
AMETRINE

ULL TYNN

Sokker som ikke strammer



kr 298,- for 5 par

- klør ikke
- svært slitesterk
- tåler 60° vask

Enkelt å bestille i vår nye nettbutikk!  
[www.ametrine.no](http://www.ametrine.no)

## Ta vare på kroppen!

VitaePro® er et av Nordens mest brukte kosttilskudd. **Nå har du mulighet til å prøve ut VitaePro til 1/2 PRIS.**



Anbefalt av:



**NORSK REVMATIKERFORBUND**

**BESTILL NÅ!**  
Ring 815 69 060

SMS: FRISK 32 til 2007  
[www.vitaelab.no](http://www.vitaelab.no)

**VitaeLab**

\*Du vil deretter få tilsendt VitaePro direkte hjem til deg annenhver måned. Hver forsendelse dekker 2 mnd forbruk og koster kr 299. Det er ingen bindingstid på abonnementet, og du kan når som helst pause eller stoppe det. Tilbudet gjelder kun nye kunder. Porto på kr 39<sup>50</sup> tilkommer.

# – Mastergrad ikke nødvendig

Stavanger universitetssykehus (SUS) trenger spesialsykepleiere, men ikke med mastergrad. – Vi ser ikke behovet, sier sykehuset.

Tekst Bjørn Arild Østby

Institutt for helsefag ved Universitetet i Stavanger (UiS) har lenge jobbet for å få på plass en master med spesialisering innen anesthesi-, intensiv- eller operasjonssykepleie. Fra høsten starter UiS opp med den nye mastergraden, som vil gå over to år.

– Vi ønsker å øke kompetansen til disse gruppene, og mener alle bør ta en master, sier leder ved Institutt for helsefag, Kari Vevatn.

– Ser ikke behovet for at alle disse studentene må ta en master for å få jobb som spesialsykepleier, sier fagdirektør Sverre Uhlving ved SiU til NRK Rogaland.

– Vi har kun råd til å gi stipend for det sykehuset må ha, som er sykepleiere med halvannet år videreutdanning. En toårig mastergrad gir en mer akademisk utdanning, men er ikke nødvendig for flertallet, mener fagdirektøren.

## Videreutdanning i jobben

Aller helst ønsker sykehuset at sykepleiere kan

videreutdanne seg samtidig som de arbeider. Slik spesialiseringen ofte er for leger. Denne muligheten har sykehusets fagdirektør tatt opp med universitetet.

Instituttleder Kari Vevatn ved universitetet mener det er viktig at sykepleiere får en akademisk utdanning og lærer seg å finne fram til og oppdatere seg på fagområdet.

– Kunnskap er ferskvare som hele tiden må utvikles, og de beste sykepleierne får vi i de som tar en master, sier hun til Sykepleien.

Fylkesleder Nina Horpestad i NSF Rogaland støtter instituttlederen. Hun stiller spørsmål ved om sykehuset har den kompetansen som er nødvendig for å drive videreutdanningene.

## Øker stipendene

Sykehuset i Stavanger trenger 35 til 40 nye spesialsykepleiere innen anesthesi-, intensiv- og operasjonssykepleie hvert eneste år.

I fjor høst var det kun sju sykepleiere som meldte seg på de interne videreutdanningene ved SUS. Fra kommende høst har sykehuset økt stipendet fra 130 000 til 200 000 kroner per år til de som vil spesialisere seg innen anesthesi- og operasjonssykepleie, og 250 000 kroner til de som velger intensivsykepleie.

200 000 kroner i stipend under utdanning er kun for barnløse eller godt etablerte med nedbetalt hus og gjeld, mener sykepleier Glenn Frode Vanglo.

Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN) tilbyr sykepleiere i videreutdanning innen anesthesi-, intensiv- eller operasjonssykepleie tariff lønn. Det betyr at alle arbeidstakerrettigheter som feriepenger og pensjonspoeng er ivaretatt, og det gis lønn etter ansiennitet. Sykehuset Nord-Trøndelag lover sykepleierne 75 prosent lønn under videreutdanningen. ■■■

[bjorn.arild.ostby@sykepleien.no](mailto:bjorn.arild.ostby@sykepleien.no)

## Behandling / forebygging av ligge- og trykksår

### Wima-labben

Avlaster områder som er utsatt for ligge- og trykksår  
Bedrer mulighetene for sårleging  
Behagelig i bruk, - luftig, lett, stabil og varmeisolerende



**Wima** produkter

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

Les mer om Wima-labben på vår nettside:  
[www.wima.no](http://www.wima.no)

## Nydelig indisk mat

Velkommen til et hyggelig måltid på Jaipur indisk restaurant midt i Oslo

Ta med annonsen og få en GRATIS smaksrik overraskelse!  
Drevet av sykepleier Sarabjit Kaur Brar

Karl Johans gt 18 c  
Telefon 22 42 53 11  
[www.jaipur.no](http://www.jaipur.no)



**JAIPUR**  
Indian Restaurant/Bar  
Family operated since 1996



Det **er** forskjell på sondeløsninger...

**Nye Nutrison med dokumentert** raskere ventrikkeltømming<sup>1,2,3</sup> for **bedre toleranse**



En **patentert** proteinblanding fra **Nutricia**:

- Animalske og vegetabilske proteinkilder\*
- En forbedret aminosyreprofil<sup>4</sup>
- Påvist å gi raskere ventrikkeltømming

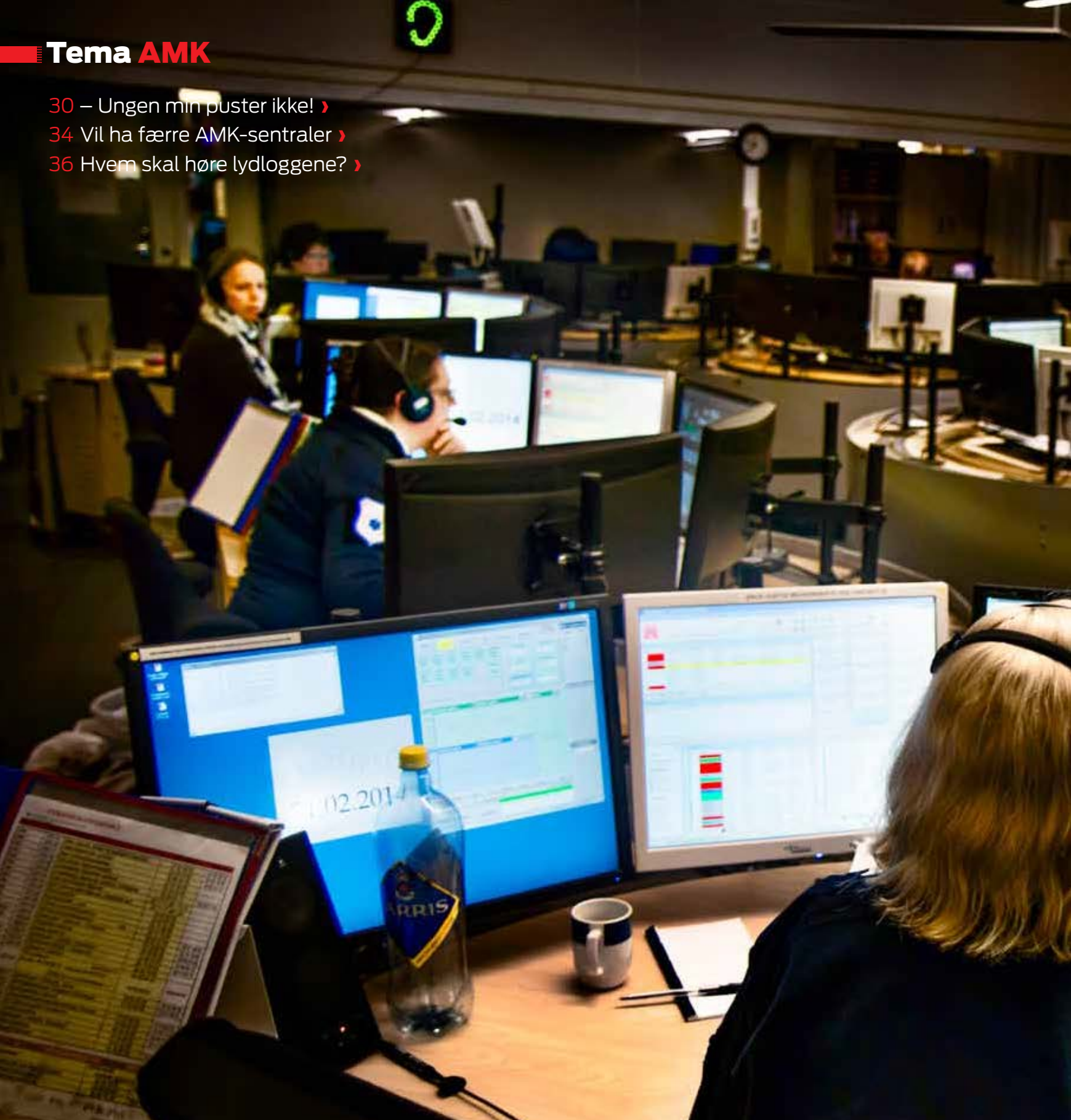
**Nye Nutrison med**  **sammensetning for bedre toleranse!**



\* 35% myse, 25% kasein, 20% soya og 20% erter

**Referanser:** 1. Abrahamse E et al. Gastric non-coagulation of enteral tube feed yields faster gastric emptying of protein in a dynamic in vitro model. PP239, Clin Nutr 2012; 7, Suppl 1; 119. 2. Nutricia Advanced Medical Nutrition. Data on file 2012. 3. van den Braak C et al. A novel protein mixture containing vegetable proteins renders enteral tube feeds non-coagulating after in vitro gastric digestion. Clin Nutr 2012; 31, Suppl 1; S1016. 4. FAO/WHO/UNU Expert Consultation on Protein and Amino Acid Requirements in Human Nutrition (2002: Geneva, Switzerland). Protein and amino acid requirements in human nutrition: report of a joint FAO/WHO/UNU expert consultation. 2007; WHO technical report series; no 935.

- 30 – Ungen min puster ikke! ›
- 34 Vil ha færre AMK-sentraler ›
- 36 Hvem skal høre lydloggene? ›



# Må svare på ti seku

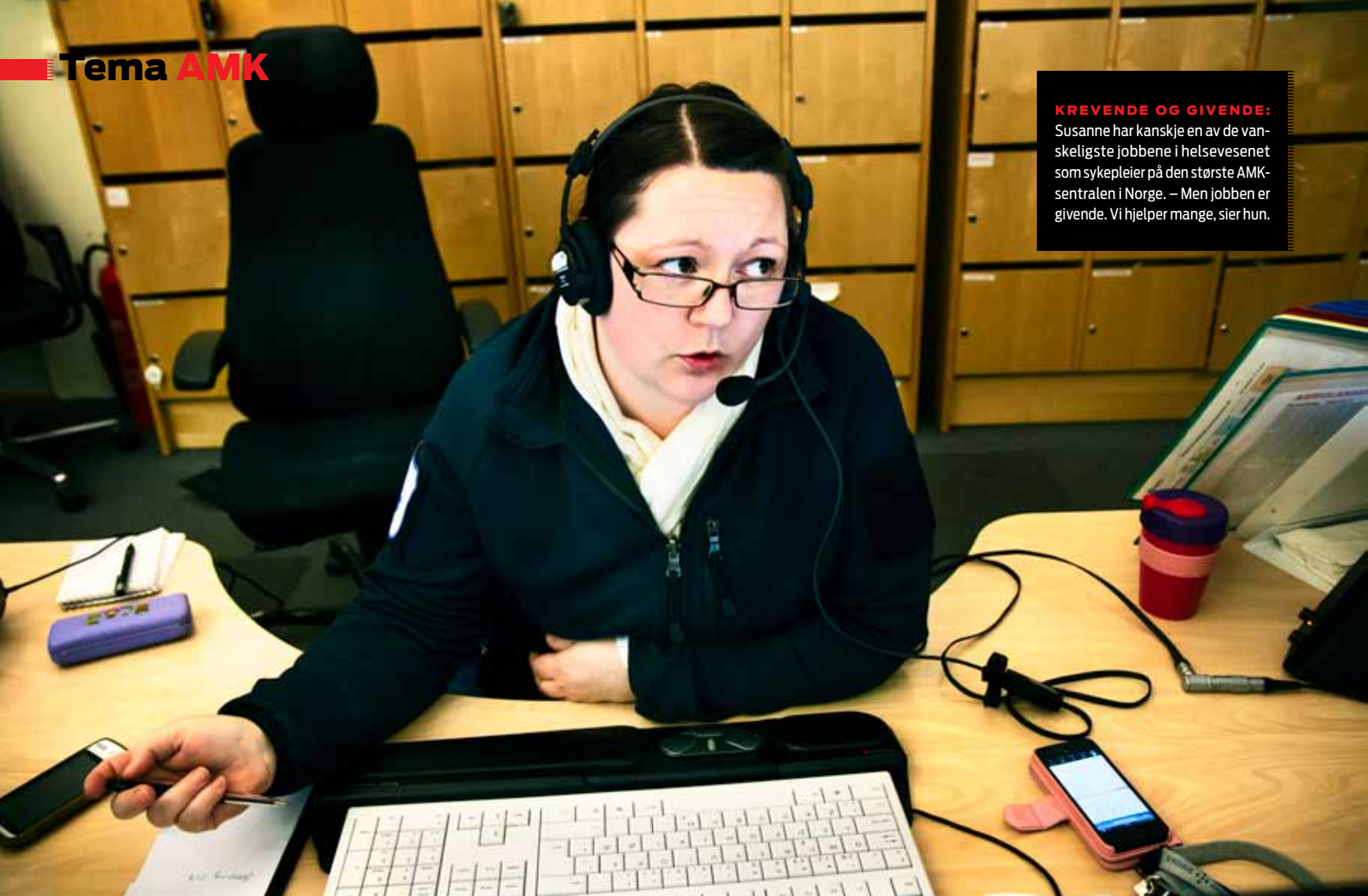
**STØRST:** AMK-sentralen i Oslo Akershus er landets største. Sykepleierne besvarer i snitt 70 telefoner per vakt.



nder

De fleste som besvarer 113-telefonen er sykepleiere. ➔  
Færre AMK-sentraler er på trappene og svartiden må ned.

Tekst og foto Marit Fonn

**KREVENDE OG GIVENDE:**

Susanne har kanskje en av de vanskeligste jobbene i helsevesenet som sykepleier på den største AMK-sentralen i Norge. – Men jobben er givende. Vi hjelper mange, sier hun.

# «Ungen min puster ikke. Kom og hjelp!

AMK-sykepleiere forteller om sin verste skrekk.

På AMK-sentralen må man gjøre mange ting samtidig. Og det må gå fort.

Tekst og foto **Marit Fonn**

**U**ngen min puster ikke. Kom og hjelp! Ja, men hvor er dere? Denne scenen er den store skrekken for mange som besvarer 113-telefonene: Det står om livet, ambulansen er klar, men hvor er pasienten? GPS-en gir ikke alltid svar. Innringerne er redde. Eller de snakker dårlig norsk. De kan være ruset eller syke. Det er mange grunner til kommunikasjonsproblemer på AMK-sentralen.

Alt som blir sagt i slike samtaler blir lydlogget. Svartid blir registrert.

## Fredagskveld på vakt

Susanne er godt i gang med kveldsvakten på landets største AMK-sentral.

– Medisinsk nødtelefon Oslo Akershus, sier hun i telefonen.

Hun har lyd på øret og fem skjermer foran seg. Susanne og tre andre sykepleiere besvarer 113-telefonen denne fredagskvelden.

De ansatte vil ikke ha etternavnet på trykk i Sykepleien. De skjærer seg for trusler fra emosjonelle innringere.

– Do you want the police? sier Linda i telefonen ved siden av Susanne.

– Vet du om det er 400 milligram hun har tatt? sier Ida på andre siden og ber sin innringer lete i søpla etter emballasjen.

Ambulanse har hun bestilt. Pasienten skal til pumping på sykehus.

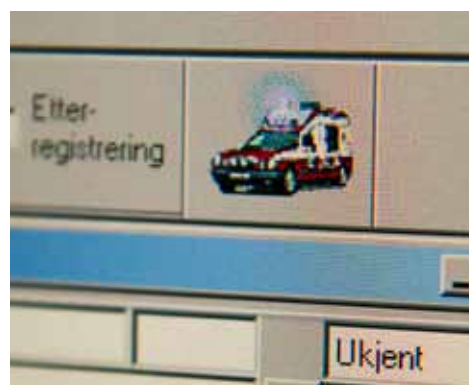
## Deler på oppgavene

Ni er på jobb. De fire sykepleierne som besvarer nødtelefonene



#### MANGE VERKTØY:

Over: Papirindeksen hjelper sykepleierne å stille de rette spørsmålene til innringer.  
T.v.: Trykk på P og få vite om f. eks. bomveier og veisperringer.  
T.h.: En sykepleier har bestilt ambulanse med blålys og en liten bil blinker blått på alles skjermer.



» En akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK-sentral) mottar medisinske nødmeldinger og overvåker ambulansetransporter.

» Sentralene er bemannet av helsepersonell. Vanligvis er de medisinske operatørene på 113-telefonen sykepleiere.

» Operatørene avgjør hvilken hjelp som skal gis og hvilken hastegrad henvisningen skal få. De gir medisinsk veiledning på telefon i henhold til norsk indeks for medisinsk nødhjelp.

» De regionale helseforetakene har ansvar for å etablere og drifte AMK-sentralene.

» Det er nå 19 AMK-sentraler i Norge og én på Svalbard.

sitter langs den ene veggen. Tvers over, slik at de har øyekontakt, styrer fire ambulansekoordinatorer «flåten» eller «ressursene», som det heter på fagspråket. Det vil si ambulanser på vei og i luft. Totalt 35 ressurser er tilgjengelig i kveld. Tre av dem er helikoptre, én er bil med lege.

De fire koordinatorene styrer ett område hver: Oslo, Asker og Bærum, Follo, Øvre og Nedre Romerike. Nederst i hjørnet er kveldens operasjonsleder. Også han er sykepleier.

#### Må svare raskere

I desember fikk denne AMK-sentralen tvangsmulkt på 100 000 kroner av Helsetilsynet fordi den ikke har oppnådd forsvarlig svartid, såkalt aksesstid. Kravet er at 90 prosent av samtalene skal besvares innen ti sekunder. Alle samtaler skal være besvart innen tjue sekunder.

Fasiten for desember ble 77 prosent svar innen ti sekunder og 95 prosent innen tjue sekunder. Flere la på før de fikk svar. Men det er håp: I januar gikk det litt bedre. Helsetilsynet avventer og har satt frist for ny rapport til mars. Da vil aksesstiden gå ned, lover AMK-sentralen, fordi en del av oppdragene deres blir tatt over av pasientreiser slik at operatørene får frigjort tid.

– Jada, vi tenker på tidskravene. Vi prøver jo å svare fortest mulig. Men jeg legger aldri på en 113 for å ta en ny, sier Susanne.

Hun føyer til:

– Det er ledelsen som må passe på at det er nok folk.

Er alle på 113 opptatt, skal koordinatorene svare – hvis de har mulighet.

Susanne er fagutviklingssykepleier, men jobber 30 prosent her på 113. Hun har jobbet på AMK-sentralen i ni år.

Det blinker på skjermen, ny telefon. Ringelyden er lav. Her er

det først til mølla. Susanne tar telefonen, følger med på hva som dukker opp på skjermen:

– Ringte du i sted? Da snakket du med en annen. Best at du snakker med henne.

Susanne setter over telefonen til kollega Sissel, som er ledig.

#### Bortgjemt

AMK-sentralen har en anonym tilværelse på Ullevål sykehus i Oslo. Ingen skilt viser vei til stedet som råder over nødhjelpen. De ansatte skjermes etter hendelser som den i Sofienbergparken i 2007. Da ble ambulansepersonellet kalt rasister fordi de nektet å ta med seg Ali Farah i bilen. Folk kastet stein etter ambulansene etterpå. AMK-sentralen har også vært utsatt for bombetrusler. 22. juli-terroren har skjerpet kravene til sikkerhet og beredskap.

– Vi oppbemannet, sier Susanne.

– Men det tar tid. Dette er ikke en jobb for hvem som helst. Vi kan ikke ta noen inn fra et vikarbyrå.

Vanlig opplæringstid er tre måneder, forteller hun med et øye på skjermen.

– De må være sykepleier med et par års erfaring, gjerne ambulant. Men det dreier seg mye om personlig egnethet.

Siste året har de annonsert etter sykepleiere i nesten hver utgave av Sykepleien. Søknadsfrist snarest, står det hver gang.

– Vi rekrutterer jevnt. Her er stor turnover. Mange savner pasientene, her ser vi dem jo ikke. En del sykepleiere forsvinner under opplæringen for de egner seg ikke.

– Fordi de blir stresset?

– Eller fordi de mangler faglig kunnskap. De klarer ikke skille farlighetsgradene.

Operatørene må høre, skrive og snakke samtidig.



**AMIS**

Akuttmedisinsk informasjonssystem (AMIS) er et it-verktøy som brukes av alle landets AMK-sentraler. Det brukes blant annet til:

- › Registrere nødmeldinger
- › Bestille ambulanse
- › Prioritere oppdrag
- › Koordinere ressurser (ambulanser på vei, sjø og i luft)

Kilde: Nirvaco AS

– Men simultankapasitet er ikke så lett å trene opp. Vi har ikke gode tester for den evnen heller. Mange tror dette er noe for dem. Hennes erfaring er at enten har du det i deg – eller ikke.

– Jobben er vanskelig, men svært givende. Vi hjelper mange innringere og de fleste er takknemlige.

Rulling er vanlig på andre AMK-sentraler. Da deler sykepleierne jobben mellom å være operatør og jobbe på akuttmottak eller bil.

– Her hos oss er det vanskelig, mest på grunn av helgekabalen: Alle avdelingene ønsker at du skal jobbe helg.

Men Susanne synes ikke rulling er nødvendig, for er man 50 prosent på to steder, så blir man ikke god noen av stedene.

### Setter over til legevakten

Ny telefon:

– Jeg klarer ikke å våkne.

Damen er groggy i stemmen:

– Hva mener du? Du er våken, sier Susanne.

– Jeg klarer ikke å stå opp. Jeg er slått ut.

– Hvorfor klarer du ikke å stå opp? sier Susanne mens hun leser på skjermen.

– Jeg ser at du har hatt en del angstanfall.

– Ja ... Men kan ikke du sende en ambulanse? Jeg klarer ikke være som jeg skal. Har du noe for meg så jeg kan våkne? Er det ikke noen som kan hjelpe meg, da?

Susanne sjekker pust, og får vite at damen har tatt én Sobril.

– Har han smerter?

Blink, blink: Nå ringer venninnen til damen som har ringt flere ganger før i dag. Damen er blitt anbefalt å ta drosje til legevakten.

– Men hun klarer ikke gå og stå. Det er helt sant, sier venninnen.

– Hvorfor klarer hun ikke gå og stå? spør Susanne.

– Hun er så dårlig.

– Hva har dere avtalt med legevakten?

Susanne får ingen klare svar. Hun konfererer med Sissel, som kjenner saken best. Hun skal sjekke med legevakten.

– Vi ringer tilbake, sier Susanne og legger på.

15 ambulanser er opptatt, det kan hun se foran seg.

Susanne tar imot en ny telefon. En mann forteller med skjelvende stemme at venninnen har tatt med seg tabletter og at han tror hun vil ta livet sitt.

– Hvilke tabletter har hun tatt?

Mannen vet ikke. Han vet heller ikke hvor hun er. Ambulansen kan ikke drive søk, så Susanne kontakter politiet. Politiet sender en patrulje for å lete etter den forvunne kvinnen. Susanne ringer mannen og forteller det. Han takker.

Ida ved siden av:

– Hva tenker du ambulansen kan hjelpe deg med? Nei, du skal ikke dø i dag. Jeg er ikke enig med deg der.

Damen som ringer er en amper gjenganger. «Ringer og er sint» står det mange ganger i journalen. Damen sier hun er tungpusten. Ida har allerede sendt bil.

Det viser seg at den ikke kan hjelpe damen og gjør vendereis. Senere ringer damen igjen fordi hun har slått seg i hodet. Det blir ny utrykning.

### – Vi ser aldri ulykkesstedet

De ved telefonen danner seg fort bilder av innringerne, særlig gjengangerne.

– En av dem kunne bli skrekkelig dårlig av kols og fikk ofte dødsangst. Jeg så for meg en innrøkt og rotete bolig. Så fikk jeg vite av en på ambulansen at der var det rent og pent, en skikkelig mormorleilighet, forteller Ida.

– Ja, siden vi ikke ser dem, jobber fantasien på høyspreng, bekrefter Susanne.

– Mange trenger emosjonell førstehjelp, men det har vi ikke alltid tid til, sier Ida.

– Fantasien er ofte verre enn realitetene. Vi kan jo ikke vite, her vi sitter. Vi ser aldri ulykkesstedet og får bilder i hodet. Ofte er de verre enn virkeligheten, sier Susanne.

– Derfor er det viktig at vi etter alvorlige hendelser er med på teknisk gjennomgang så vi får vite hvordan det faktisk var ute. Det kan være etter dødsfall med barn.

Da de to jentene i hestevogn døde på Bjørkelangen, var Susanne på vakt. Da var det godt med en slik gjennomgang etterpå.

### Siste åndedrag på telefonen

Plutselig er det blitt stille på 113. Ingen ringer. Det går an å hente seg en kopp kaffe. Prate litt med kollegene. Røre på beina. Gå på do.

Den medisinske papirindeksen er godt innarbeidet i Susannes fingre. Men hun kunne godt tenkte seg nye og raskere dataverktøy og programmer som snakker sammen.

Den store papirboken ligger mellom tastaturet og skjermene. Ellers er verktøyene elektronisk. Alle AMK-sentraler i landet bruker det akuttmedisinske systemet AMIS. En av skjermene viser kart.

– Få vet hva vi gjør her. Det er mange sykepleiere som ikke tør å søke, påpeker Ida.

Hun har vært her to år og kunne godt tenke seg å rullere på akuttmottaket. Som de fleste synes også hun det er en påkjønning

## «Er det ikke noen som kan hjelpe meg, da?»

Dame som ringer 113

– Ambulansen kan nok ikke hjelpe deg. Jeg skal sette deg over til legevakten. Ikke legg på.

Susanne ringer legevakten. Etter en stund får hun kontakt:

– Jeg har en dame dere kjenner. Jeg setter over så kan dere snakke.

Dette var et klassisk eksempel på en oppringing som ikke burde kommet hit, mener hun. Den skulle vært til primærhelsetjenesten.

### Mange får ambulanse

Det største tiltaket AMK-sentralene setter i gang er å sende ambulansebil eller –båt. På landsbasis er dette om lag halvparten av tiltakene, ifølge Helsedirektoratet. På andre plass kommer henvisning til eller varsling av legevakt eller fastlege – drøye ti prosent.

Henvendelsene deles inn i akutt, haster, vanlig. Helsepersonell er den gruppen som henvender seg oftest til AMK-sentralene, deretter publikum. Men når det er akutt, er det publikum som topper statistikken.

På Øvre Romerike er det knapt med ambulanser akkurat nå, opplyser ambulansekoordinator Jonny. Han sitter rett overfor Susanne. De ble kjent på jobben og er samboere. De prøver å ha jobbebelgene samtidig.

Ida slår fast til en innringer:

– Nei, vi får ikke med rullestolen. Det er et problem.

Ambulansen tar ikke med seg løse gjenstander, bare eventuelt en bag. En rullestoldrosje er ofte en bedre løsning. Dessuten billigere. En plakat opplyser at gjennomsnittspris per tur med ambulanse er 3 700 kroner. Tilsvarende for drosje er 400 kroner.

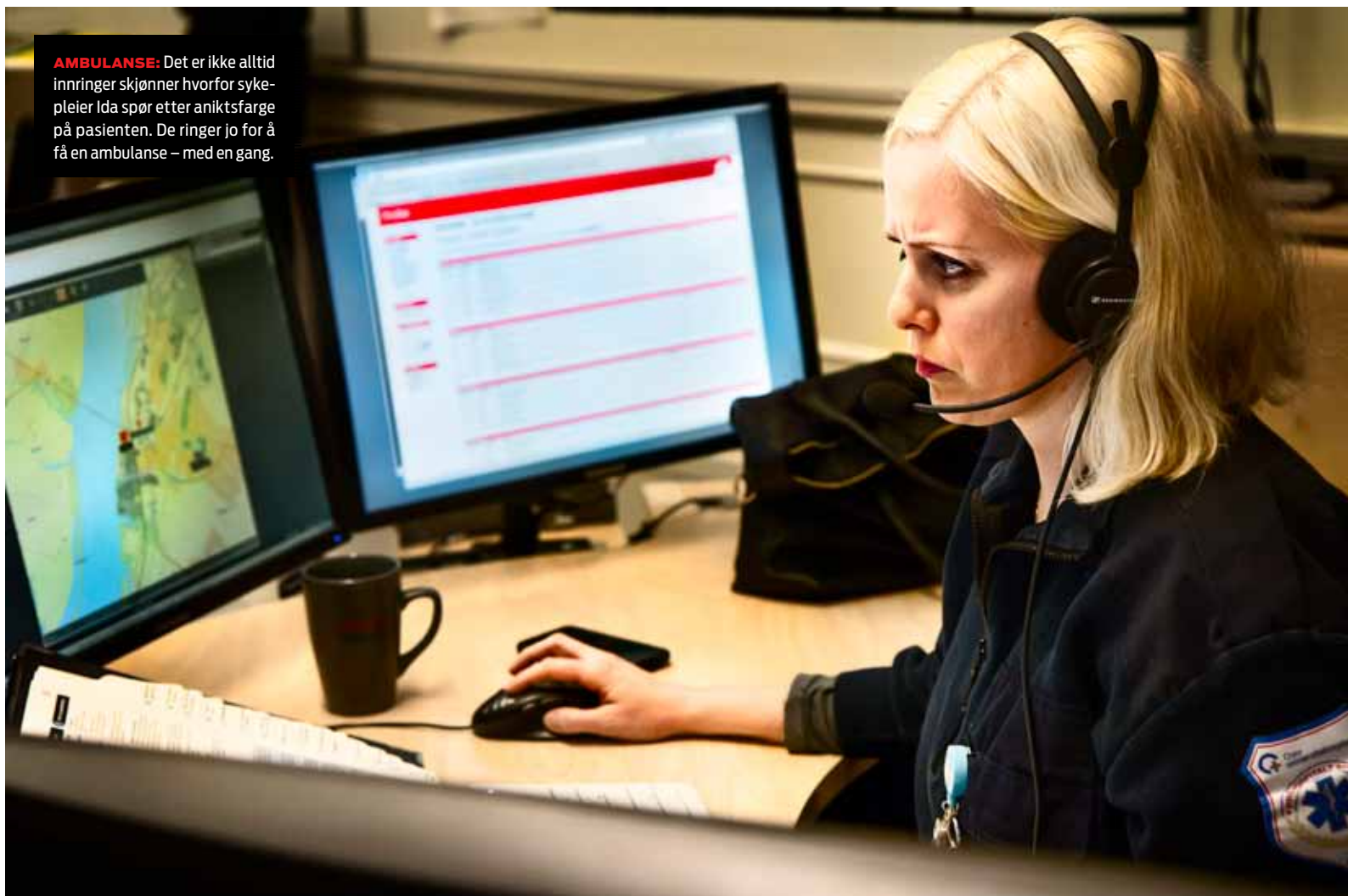
### Sørger for politipatrulje

Nå er alle operatørene i sving. Ida spør en ny innringer:

– Men har han smerter?

Og igjen, litt mer intenst:

**AMBULANSE:** Det er ikke alltid innringer skjønner hvorfor sykepleier Ida spør etter aniktsfarge på pasienten. De ringer jo for å få en ambulanse – med en gang.



når unger er dårlig.

– Men det er vel så tøft når en dame på 80 forteller at mannen ikke puster. Hun er kanskje 40 kilo og klarer ikke å få mannen på hundre kilo ned på golvet. Jeg kan høre at han tar sitt siste drag.

## «Puster'n?» AMK-sykepleier Ida

Det er kjempetrist. De har kanskje vært gift i 60 år. Å være med på det er veldig sterkt.

Hun har opplevd det flere ganger.

En kjapp sirene lyder. En liten bil blinker blått på alles skjermer. Det betyr at en av operatørene har disponert en akuttbil med blålys.

Linda veileder en innringer:

– Hvordan er ansiktsfargen hennes nå? Dytt underkjeven fram.

Linda har sørget for at pasienten med kramper ligger på ryggen. Det tok litt tid før hun skjønte at han lå på magen. Innringeren er ikke så god i norsk.

En treåring har fått i seg Paracet. Linda har akkurat bedt de foresatte å ta den lille med til barnemottaket. Et annet barn har høy feber. Linda ber mor holde telefonen mot barnets munn, så hun kan telle respirasjonen.

Klokken har passert ni, en time igjen av vekten. Susanne har hatt 52 telefonsamtaler. Plutselig er alle på telefonen igjen.

– Puster'n? spør Ida ved siden av.

– Er kona di så urolig at vi må sende med politi? For ambulansepersonellet har ikke lov til å holde henne fast, sier Linda.

### «Uklar problemstilling»

Utelivet går sin gang i hovedstaden.

– Han holder på å svime av, sier innringeren til Susanne.

– Hvor er dere?

Innringeren sier navnet på gaten.

– Hvilket nummer?

– Jeg vet ikke. Kan ikke dere bare sende en ambulanse, da?

– Kan du spørre noen om hvilket nummer det er?

– Her er ingen å spørre, ingen snakker norsk.

– Er han beruset?

Susanne får ingen klare svar. Innringer sier hun ser en trapp som går opp og ned. Kollegene merker seg at Susanne øker stemmehøyden.

– Men gatenummeret?

Susanne har allerede sendt bil.

– Hør hva jeg sier: Nå går du ut i gaten og ser etter ambulansen. Ha det.

Klokken er 21.15. Susanne er glad for at kategorien «kommunikasjonsvansker og uklar problemstilling» finnes i journalen.

Ambulansen finner ingen å hente på stedet der en trapp går opp og ned. Susanne sukker:

– Man kan bli litt oppgitt. Mye er tull. Vi vet at det er andre som trenger mer hjelp og i verste fall får vi ikke svart dem. For eksempel en mor med et sykt barn.

Ida:

– Ta på ham. Kjenn om han er våt eller tørr i huden. Har han kols?

Linda:

– Var det han jeg hørte snorke? Trekk kjeven fram til underbitt ...

Noe skjer i rommet. En etter en kommer ansatte som skal hjelpe folk i nød i natt. De fire kvinnelige sykepleierne blir avløst av fem mannlige.

– Her skriver vi ikke rapport, sier Susanne lettet.

marit.fonn@sykepleien.no



# Vil ha færre AMK-sentraler

Lederen for landets største AMK-sentral mener seks til åtte store sentraler kan være nok. I dag er det 19. Tekst Marit Fonn

**A** MK Oslo Akershus har fått påpakning fra Helsetilsynet for uforsvarlig drift, fordi de ikke svarer fort nok på nødtelefonen. Det er avdekket for stor arbeidsbelastning, tapte anrop, ambulanser som ikke har kommet fram i tide, pasienter som har dødd. Men svartiden er i bedring og kravet om tvangsmulkt er utsatt.

– Vi har nå en stor, systematisk gjennomgang av AMK-sentralene i Helse Sør-Øst, sier Rune Gehrken, leder for AMK-sentralen Oslo Akershus.

Før var han operatør samme sted. Han er utdannet sykepleier, brannmann og redningsdykker. Han viser til at de får 50 klager i året.

– Selvfølgelig er hver klage alvorlig, men det er ikke gærn' til å være en produksjonsbedrift. Vi har 250 000 samtaler i året. 145 000 fører til ambulanseoppdrag. Nå ser vi etter hva som er bra og hva som bør gjøres noe med.

– Hva bør gjøres noe med?

– Ikt-verktøyene. Vi holder på å lage nye verktøy for operatørene som er lett å slå opp i. Og vi er opptatt av at sentralene skal være robuste. Det er mest utfordrende for de små sentralene.

«Vi skal ikke være sentralbord for sykehuset. Rune Gehrken, AMK-leder i Oslo og Akershus

– Hva mener du med robust?

– Hvis et fly detter ned i et lite område, for eksempel i Østfold, da skal AMK-sentralen i Østfold varsle veldig mange samtidig: oss, brann, politi, hovedredningssentralen. Med bare et par operatører vil det ta tid. Med flere på vakt kan dette gjøres simultant.

## Vil ha reservesentral

Reserveløsninger er nødvendig hvis en sentral bryter sammen, for eksempel i brann:

– Vi ønsker en ny AMK-sentral. Da kan dagens sentral stå tom til daglig, men den må prøves ut minst en gang i uken. I løpet av året vil vi ha planen klar.

– Hvilken kompetanse trenger dere?

– Overvekten av personalet på 113 bør være sykepleiere. Som kooordinatorer vil vi ha paramedic-utdannede og ambulansepersonell. De vet hva som er de gode og smarte veiene.

Gehrken vil også ha tre leger i halv stilling som skal være fysisk til stede på sentralen, i hvert fall på ukedagene.

– Da vil sykepleierne ha en god sparringpartner.

Sykepleierne på 113 tar i gjennomsnitt imot 70 telefoner per vakt.

## Stor og sterk er best

I dag er det 19 AMK-sentraler i landet. Altfor mange, mener Gehrken.

– Skal de være robuste, er seks til åtte sentraler passe, mener han.

– Større hendelser i små AMK-områder har vist dette gang på gang de siste årene.

Helse Sør-Øst har gått gjennom hva som skal være kjerneoppgaver på AMK-sentralene. Det er viktig for å kunne oppnå tidskravene. Oslo Akershus AMK har selv meldt til Helsetilsynet at svartiden i nødmeldtjenesten er for høy.

– Hva skal ikke være oppgaver for AMK?

– Hvis det er hjertestans internt på sykehuset, skal traume-teamet varsles, ikke 113. Vi skal heller ikke være sentralbord for sykehuset om natten. Vi blir ikke gode på å gjøre tusen ting.

## Molde mister AMK-sentralen

AMK-sentralen i Molde skal legges ned innen januar 2015. Det vedtok Helse Midt 12. desember. Sentralene i Trondheim, Ålesund og Namsos består.

Vedtaket har vakt sterke reaksjoner i Molde. Ansatte føler seg sveket. De synes det er merkelig at Namsos-sentralen, som er minst i regionen, skal bestå, mens Molde-sentralen, som er nest størst, legges ned.

– Prosessen har vært uryddig, sier Aage Kyllø, sykepleier og faglig leder på AMK-sentralen i Molde.

– Men nå må vi sikre en god overføring til Ålesund.

– Er du enig i at få, store sentraler er tryggest?

– Det kan hende det er riktig å legge ned vår sentral, men ingen vet hva som er riktig størrelse. Vi som er små har en utfordring i nødmeldtjenesten. Oslo har hatt sine problemer med dårlig svartid, som ikke vi er i nærheten av. Men jeg er skuffet over at det ikke er gjort en bedre jobb på et høyere nivå for å kartlegge hva som er best.

Kyllø håper og tror at AMK-sentralen i Molde nå kan bli legevaktsentral og at de ansatte kan jobbe der.

– Vi holder på å lage avtaler med kommunene nå. Og så må vi prøve å få en god sentral i Ålesund. Den vil bli større enn den på St. Olavs. Vi har et langstrakt fylke som er vanskelig å koordinere. Mye fjell og fjord.

## Usikkert i Østfold

I Fredrikstad ulmer det også. I det nye sykehuset som bygges, er det ikke planlagt ny AMK-sentral. Direktøren for Sykehuset Østfold vil flytte AMK-sentralen til Oslo. Ansatte og ordførere er uenig. Avgjørelsen skulle tas på styremøtet 24. februar, men er utsatt til april.

Jane-Ann Lindahl, hovedtillitsvalgt for sykepleierne, bekrefter uroen:

– De ansatte her vil ikke være med til Oslo. Det er to timer ekstra reisetid. Alle er ansatt i akutt-mottaket, så de mister ikke jobben. Men det kan gå ut over dem som har vikariater i mottaket.

De ansatte er skeptisk til å flytte sentralen, fordi AMK Oslo Akershus har slitt med rekruttering.



**BACKUP:** AMK-leder Rune Gehrken ønsker seg ny sentral, så kan denne være i reserve.

– Vi har dyktige operatører som har vært her siden 1995, noen lenger. Vi ser at AMK i Oslo annonserer etter sykepleiere i Sykepleien hver måned. Hos oss er det venteliste for å få jobb. Vi har ikke noe problem med rekrutteringen, sier Lindahl.

Rune Gehrken i Oslo skjønner reaksjonene i Fredrikstad.

– Er dere i stand til å bli større med de problemene dere har hatt?

– Ja. Jeg er sikker på at det er riktig. Vi rekrutterer jevnt og trutt og er godt i gang med å forbedre oss. Dessuten er vi så stor at å få sentralen for Østfold hit, ikke betyr så stor endring for oss.

#### Skjerper kravene til kompetanse

Helsedepartementet legger seg ikke opp i hvor mange AMK-

sentraler det skal være i hver helseregion. Det er opp til de regionale helseforetakene.

Departementet lager nå et forslag til en ny akuttforskrift. Den regulerer virksomheten i legevakten, legevakt- og AMK-sentralene, ambulansetjenesten, akuttmottakene og nasjonalt nødnett for beredskapsstatene.

Kravene til kompetanse og samarbeid vil skjerpes, opplyser departementet, som vil sende forslaget på høring i løpet av våren.

marit.fonn@sykepleien.no

## AMK-sentraler i Norge

#### Helse Nord:

- › AMK Finnmark (Kirkenes)
- › AMK Tromsø
- › AMK Harstad
- › AMK Bodø
- › AMK Helgeland (Sandnessjøen)

#### Helse Midt:

- › AMK Nord-Trøndelag (Namsos)
- › AMK Sør-Trøndelag (Trondheim)
- › AMK Nordmøre og Romsdal (Molde): Skal legges ned i januar 2015
- › AMK Sunnmøre (Ålesund): Blir større når AMK Molde legges ned

#### Helse Sør-Øst:

- › AMK Innlandet (Gjøvik)
- › AMK Oslo og Akershus (Oslo): Landets største
- › AMK Buskerud (Drammen)
- › AMK Østfold (Fredrikstad): Blir kanskje slått sammen med AMK Oslo Akershus
- › AMK Telemark/Vestfold (Tønsberg)
- › AMK Sørlandet (Arendal)

#### Helse Vest:

- › AMK Førde
- › AMK Bergen: Nest størst i landet
- › AMK Haugesund
- › AMK Stavanger



# Hvem skal høre lydloggene?

AMK-ansatte vil ikke at mediene gjengir samtalerne deres som er tatt opp på bånd. Pressen ønsker lettere tilgang til lydlogger for å gjøre en god jobb. Tekst og foto **Marit Fonn**

**M**ediedekningen er det verste med jobben. Særlig når lydlogger er på avveier. Mange AMK-sykepleiere sier de opplever det slik. Tabloidaviser og tv står ikke høyt i kurs.

Alle samtaler på AMK-telefonene blir tatt opp på bånd og oppbevart. Noen ganger havner lydloggene i mediene.

Dette er utsagn som går igjen: Mediene klipper og limer hjerterått. De henger ut dem som jobber der. Helheten kommer ikke fram. Pressen er ute etter sensasjoner og setter oss i et dårlig lys. Alle i et lokalsamfunn vet hvem som snakker på båndet, stemmen burde skjermes.

Sykepleien har snakket med en av sykepleierne som opplevde å høre sin egen stemme i mediene i en sak som fikk fatal utgang. Selv om hun selv kom godt ut av det, vil hun ikke la seg intervju, heller ikke anonymt. Temaet er for vanskelig å rippe opp i.

## Kjente saker

Tøyen. Sofienbergparken. Karihol. Sunndalen. Stedsnavnene er knyttet til kjente hendelser der AMK-logger er blitt offentlige fordi mediene har hatt et kritisk blikk på nødberedskapen. I noen tilfeller har pasienter dødd fordi de ikke fikk hjelp i tide.

«Hør lydloggene: Moren døde mens AMK og familien kranglet.» «Drukne jenter sendt til feil sykehus.» «X kjempet for livet mens AMK-operatørene pludret på telefonen.» Dette er eksempler på overskrifter i mediene.

– Lydlogg er jeg positiv til. I over 98 prosent av tilfellene er de

«Lydloggene er viktig for vår kontrollfunksjon med nødetatene.

*Journalist Øyvind Johan Heggstad*

med på å underbygge det som operatørene sier har skjedd. Men at rikskanaler bruker det som underholdning er jeg mot, sier AMK-leder i Oslo Akershus, Rune Gehrken.

– Ansatte er sårbare. Ingen fortjener heksejakt.

## Fraråder å gi fra seg lydfilen

I klagesaker har pasienter og pårørende rett til å høre lydlogger som angår dem. Fagmiljøene vil ha tydelige retningslinjer for innsyn i lydloggene. Nasjonalt kompetansesenter for helsetjenestens kommunikasjonsberedskap (KoKom) etterlyser dette i et brev til Helse direktoratet.

KoKom, ledet av Alexandra Reksten, viser til økende pågang fra myndigheter, media og pasienter som vil ha tilgang til lydlogger. KoKom fraråder å utlevere selve lydfilen til pasienter, pårørende eller media, utskrift er bedre.

Men helst ingen utlevering: KoKom synes man bør vurdere å klassifisere lydlogger som pasientinformasjon og ikke være tilgjengelig for utlevering. «Dette er eneste måte man kan unngå feilaktig lekkasje av pasient/operator-data til det offentlige rom», skriver KoKom.



## Pressen vil gjøre jobben sin

Pressen på sin side jobber for lettere tilgang til nødetatenes lydlogger:

– Fordi vi vil ha førstehåndskilder, korrekt informasjon og alle nyanser i en sak, sier Øyvind Johan Heggstad, journalist i NRK og medlem i Norsk Presseforbunds offentlighetsutvalg.

– Vi vil ha innsyn så vi kan gjøre en uavhengig vurdering. Lydloggene er viktig for vår kontrollfunksjon med nødetatene. Vi kan for eksempel avsløre svikt i rutiner, slik at de kan forbedres.

Han har erfart at avskrifter av lydloggen er pyntet på og viktige nyanser er forsvunnet.

– Det er ikke samsvar med det skriftlige og lydloggen som vi senere har fått ut. I en presset situasjon kan det være avgjørende hvordan man blir tolket og oppfattet.

## – Presseetikken er streng

Mediene har krevd tilgang til flere lydfiler, for eksempel Årdalsdrapene og helikopterulykken på Sollihøgda. De behandles nå av sivilombudsmannen.

Heggstad understreker at pressen ikke er ute etter taushetsbelagte pasientopplysninger, med mindre pasienten selv har frigitt dem.

– Men de som jobber der har ikke krav på samme beskyttelse. De bør vite at det de gjør er gjenstand for mediens interesse. De forvalter liv og død.

– Det er ekstra belastende å høre sin egen stemme bli kringkastet. Er det nødvendig å gjengi den?

– Jeg skjønner det. Men samfunnets behov for informasjon veier tyngre.

Han minner om at presseetikken er streng.

– Å gjengi innhold fra lydlogger er et sterkt virkemiddel. Ingenting skal publiseres ukritisk.

– Hva med å dubbe stemmer på ansatte?

– Nei, det vil ikke gi et autentisk bilde. Skuespill kan by på nye misforståelser og oppleves sårende for pårørende. Utfordringen blir å rekruttere riktige folk til de viktige jobbene i nødetatene. Som regel er vi ikke på jakt etter operatørene. Vi ser etter tidslinjer, sinnsstemninger, korrekt faktainformasjon og hvem som har gitt info når, sier NRK-journalisten. ■■

marit.fonn@sykepleien.no



**Søk nå**  
– få gratis lommebok!

Søk om kortet innen 14 dager og få tilsendt en lekker lommebok i skinn sammen med ditt nye NSF MasterCard.

## Mange fordeler i ett og samme kort

Er du lei av at lommeboka flommer over av kort? Nå har du mulighet til å skaffe deg NSF MasterCard som erstatter både medlemskortet ditt og eventuelle kredittkort du måtte ha. I tillegg kan alle med NSF MasterCard opprette en tilleggskonto for sparing med p.t. 2,8 % sparerente fra første krone.

### NSF MasterCard – et trygt og solid kredittkort

Uansett hva og hvor du betaler, er kredittkort et sikkert betalingsmiddel. Du belaster ikke din egen konto, men får en månedlig faktura på alle kjøp du har foretatt med kortet. Ser du noe som ikke stemmer, tar du kontakt med Kundeservice. Betaler du alt på forfallsdato, påløper verken renter eller administrasjonsgebyr.

### God sparerente fra første krone

Alle som har NSF MasterCard kan opprette en tilleggskonto for sparing til p.t. 2,8 % sparerente fra første krone. Det er ingen begrensning i antall uttak.

### Søk med BankID og få svar med en gang

Gå inn på [www.nsfmastercard.no](http://www.nsfmastercard.no) og søk med BankID utstedt av hvilken som helst norsk bank. Du får svar umiddelbart. Kortet kommer i posten om noen dager.

### Mange fordeler i ett og samme kort

- Kombinert medlemskort og kredittkort.
- Ingen årsavgift.
- Inntil 45 dagers rentefri betalingsutsettelse.
- Gratis SMS-varsling av transaksjoner.
- Gebyrfrie varekjøp over hele verden.
- Gratis reiseforsikring for deg og 3 medreisende når min. 50 % av reisekostnadene betales med kortet.
- Gebyrfri nettbank med enkel og trygg pålogging med din BankID.
- Tilleggskonto for sparing med p.t. 2,8 % sparerente fra første krone.



# Der ute

Les mer om:

**40** Aktiv omsorg i Skien ›

**48** Lyrisk i Porsgrunn ›

**52** Ingen homo-sykepleiere i Uganda? ›

**56** Øyeblikket ›

Tekst **Eivor Hofstad**  
eivor.hofstad@sykepleien.no  
Illustrasjonsfoto **Colourbox**

## MALAYSISKE sykepleiere mobbet

«Du ønsker mammaen din fordi du er på sykehus med elendige sykepleiere», var budskapet i en reklamekampanje fra Tune Insurance, et malaysisk forsikringsselskap som selger reiseforsikringer. Nå har selskapet fått kritikk fra Malaysian Medical Association fordi annonsen fornærmer sykepleiere. Mer enn 2000 mennesker har signert for å få reklamekampanjen fjernet, og en talsperson for selskapet har sagt at annonsen skal trekkes tilbake.

Kilde: Nursing Standard

## BRITISK helsepersonell jobber gratis overtid

Helsepersonell er på topp-ti-lista over yrker i Storbritannia som jobber overtid uten å få betalt for det. 42 prosent av dem jobbet minst seks timer overtid i uka, mens lærerne toppet lista med minst 12 timer overtid i uka.

Kilde: Nursing Standard



**FILMSTJERNE:** Marcia Robinson er en av sykepleierne som er med i kampanjen til de canadiske sykepleierne. Foto: Ontario Nurses Association

## ONTARIO-sykepleiere i tv-kampanje

Medlemmer av Ontarios sykepleierforbund i Canada har spilt inn en tv-reklame for å få en slutt på nedskjæringer av sykepleierstillinger. Tv-filmen er en del av en multimedia-kampanje som forbundet lager for å få aksept for at det er nødvendig å øke sykepleierantallet. De to siste årene har over 1000 sykepleierstillinger blitt kuttet, noe som gjør Ontario til den delstaten i Canada med lavest antall sykepleiere i forhold til befolkning. I kampanjen blir publikum oppfordret til å støtte sykepleiernes krav.

Les mer om reklamekampanjen og se filmer på [www.morenurses.ca/](http://www.morenurses.ca/)

Kilde: Nursing Standard



## ENGELSKE sykehus dropper røykeforbud

Nursing Standard spurte 60 engelske trusts (helseforetak) om hvordan de håndterer reglene som kom i november om at alle sykehus skal være røykfrie. 26 svarte, og av dem var det seks som tillater røyking på henviste plasser.

Universitetssykehuset i Leicester hadde forbudt røyking over hele sykehuset, men ble nødt til å omgjøre bestemmelsen fordi de fikk betydelige negative tilbakemeldinger fra befolkning og pasienter. Men personalet får likevel ikke lov å røyke.

Ved Salisbury NHS Foundation Trust, blir personalet oppfordret til å ta et 11 ukers røykesluttkurs. Der tiltales også røyking på henviste områder for pasienter og pårørende fordi sykehuset mener et totalforbud kan medføre brannfare ved at røykerne vil oppsøke fjerne områder hvor de kan få stilt røyksuget sitt.



## Syke av åpne landskap i SVERIGE

Fra før har en dansk studie vist at det ikke er sunt med åpent kontorlandskap. Danskene fant at de som arbeider i åpne landskap med mer enn seks personer, har 62 prosent mer sykefravær enn de som har eget kontor.

Nå har svenske Stressforskningsinstituttet funnet noe lignende etter å ha intervjuet 1800 ansatte i sju ulike typer av kontorer. Her viser tallene at ansatte som jobber i kontorrom med fire til ni personer eller i åpne kontorlandskap med flere enn 24 personer har mer korttidsfravær (opptil en uke). For langtidssfravær var det en høyere risiko for kvinner i store kontorlandskap.

Forklaringene kan være at stressnivåene stiger når det er mye lyd fra omgivelsene og det er vanskelig å koble av, samt at infeksjonsrisikoen øker med mange i samme rom.

Kilde: Du och jobbet



## Thalliumsykepleier dømt på **GRAN CANARIA**

En sykepleier som jobbet på et sykehus i Las Palmas er dømt til 23 års fengsel for å ha forgiftet sin kone med det giftige tungmetallet thallium over lang tid, til hun døde av organsvikt i 2010. Han skal også ha gitt henne en miks av forskjellige medikamenter. Mannen mister omsorgsretten til parets barn, og skal betale 100 000 euro i erstatning til barnet og 100 000 euro til sine svigerforeldre.

Kilde: CanariaJournalen



## Psykoterapi fra **BRITISKE** intensivsykepleiere

Seks britiske intensivsykepleiere skal i sommer få opplæring i psykoterapi til hjelp for pasienter som opplever hallusinasjoner, vrangforestillinger og panikkanfall. Den forebyggende psykologiske intervensjonen de skal gi, er del av en ny studie til to millioner pund for å redusere posttraumatisk stress syndrom (PTSD) hos intensivpasienter.

Erfaringene skal brukes til å finjustere programmet før det introduseres ved 22 sykehus seinere på året.

Intensivpasienter får ofte psykiske traumer siden de er tungt sedert og gjerne gjennomgår flere invasive behandlinger. Halvparten får enten PTSD, depresjon eller angst etter å ha overlevd intensivbehandling.



## Masseoppsigelser fra **SVENSKE** jordmødre

I forrige nummer skrev Sykepleien om at annenhver sykepleier ved en av hjer-teavdelingene på Akademiska sjuk-huset i Uppsala sa opp i protest mot dårlig lønn. Nå har opprøret spredt seg til jordmødrene ved samme sykehus. I slutten av februar sa 28 jordmødre opp stillingene sine. De kommer til å slutte til sommeren dersom ikke sykehuset imøtekommer deres lønnskrav.

De krever minst 30 000 kroner i månedslønn for nyutdannede jordmødre og minst 5 000 kroner i månedlig lønnspluss for de som allerede jobber ved sykehuset. Oppsigelsene kom etter at sykehusledelsen hadde sagt de var villige til å gi 4 prosents lønnsøkning, det vil si mellom 1000 og 1500 kroner per jordmor.

Jordmødrene som har sagt seg opp planlegger å jobbe som sykepleiere eller ta arbeid gjennom vikarbyrå som tilbyr stillinger i Norge og Stockholm med høyere lønninger.

Kilde: Uppsala Nya Tidning



## **AARHUS** Universitetshospital har best image

Størrelsen har noe å si for imaget til danske sykehus. De største gigantsykehusene skårer høyest, mens de små ligger på bunnen, viser en spørreundersøkelse foretatt av Dagens Medicin i Danmark. Avisen har spurt 2200 leger og sykepleiere om å vurdere 41 somatiske sykehus etter kjennskap og omdømme ut fra parametre som blant annet troverdighet, samarbeid med andre sektorer i helsevesenet og sykehusets utstyr og fasiliteter.

Rigshospitalet er landets mest kjente, men skårer dårlig på en del andre områder, særlig på samarbeid med andre sektorer i helsevesenet. Steno Diabetes Center skårer best, men faller gjennom på kjennskap til sykehuset. Dermed har Aarhus Universitetshospital samlet sett det beste image. Amager og Nykøbing F ligger på bunnen.

Kilde: Ugeskriftet for Læger



## Gulset nærmiljøsender vil utsette sykehjemsinnleggelse.

Tekst og foto **Eivor Hofstad**





# Sammen for livet

**TID SAMMEN:** Kanskje kan  
åpent hus på Gulset være med  
på å gi Aud Johnsen og Arne  
Svanberg mer tid sammen.



**T**irsdag formiddag klokka ti er det full aktivitet i kulissene i den moderne kirka på Gulset i Skien. I denne vestlige drabantbyen, høyt hevet over resten av Skien, ble det bygd voldsomt på 60-tallet. Bård Tufte Johansen og Jan Thomas vokste opp her. I dag har bydelen nær 10 000 innbyggere og en ekstra stor porsjon pensjonister.

Gulset nærmiljøsender holder til på butikkssenteret og arrangerer «åpent hus» i kirka like ved hver tirsdag klokka 11–13. Det innebærer en liten andakt, servering, musikk, kultur og sosialt



## «Det vi gjør for- andrer øynene til mennesker.»

Reidun Hvale

samvær. Og kanskje en liten svingom. For selv om grått er den dominerende hårfargen i lokalet, er energien hos deltakerne av en mye varmere kulør.

### Kaffeansvarlig

Sju ganger verdensmester og 24 ganger norgesmester for seniorer på skøyter, Arne Svanberg, er snart 90 år og kaffeansvarlig på disse møtene. Han er tidligere muremester fra Sandefjord og kom til Skien på 60-tallet hvor han jobbet som ingeniør i kommunen. Han tegna og bygde selv murhuset på Gulset han bodde i med kone og tre barn.

– Jeg kjenner alle sammen her. Det er artig å se at det kommer så mange, sier han og sjekker at den sjette 2-liters kaffekanna fylles som den skal.

Så går han for å hente samboeren sin, Aud Johnsen, også snart 90 år. Hun både ser, hører og husker dårligere enn før, og setter pris på ei hånd å holde i når hun går.

– Kona mi døde for 15 år siden og Aud var venninna hennes. Like etter at hun døde, ble Aud blind og jeg måtte ta meg av henne, sier han.

Nå bor de sammen i en omsorgsleilighet med utsikt til parkeringen ved Gulset senter, og har skrevet samboerkontrakt.

– Hun er flink til å danse. Er sprek og kjapp. Aldri hører jeg det feiler henne noe, sier Arne.

– Jeg er blind på det ene øyet og ser lite grann på det andre, forklarer Aud.

– Du er heldig som har Arne, sier en av de to daglige lederne ved Gulset Nærmiljøsender, Reidun Hvale.

– Ja. Jeg veit ikke hva jeg skulle gjort uten ham. Han er sjåføren min også, sier Aud.

– Hver femte uke er hun på avlastning i to uker, så jeg får litt fri, sier Arne.

### Vil utsette sykehjemsinnleggelse

– Mange kunne ikke bodd hjemme hvis det ikke hadde vært for oss. Et av våre mål er å utsette sykehjemsinnleggelse med et år i snitt, sier Gisle Lunde, den andre daglige lederen av nærmiljøsenderet.

Lunde og Hvale får midler fra kul-

turdepartementet og kommunen som nesten dekker en stilling som de deler. Resten kommer fra private sponsorer. Det finansierer alskens aktiviteter som norsktrening, strikkekafé, zumba, data- og nettbrettkurs for seniorer og sosialt samvær for voksne arbeidsledige i Grenlandsområdet. I tillegg brukes lokalene på Gulsetsenteret til blant annet konserter, birøkterkurs og andre lokale grupper. Nærmiljøsenderet har også «Etter skoletid» for skolebarn der mange pensjonister er frivillige. Andre frivillige hjelpere og utenlandske volonter er med på å realisere det hele.

– Dette er folkehelse i praksis, sier Lunde.

Nå planlegger de å tilby en ukentlig felles middag for dem som ønsker å spise sammen med noen, og i løpet av året vil de starte samarbeid med ungdomsskolen om en følgetjeneste, slik at de eldre kan bli fulgt til aktivitetene av ungdommer.

### Får liv i øynene igjen

Anne Marie Ausland på 61 år kommer blid som ei sol inn på kjøkkenet. Hun åpner skuffene og finner fram glasskåler for å helle jordbærsyltetøy i. To til hvert av de tre langbordene. Hun har dekket på med servietter og alt. Da hun begynte å komme hit gikk hun med krykker på grunn av gikta. Nå er hun pådekningsansvarlig og har kastet krykkene.

– Alle burde bli spurt etter. Det burde være bruk for alle. Da skjer det mye som har med helse å gjøre, sier Reidun Hvale.

Hun spør alltid hva folk kan tenke seg å gjøre, og forsøker å tildele dem oppga-



**ALLSANGSVERKTØY:** I denne boka står alt fra «En liten gyllen ring» til kjente salmer.



**ESTETISKE VAFLER:** På «Åpent hus» er Clara Ingrid Haraldsø nøye med å klippe til kantene på vafleene så de blir en fryd for både gane og øye.



**KASTET KRYKKENE:**

Anne Marie Ausland er glad for å ha jobben som pådekningsansvarlig. Hun har ikke lenger bruk for krykkene hun brukte før for gikta.





**SERVERING:** Anne Marie Ausland sender fatet med snitter videre til Marit Dahl. Hun sparer seg til vaflene og spiser heller medbragt yoghurt så lenge.

ver de trives med. Gjennom årene har hun sett mange nye vennskap oppstå. Sett livsgleden komme tilbake hos de som har mistet en ektefelle.

– Det vi gjør forandrer øynene til mennesker. De får liv i øynene igjen. Men den verdien kan man ikke måle i

luere aktiviteter for sine brukere mer systematisk. 13 fylker har hatt slike kurs nå, og i april starter det opp nye.

– Når helsesektoren legger opp til tverrfaglig samarbeid må vi snakke samme språk. Vi kan alle ha fine uttrykk på det vi gjør, men vi må sikre at vi har den

måtte en person som hadde blitt fulgt av en ansatt ved sykehjemmet, gå et kvarter før konserten var ferdig, fordi ledsageren var ferdig på vakt og skulle rekke vaktskiftet.

– Det kunne vi sikkert unngått hvis vi hadde snakket sammen litt først. Det gjelder flere av våre arrangementer, sier Hvale.

– Det handler om samhandling. Det er en utfordring, men fullt mulig, mener Lunde.

## «Vårt mål er å utsette sykehjemssinnleggelse med et år.»

Gisle Lunde

pengen, sier den tidligere læreren.

– Jeg skulle ønske kommunale ledere kunne se verdien i friskhet. Det er som kjent bedre å behandle gnagsår enn ligesår, sier Gisle Lunde.

### Kurs i aktiv omsorg

De siste ukene har Lunde og Hvale tatt et 15 studiepoengs kurs i «aktiv omsorg» i regi av Høgskolen i Telemark og Senter for omsorgsforskning Sør. Der har de gått sammen med helsepersonell for å lære seg å planlegge og eva-

luere forståelsen. Dette er et av få studier hvor du faktisk lærer å samhandle på tvers av sektorer, sier Lunde.

– GLL-metoden er eksempel på en konkret ting jeg har lært som jeg har nytte av i hverdagen, sier Hvale.

GLL står for gjort, lært og lurt.

– Vi må alltid tenke gjennom hva vi har gjort, hva vi har lært og hva som er lurt å gjøre eller tenke på til neste gang.

– Hva savner dere hos helsetjenesten?

– Litt mer fleksibilitet, sier Lunde.

Da de hadde konsert i forrige uke,

### Spleiselag

På dagens «åpent hus» er alle snittene og vaflene med syltetøy fortært og siste ukens hendelser delt med venner og venninner.

– Det var ei her i dag som hadde fått konstatert en kul hos legen og var veldig utenfor. Men jeg så at hun livnet til etter hvert. Når folk kommer hit og prater om gleder og bekymringer, utløser det endorfiner så de føler seg bedre etterpå, sier Gisle Lunde.

Nå er det full konsert fra en gjeng fireåringer fra barnehagen som holder



## Kurs i aktiv omsorg

- › Aktiv omsorg er et 15 studiepoengs kurs fra Høgskolen i Telemark og Senter for omsorgsforskning Sør. Det går over fire samlinger og har hittil vært holdt i 13 fylker i landet.
- › Målgruppen er helsepersonell på ansatt- og ledelsesnivå, frivillige organisasjoner,

kultursektor og andre institusjoner i lokalmiljøene.

- › Målet er todelt: Å tilegne seg kunnskap om aktiv omsorg for å få større forståelse for ulike sider ved samspillet mellom kultur, aktiviteter, trivsel og helse. Samt å lære

seg å kartlegge, planlegge, igangsette og evaluere aktiviteter for brukergrupper i den kommunale helse- og omsorgssektoren.

- › Man jobber etter aksjonslæringsprinsippet, det vil si at arbeidsplassen blir praksisarena.

- › Eksamen er frivillig.

- › Nye kurs starter opp i april over store deler av landet.

Mer informasjon kan fås på nettsiden [www.hit.no/aktiv](http://www.hit.no/aktiv)

## «I dette studiet lærer du å samhandle på tvers av sektorer.»

Gisle Lunde

til i kjelleren av kirka. Aud Johansen og Arne Svanberg har satt seg i en sofa litt for seg selv. Arne er ikke helt i form mens han venter på å opereres. Han gruer seg til det. Aud slår takten med fingrene og liker tydelig musikken. Hjemme har hun et piano hun bruker å spille på, men notene ligger i pianokraken siden hun ikke kan se dem lenger.

Så sender Reidun Hvale rundt noen tomme jordbærsyltetøyspann for at folk kan bidra med en liten slant for serveringen, hvis de vil og kan. Det gjør de. Disse innsamlingsrundene bruker å gi nok til å kjøpe inn ingredienser til neste treff.

Etter at to lodd er trukket og Arne og Aud ikke vant blomster, reiser de seg for å gå. Han skal følge henne til

frisøren på senteret. Mens han venter på henne, inviterer han til visning av premiesamlingen i leiligheten. Vi kjører den plettfrie Mercedesen hans 60 meter bort til inngangen. I stua er det medaljer og pokaler i tre skap fra mesterskap over hele verden.

Han har gått på skøyter siden han var ti, men VM og NM-premiene kom ikke før etter han var 50. De dekker en hel vegg sammen med avisutklipp og bilder der han poserer med Hjallis, Kupper'n og til og med Kongen.

– Jeg hadde grudd meg til hva jeg skulle prate med Kongen om, men han visste nesten mer om meg enn jeg gjorde selv. ■■■

[eivor.hofstad@sykepleien.no](mailto:eivor.hofstad@sykepleien.no)



**HÅND I HÅND:** Arne Svanberg følger Aud Johansen til frisøren etter dagens besøk på «Åpent hus».

## Støttestrømper

### Til jobb og fritid

Våre komprimerende strømper er utviklet for å øke blodsirkulasjonen i fot og ben. Det økede trykket virker forebyggende mot blodpropper, åreknuter og motvirker også hovne og trette ben. Samtidig gir kompresjonsstrømpene inntil 30% hurtigere restitusjon!



**xwear.no**

# SYKEPLEIERE FORTJENER DET BESTE

Har du tilgang?

[www.ppsinfo.no](http://www.ppsinfo.no)

**PPS»**  
Praktiske Prosedyrer i Sykepleietjenesten

[dips.no/e-resept](http://dips.no/e-resept)

Riksg Spør 66119



Ledende leverandør av eHelse til norske sykehus siden 1987.



De truet med streik og fikk gjennomslag for ny videreutdanning. Tekst og foto Marit Fonn

# Vant kampen om utdanning

**E**tter en lang kamp har sykepleierne i Malawi vunnet fram: Nå får sykepleiere den videreutdanningen de ønsker seg.

For et år siden lovet president Joyce Banda at utdanningen skulle starte opp på nyåret i 2014. Men byråkratiet saboterte. Sykepleierforbundet truet derfor med streik i januar og krevde at presidenten likevel innførte utdanningen.

Det hjalp. Harriet Kapyepye, generalsekretær i National Organisation of Nurses and Midwives of Malawi (NONM), er på god fot med presidenten, som nå har godkjent utdanningen.

Det er NONM som har foreslått

Den tidligere videreutdanningen besto av to års skole. Den nye består av ett år på skole og ett i praksis, slik at helsevesenet i mindre grad tappes for sårt tiltrengt arbeidskraft.

Utdanningene får dels offentlig støtte, dels privat.

– Neste år starter også et program i e-læring for 90 sykepleiere, forteller Kapyepye.

Programmet er finansiert av African Medical and Research Foundation.

Kapyepye regner med at flere skoler vil tilby videreutdanning neste år.

– Det bør oppgraderes minst



«Jeg er glad og stolt.»

Harriet Kapyepye, generalsekretær i NONM

et nytt utdanningsprogram. Mange har vært sykepleiere i over ti år uten faglig oppdatering.

7 000 av sykepleierne kan sammenliknes med helsefagarbeidere i Norge. De trenger påfyll, slik at de kan oppgradere seg til såkalt «registered nurse», tilsvarende offentlig godkjent sykepleier.

– 24. mars starter den første skolen opp i hovedstaden Lilongwe, forteller Kapyepye.

Deretter starter to i april og siden to i oktober. To er nord i landet og to i sør. Til sammen blir det rundt 250 sykepleiere som setter seg på skolebenken i år.

500 sykepleiere i året, mener hun.

– Mange sykepleiere er nå villige til å ta opp studielån. Vi har også en støtteordning for unge kvinner.

Kapyepye er glad og stolt:

– Vi har håndtert saken profesjonelt og oppnådd respekt fra andre helseinstitusjoner. Det motiverer oss i arbeidet framover

Det siste året har medlemstallet økt med tusen.

– Vi har nå 9 640 medlemmer. I tillegg har vi to-tre tusen studenter som assosierte medlemmer. ■■■

marit.fonn@sykepleien.no



sorbact®  
green wound healing

## GRØNN SÅRTILHELING

- Binder effektivt sopp og bakterier<sup>1</sup>
- Kan brukes på alle typer sår<sup>1</sup>
- Sikkert og dokumentert<sup>1</sup>
- Ingen fare for resistensutvikling<sup>1</sup>
- Ingen miljøpåvirkning<sup>1</sup>
- Økonomisk i bruk<sup>1</sup>

Referanse: 1. Ljungh Å et al. Journal of Wound Care 2006; 15(4):175-180.



ABIGO Medical AS, pharma@abigo.no, www.abigo.no, www.sorbact.com





I en stue i Grenland serveres reseptfri medisin med en god porsjon humor.

# — Helt uten bivirkninger

Tekst Susanne Dietrichson Foto Erik M. Sundt





**MUSIKALSK LEGE:** Magnar Kleiven er bedriftslege, generalsekretær i Norges kristelige legeförening og tidligere medisinsk fagsjef i NHO. Han har også skrevet boka: «Ikke bland doktor'n borti helsa di» på Vivilja Forlag.

## «Helse-lyrikk formidler et budskap.»



**LYRISK LÆRER:** Oddmund Haugen er adjunkt og jobber ved Skien kommunale voksenopplæring. Han debuterte i 1975 med diktsamlingen: «Doggdropen» og har til sammen gitt ut seks diktsamlinger på Vivilja Forlag.

**D**ette bildet har sønnen min laget.

Magnar Kleiven peker på et fargesterkt abstrakt maleri. Bildene henger tett på de rødmalte stueveggen; familiefotografier, trykk og malerier. På bordet står et treetasjes kakefat.

Kona har bakt. Kleiven slår ut med hånden mot kakene og serverer kaffe i små porselensopper.

### Uten bivirkninger

Han er bedriftslege, forfatter og foredragsholder. Sammen med Oddmund Haugen, lyriker og lærer for minoritetsspråklige elever ved Skien kommunale voksenopplæring, har han laget begrepet «helselyrikk».

– Helselyrikk formidler et budskap, det kommuniserer verdier og fremmer god helse, forklarer Haugen.

– Reseptfri medisin helt uten bivirkninger, humrer Kleiven.

Magene disser på de to vennene. Felles humor vitner om et langt vennskap.

– Vi har vært venner fra vi begynte på Bø gymnas – i 1967.

Siden har de samarbeidet med ujevne mellomrom, men de siste ti årene i mer etablerte former.

Oddmund leser diktene sine og Magnar akkompagnerer på piano.

De to opptrer ofte for helsepersonell i form av minikonsserter eller i forbindelse med at Kleiven holder inspirasjonsforedrag. I stuen troner et sort flygel. Herrene lar seg ikke be to ganger og snart fylles rommet med ord og toner:

### Legetimen

*Då gamlemor hadde fått opp den niande knappen i kjolen, var legetimen over ...*

### Poesi i praksis

– Vi får tilbakemeldinger om at helsearbeiderne tar diktene og musikken vår videre og benytter den i sin praksis, forteller Haugen.

Han bruker også gjerne poesi i undervisningen og mener den fungerer som en døråpner på tvers av livssyn og kulturell bakgrunn.

### Beste venninna

*Beste venninna  
er ho som skjønar  
kva eg har å seie  
når ord ikkje vert sagde.*

Oddmund Haugen debuterte som lyriker i 1975. Mange av diktene beskriver enkle situasjoner hentet fra hverdagslivet, og helsevesenet, som i «Legetimen».

– Jeg er opptatt av hvordan diktene mine blir mottatt, sier Haugen.

– For meg er ikke det å skrive dikt en akademisk lek. Jeg ønsker å kommunisere. Jeg blir inspirert av samtaler med andre mennesker og lager ofte dikt med utgangspunkt i det jeg hører. Som dette diktet, inspirert av en sms:

### Friskmelding

*Den eine dagen fikk beste-foreldra fylgjende sms:  
Julie er småsjuk i dag.  
Neste dag kom ein ny sms:  
No er veslejenten vår frisk igjen.  
Ho rører rundt i klosettskåla med fjernkontrollen ...*

### Gir håp

Haugen har skrevet dikt så lenge han kan huske, men begynte for alvor å skrive da broren hans døde i 1970. Diktet «Doggdropen» som handler om broren, har fått en minnelund på Nenset kirkegård i Skien hvor diktet ble skrevet.

### Doggdropen

*Eg er berre doggdropen liten og veik som skjelvande på eit blad.  
Eg lever «kje lenger enn morgonen ut så driv eg frå land og fer av.*

*Du skapte meg Herre og gav meg eit kall  
til arbeid i vingarden din.  
Sjå doggdropen blenkjer når ljuset slepp inn  
– i guddommens prydnad han skin.*

– Jeg tenker at når jeg skriver dikt på grunnlag av mine egne erfaringer så kan diktene kanskje skape gjenkjennelse og hjelpe andre, sier Haugen.

Tilbakemeldingene fra leserne kan tyde på det. Haugen får mange e-poster og blir ofte stoppet på supermarkedet.

– Jeg har opplevd at folk sier ting som: «Å dette gjorde godt for sjela!». Eller at en dement dame på sykehjemmet kommer bort for en konsert for å stryke meg på hånden. Slikt gjør noe med deg.

– Med helselyrikk ønsker vi å sette søkelys på ulike livssituasjoner på en måte som gir håp, sier Kleiven.

Men selv om humor og hverdagslige hendelser er bærende elementer i hverdagslyrikken, er det også rom for samfunnskritikk.

– Vi er opptatt av å sette fingeren på ting vi mener er galt i samfunnet vårt, mener Haugen. Og leser et dikt som eksempel.

### Omsorgsbustad

*Då styresmaktene  
hadde bygd omsorgsbustaden  
var det ikkje att pengar  
til omsorg i bustaden.*

Diktene er hentet fra diktsamlingen: «Å vere attende». Vivilja forlag 2011. ■■■

Tekst **Susanne Dietrichson**  
Foto **Erik M. Sundt**



## Lik oss på Facebook!



På Facebook-siden vår får du tilgang til diskusjoner blant sykepleiere, nyheter, faglige artikler og nyheter. Her kan du også tipse oss om saker.

Lik oss på Facebook innen 1. april og **bli med i trekningen av 2 gavekort** på 2.500 hver.

Vi offentliggjør vinnerne i blad nr 5.

**Sykepleien**

Homofile i Uganda kan nå få livstidsdom. Men forbundsleder Janet Obodi vet ikke om noen sykepleiere er homofile.

Tekst og foto Marit Fonn

# – Homofili er en privatsak



**STILLE:** Homofili i egne rekker er ikke et tema det snakkes høyt om i det ugandiske sykepleierforbundet, forteller leder Janet Obodi.

**D**en 24. februar skrev den ugandiske presidenten Yoweri Museveni under på en ny lov som rammer homofile. Loven innebærer at homofile som praktiserer sin seksuelle legning, kan bli fengslet for livstid.

Norge har reagert med å holde tilbake 50 millioner bistandskroner, men vil øke støtten til menneskerettsforkjempere.

– Vi skal behandle og ta vare på alle pasienter, også homofile, sier Janet Obodi, leder i det ugandiske sykepleierforbundet.

Det er hennes første reaksjon når Sykepleien ber henne kommentere den nye loven.

Siden 2010 har Norsk Sykepleierforbund (NSF) og Norad støttet Uganda Nurses and Midwives Union (UNMU).

det straffes. Slik misbruk er ikke akseptabelt. Men er det snakk om frivillig praksis mellom likestilte personer, kan jeg ikke se at det vil hjelpe å straffe dem.

– Er det greit å være åpen homofil?

– Det er et personlig valg. Det er ens egen sak så lenge man ikke blander inn andre mot deres vilje. Men som profesjonelle helsearbeidere skal vi behandle alle likt.

– Er det likevel sykepleiere som diskriminerer homofile pasienter?

– Det er mot vår etikk. Alle har rett på helsehjelp.

– Men hvordan er praksis rundt om i landet, tror du?

– Jeg tror sykepleierne følger etikken og oppfyller pasientenes rettigheter.

**– Bryter menneskerettighetene**

– Homofile må rehabilitere seg selv, og samfunnet må hjelpe dem å endre legning, sa president Museveni da han underskrev loven, ifølge NRK.

Homofile førstegangsforbrytere kan straffes med opptil 14 års fengsel. For såkalt mer «alvorlige forbrytelser» risikerer de homofile fengsel på livstid.

Utenriksminister Børge Brende reagerte slik:

– Loven bryter med grunnleggende menneskerettigheter og med Ugandas grunnlov. Den vil forverre situasjonen for en allerede utsatt gruppe og kriminalisere enkeltpersoner og organisasjoner som arbeider for seksuelle minoriteters rettigheter, sa han til NTB i februar.

## «Helsearbeidere kan ikke diskriminere noen pasienter.»

Janet Obodi, forbundsleder

### Et personlig valg

Obodi synes den nye loven virker litt streng.

– Hva synes du om at homofile kan få livstidsdom?

– Hvis det for eksempel er en voksen som utnytter en mindreårig, må

### Tror på behandling mot homofili

– Er sykepleiere som selv er homofile åpne om det?

– Nei, de er ikke åpne.

– Er dette et aktuelt tema for dere i sykepleierforbundet?

– Nei.

Janet Obodi sier hun har tro på at man kan avvenne seg fra å være homofil ved hjelp av psykologisk og sosial behandling.

– I hvert fall i de tilfellene det er en lært oppførsel. Da er det snakk om et livsstilvalg.

### Kjenner ingen homofile

I Janet Obodi mener at loven foreløpig ikke har bydd på problemer for sykepleierne:

– Hva med påbudet om å angi homofile?

– Helsearbeidere kan ikke diskriminere noen pasienter. Alle er velkomne til sykehuset. Alle har rett til helse.

– Er du bekymret?

– Nei. Først må vi se hvordan det vil bli i praksis når loven implementeres. For tiden er det stille om saken.



**IKKE-TEMA:** Forbundsleder Janet Obodi (t.h.) har reist mye rundt i Uganda for å treffe sykepleiere, som er her på Jinja-sykehuset i 2010. Men homofili har aldri vært temaet. Det bør det kanskje bli hvis alle pasienter skal ivaretas, uavhengig av seksuell legning. Arkivfoto: Marit Fonn.

– Når trer loven i kraft?  
– Jeg vet ikke, men det ble sagt at det skulle skje med en gang.

Sammen med Nigeria har Uganda nå det strengeste lovverket mot homoseksuell praksis.

– Hvordan tror du homofile sykepleiere føler det?

– Jeg vet ikke om noen sykepleiere er homofile. Det er ikke noe det snakkes om, det er ikke vårt anliggende.

Det er 40 000 sykepleiere i Uganda. Nesten 10 000 er medlemmer i UNMU.

– Det må vel være noen som er homofile?

– Jeg kjenner ingen. Det er ikke noe vi problematiserer.

#### Blir «outet» i pressen

– Loven vil få alvorlige konsekvenser både for lesbiske og homofile og hele befolkningen, sier Bård Nylund, leder i landsforeningen for lesbiske, homofile, bifile og transpersoner (LLH).

Nylund har tidligere vært studentleder i Norsk Sykepleierforbund.

– Særlig vil angiverplikten gi seg utslag. Når alle plikter å gi beskjed til myndighetene om de kjenner til praktiserende homofile og lesbiske, vil det bli enda vanskeligere for homofile å få tilgang til helsetjenester, mener han.

Uganda er et av de landene LLH samarbeider mest med, forteller han.

## «Homofile og lesbiske er rettsløse.»

Bård Nylund, LLH-leder

– Etter at loven ble signert har tabloidavisene trykket navn og bilde av homoaktivister. Jeg kjenner flere som er blitt «outet» i pressen. Det er i realiteten en oppfordring om å ta loven i egne hender. Én skal angivelig ha blitt drept av gatemobben.

Nylund påpeker at selv om over 30 afrikanske land har lover mot homofili, er det i flere land sovende paragrafer.

– Men i disse landene er homofile

og lesbiske rettløse. Det kan gjøres overgrep mot dem uten at det får konsekvenser for overgriperne.

#### – Ikke mer edel enn andre

Når Nylund leser kommentarene fra den ugandiske forbundslederen, tolker han det som at hun må være forsiktig

med hvordan hun uttaler seg. Han tror ikke det er bedre holdninger blant sykepleiere enn ellers:

– Sykepleierne er neppe en spesielt edel gruppe. De er ikke annerledes enn andre folk. De aller fleste ugandere støtter loven. Jeg har hørt om helsearbeidere som ser på homofile som dyr.

Nylund mener Norsk Sykepleierforbund (NSF) har et ansvar ved å samarbeide med for eksempel UNMU.



**SNAKK OM DET:** Seksuelle minoriteter bør bli et tema hvis NSF skal fortsette med utenlandske prosjekter, mener LLH-leder Bård Nylund, som tidligere var studentleder i NSF.



– NSF må framheve seksuelle minoriteter hvis man skal fortsette med utenlandske prosjekter i land som Uganda, Malawi og Zambia. Der er det umenneskelige forhold for homofile. Vi bidrar gjerne i et slikt arbeid. Vi ser i andre deler av verden at det kan være positivt å alliere seg med fagbevegelsen. Da kan ting skje.

Nylund forteller at LLH også samarbeider med Kenya, Bangladesh, India, Pakistan og Nepal.

– Dessuten jobber vi med religiøse ledere. Og vi skal begynne med Øst-Europa.

#### 75 land har homolover

Ifølge LLH er det over 75 land som har lovforbud mot homoseksualitet. 38 av disse er i Afrika.

– Det interessante er at lovene i sin tid ble introdusert av britene, sier Marna Eide, leder for internasjonal avdeling i LLH.

## «I Afrika er seksuell legning veldig privat.»

Michael Vitols, spesialrådgiver i NSF

– Det er samme lovgivning som man brukte for over hundre år siden for å dømme Oscar Wilde for et homoseksuelt forhold.

Disse lovene finnes fremdeles i de fleste landene som tidligere var britiske kolonier, både i Afrika og Asia.

– Det er Nigeria og Uganda som nettopp har skjerpet straffelovgivningen..

I januar ble det kjent at presidenten i Nigeria, Goodluck Jonathan, innførte en homofientlig lov. Det ble ulovlig for homofile å holde hender eller oppholde seg på samme sted, ifølge NRK.

– Lovene er et angrep på ytrings- og forsamlingsfriheten og vil gjøre det svært vanskelig å drive rettighetsarbeid. I tillegg vil det bli vanskelig å

jobbe med hiv- og aidsforebygging i Uganda, der det nå er påbud om å angi homofile. De vil ikke tørre å oppsøke hjelp, sier Eide.

#### Kjenner noen som kjenner

Michael Vitols, spesialrådgiver i NSF, har løpende kontakt med lederne i sykepleierforbundet i Uganda og besøker landet flere ganger i året. Den nye loven har han diskutert med dem:

– Som samarbeidspartner kan ikke NSF forlange noe. Men vi forventer at de internasjonale konvensjoner følges. Vi kan si hva som er vårt standpunkt og prege debatten med det. Både NSF og UNMU støtter at alle skal ha tilgang til helsetjenester. Der er vi samstemte.

Han påpeker at homobevegelsen i Europa og USA med sin åpne holdning er fjern fra afrikanernes hverdag:

– I Afrika er seksuell legning veldig privat. Men i fortrolige samtaler vil mange si at de kjenner noen som kjenner noen ... For sykepleierne må det sitte i ryggraden at alle har rett til behandling. Man spør ikke etter seksuell legning. Men sykepleierforbundene kan godt støtte at alle har lov å leve som de vil.

#### Bør kontakte homoaktivistene

Vitols tror den nye loven i Uganda mer er et politisk utspill enn at den er praktisk gjennomførbar.

– Men er ikke sykepleierne en gruppe som kan gå i bresjen for seksuelle minoriteter?

– Vi vil be UNMU ta kontakt med homobevegelsen. De homofiles organisasjoner vet akkurat hvor skoen trykker. De kan sette seg ved bordet og drøfte strategi, enten målet er å annullere loven eller sørge for lik tilgang til helsetjenester.

– Nylund mener at også helsearbeidere er homofientlige?

– Enhver yrkesgruppe gjenspeiler samfunnet. Tiltak rettet både mot myndighetene og sykepleierne kan være nyttig. Sykepleierne kan informeres om hvordan de bør opptre som fagpersoner, sier Vitols. ■■■

marit.fonn@sykepleien.no



## Magnesium bidrar til en normal muskelfunksjon

Floradix Formula er et flytende magnesiumpreparat uten vitaminer for maksimum opptagelse i organismen med sine lettfordøyelige varianter av magnesiumforbindelser. Her får man full utnyttelse uten å måtte ta med tapsvurderingen ved inntak i tablett/kapsel form. Oppløst i fruktjuicer og urter kan det lett taes opp i kroppen, samtidig som smak og virkning er god, velsmakende og lett å svelge. Les mer om magnesium på våre web sider [www.naturimport.no](http://www.naturimport.no)

- **Magnesium fremmer redusert tretthet og slapphet**
- **Magnesium fremmer opprettholdelsen av normale ben**
- **Magnesium fremmer et normalt funksjonerende nervesystem**

OBS! Uten konserveringsmidler!

Floradix Magnesium® kjøpes hos:



tidlig dag naturlig drink



Se våre facebook sider



Ole Deviks vei 18, 0666 Oslo • Tlf. 23 37 37 40 • Faks 23 37 37 59  
E-mail: [post@naturimport.no](mailto:post@naturimport.no) • [www.naturimport.no](http://www.naturimport.no)



**I NORGE:** Elisabeth Engqvist er lærer på kurs i medisinsk yoga for helsepersonell i Norge. Her er hun fra et kurs på Sagene i Oslo 2012. Foto: Eivor Hofstad

## Yoga testes mot hjerteflimmer

**Danderyds sjukhus i Sverige** starter en studie for å undersøke effekten av medisinsk yoga hos personer som plages av paroksysmalt forkammerflimmer. Tidligere studier har vist at blodtrykk og hjerterefrekvens synker når pasienter utfører disse yogaøvelsene.

– Derfor er vår hypotese at medisinsk yoga har positive effekter på paroksysmalt forkammerflimmer, sier forskningssykepleier og doktorand Maria Nilsson ved Danderyds sjukhus til Dagens sjukskoterska.

De 180 deltakerne i studien skal deles i to, der halvparten får standard behandling med legemidler, defibrillering og ablasjon. Den andre gruppen får i tillegg medisinsk yoga en gang i uken. Behandlingen skal pågå i tre måneder.

Ifølge Maria Nilsson blir dette den største randomiserte studien om medisinsk yoga og forkammerflimmer.

Sykepleien skrev om Maria Nilssons forskning og medisinsk yoga i nummer 1, 2012, og kan leses på Sykepleien.no

## Gratis testing av kjønns sykdommer i sør

– **Vi er** redd det er store mørketall, både for klamydia og hiv, forteller sykepleier og hiv-koordinator Kristin Bårdsen Aas (bildet) ved Sørlandet sykehus til Fædrelandsvennen.

Hun er intervjuet sammen med hiv-positive Glenn Mathisen fra sykehusets brukerråd. Han har vært en drivkraft for tilbudet.

De to ønsker at så mange som mulig skal benytte seg av sykehusets nye tilbud om gratis test for seksuelt overførbare sykdommer.

I høst fortalte Aas til Sykepleien at brukerrådet er uvurderlig i arbeidet med hivpositive.

Antallet hivsmittede menn som har sex med menn øker.

– Håpet er at de som har hatt ubeskyttet sex tester seg, sier Mathisen til avisen.



Foto: Sol Nordland

## Nei til falske piller

**Det internasjonale sykepleierforbundet ICN** har engasjert seg i en kampanje mot legemidler som ikke er det de gir seg ut for å være.

Falske legemidler representerer et økende problem i den tredje verden. I et land som Kamerun ble det i 2013 oppdaget at tre legemidler mot malaria, som ble solgt rimelig på markedet, ikke inneholdt aktive farmasøytiske ingredienser mot sykdommen i det hele tatt. Pillene var heller en fare for folkehelsen i det kjøperne ikke ante at de ikke ga beskyttelse mot den farlige sykdommen.

I Singapore har sykehusene fått inn mannlige pasienter som brukte falske potensmidler. De inneholdt høye verdier av stoffet glibenclamide, som drastisk senket blodsukkeret hos pasienter. Dette kunne i verste fall forårsake hjerneskade.

28. mai markeres kampanjen mot falske legemidler internasjonalt.



Foto: Colourbox

## Tidstyranniet på retur i Danmark

**Tallet på kommuner** hvor hjemmehjelpere registrerer tiden de bruker hos eldre, er kraftig redusert.

For fem år siden krevde 47 prosent av kommunene registrering av tidsbruken. I dag er andelen sunket til 21 prosent, viser rundspørring fagforeningen Fag og Arbeid (FOA) har gjennomført.

– Kommunene har begynt å anerkjenne medarbeidernes faglighet og

setter spørsmålsteget ved om registrering av minutter er den riktige måten å styre på, sier professor i eldreomsorg Tine Rostgard ved Aalborg Universitet til politiken.dk.

København er en av kommunene som har stoppet med registrering av tidsbruk. Pleiepersonalet skal ikke lenger verken notere når de kommer eller går, eller registrere hver enkelt ytelse de utfører

under hjemmebesøket.

Tidligere hadde pleiepersonalet 88 forskjellige ytelser hvor det var satt av et bestemt antall minutter. Det kunne være snakk om toalettbesøk, påklædning og servering av frokost. I dag tildeles en såkalt besøkspakke, hvor det for eksempel heter «moderat støtte til pleie – morgen».

Kommunen yter verken mer eller

mindre tilbud, men pleiepersonalet har større frihet til å styre hva tiden skal brukes til. Resultatet er større arbeids glede og mer tilfredse hjemmehjelpsbrukere.

Sektorformann Karen Stæhr i FOA er glad for utviklingen, men skulle gjerne sett at flere kommuner hadde tatt samme beslutning. FOA er Danmarks tredje største fagforbund med 191 000 medlemmer.



**BLIND SKUFFELSE I INDIA:** En gruppe blinde kvinner i New Delhi står ute i regnet etter å ha blitt stanset av politiet da de ville marsjere opp mot landets statsminister. I februar skulle en ny lov vedtas som gir funksjonshemmede utvidede rettigheter,

men forslaget falt i parlamentet. Delstaten Uttar Pradesh har offisielt forpliktet seg til å ansette blinde- og svaksynte i 1 % av alle offentlige stillinger. Mange blinde diskrimineres på grunn av sitt handikap og mister der-

med muligheten for lønnet arbeid. Menneskerettighetsorganisasjonen FIAN Norge samarbeider med FIAN i denne delstaten som har høyest andel fattige i India. De blindes rettigheter er et viktig tema for FIAN.



– Vårt mål er å oppfylle menneskers rett til mat, og dermed et verdig liv, sier Mia V. Henriksen, som til daglig jobber ved Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken i OUS.

– Sammen med vår søsterorganisasjon i India arbeider vi med å

bevisstgjøre lokale myndigheter på sine forpliktelser overfor denne sårbare gruppen mennesker. Organisasjonen krever at det legges til rette for at alle synshemmede med mindre enn 50 % syn får dette dokumentert, og at det opprettes jobbsenter i alle distrikt i

Uttar Pradesh slik at synshemmede kan få informasjon om ledige stillinger, samt hjelp til å søke på disse.

Tekst **Scanpix/FIAN/Sykepleien** Foto **AP Photo/Altat Qadri**

## Siri-Merete Skjørestad

Alder: 26

Stilling: Ruskonsulent

Arbeidssted: Åmli, Gjerstad og Vegårshei kommune

## Ut på tur!

Jeg tar ofte med meg hunden min på tur med brukerne.

Fortalt til **Susanne Dietrichson** Foto **Ann Kristin Oland**

**S**om ruskonsulent jobber jeg i tre samarbeidskommuner. Jeg trår til der det trengs. Jeg er en potet; som kan brukes til det meste.

Jeg er opptatt av å tenke grønt og aktivt i forhold til pasientene. Vi er mye ute på tur. Jeg har tatt i videreutdanning i dyreassistent terapi så det hender jeg har med hunden min når jeg går tur med brukerne. Jeg går ofte tur med pasientene mens jeg prater med dem. Det største problemet er ikke å slutte med stoff, men å fortsette med livet. Jeg fokuserer mye på fysisk aktivitet; går turer eller bruker frisklivssentralen eller treningsrommet.

Brukergruppen består av ungdom, unge voksne og voksne. Stort sett menn. Arbeidsoppgavene mine består blant annet av fagutvikling og undervisning av andre kolleger, lærere, elever og foresatte. Jeg har også selv gått på kurs for å lære mer om forebygging og behandling av cannabis. Det er cannabisavhengighet som er det største problemet blant mine pasienter. Andre stoffer som amfetamin og ecstasy klarer de å slutte med selv, mens de trenger hjelp til å slutte med cannabis. Svært få bruker heroin, og de følges opp av andre i tillegg.

Fagutviklingsarbeidet handler blant annet om å utvikle internkontrollprosedyrer, for eksempel for hvordan man henviser til tverrfaglig spesialistbehandling, håndtering av suicidalitet og behandling av søknader om privat rusomsorg. Hensikten med dette arbeidet er at pasientene skal bli møtt likt over alt.

Hovedkontoret mitt er i Åmli kommune, her har jeg oppmøte tre ganger i uka. I tillegg er jeg en dag i Gjerstad og en i Vegårshei hver uke, her låner jeg kontorer. Men jeg må være fleksibel, det hender jeg er innom alle kommunene i løpet av en dag. Jeg er helt avhengig av bil i jobben min, fra kontoret mitt i Åmli til Gjerstad bruker jeg cirka en time.

Dagene mine er veldig forskjellige, men jeg pleier å være på jobb litt før åtte. Da leser jeg gjennom e-poster, ser hvilke avtaler jeg har den dagen og lager nye avtaler. Vi pleier å ha morgenmøte mellom åtte og ni, hvor vi diskuterer faglige problemstillinger. Samarbeidet er tverrfaglig. Jeg synes det er spennende å jobbe med mange forskjellige faggrupper som politi, barnevern og vernepleiere, slik at jeg får innsikt i hvordan de tenker.

Det fineste med jobben er å være sammen med pasientene. Det er veldig gøy å se at de kognitive evnene bedrer seg, for eksempel hos unge mennesker som slutter å røyke hasj. En kjedelig ting ved jobben er at jeg noen ganger må skuffe pasientene mine. Det er ikke alltid jeg kan hjelpe dem med alt. ■■■

susanne.dietrichson@sykepleien.no



FAGARTIKKEL:  
Pårørende vil ha  
informasjon. Side 70

FAGNYHET:  
Amming bra for mor.  
Side 68.

FAGARTIKKEL:  
Samarbeid om bedre  
praksis. Side 60

Om overvekt  
hos barn.  
**Se boka-**  
**meldelser**  
side 80

Sykepleien

# Fag

bøker  
& kultur



FORFATTERINTERVJUET:  
«Jeg har et be-  
hov for å vise  
hvem jeg er.»  
Side 76



**STRENGERE SMITTEVERN:** Flere hiv-pasienter vil bli underlagt kommunehelsetjenesten i kjølvannet av samhandlingsreformen. Dette vil kreve nye smittevernrutiner, blant annet økt bruk av hansker. Illustrasjonsfoto: Colourbox

Side  
**64**

Side  
**84**

«Det er mange etiske dilemmaer knyttet til involvering av barn i massemedia.» **BERIT DAAE HUSTAD**

Linda Dokk, fagsykepleier, Monica Forgaard, sykepleier, Unni Sveen, Ph.d., Nada Andelic Ph.d., Vibeke Holmsen, sosionom, Hanne Holmgren, seksjonsleder, Linda Lindviksmoen, seksjonsleder. Alle ved Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering på OUS, Ullevål sykehus.

# Jo mer informasjon, jo bedre

Pårørende til pasienter som har blitt påført en alvorlig hjerneskade, har et sterkt behov for informasjon om behandling, rehabilitering og praktiske spørsmål.

**T**raumatisk hjerneskade er hjerneskade påført ved ytre traume, og rammer cirka 9500 personer i Norge hvert år. Cirka 10–15 prosent av skadene er så alvorlige at langvarig rehabilitering er nødvendig (1). Vedvarende funksjonsproblemer, psykososiale problemer og redusert livskvalitet er noen av de hyppigste langtidskonsekvensene (2).

Denne artikkelen er basert på et kvalitets-sikringsprosjekt utført ved Oslo universitetssykehus HF (OUS) i samarbeid med Høgskolen i Oslo og Akershus (HiOA). Prosjektet hadde som mål å få kunnskap om hva pårørende til pasienter med alvorlig traumatisk hjerneskade (TBI), trenger i møte med avdelingen. Alvorlig TBI får ikke bare konsekvenser for dem som er skadet, men også for familiene deres (3–5). Vi søkte svar på spørsmålet: Hvilke ønsker og behov har pårørende til pasienter med traumatisk hjerneskade? Dette fordi vi ønsket å forbedre oss i møte med denne gruppen.

Det er gjort lite forskning på dette feltet. Vi

fant en norsk studie som omhandlet pårørende generelt og fant flere likheter med våre funn.

## Introduksjon

Enhet for tidlig rehabilitering (ETR, to senger), Intensiv Avdeling, Oslo universitetssykehus, Ullevål har drevet med tidlig rehabilitering av alvorlig TBI siden 2005 (6). Hovedmålet med tidlig rehabilitering er optimal medisinsk behandling for å redusere omfanget av hjerneskade, forebygge komplikasjoner og fremme oppvåkning via multisensorisk stimulering.

Tilbudet ble fra oktober 2009 styrket med to senger ved intermediær rehabiliteringsstue ved Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering. Pasientene overflyttes fra ETR når de er tatt av respirator, men er fremdeles ikke klare for overflytting til rehabiliteringssykehus. I denne fasen har de fortsatt behov for 24 timers overvåkning for behandling av komplikasjoner og håndtering av forvirring og desorientering i oppvåkningsfasen (posttraumatisk amnesi fase, PTA). Behandlingsopplegget er tverrfaglig og basert på samarbeid mellom lege, sykepleier, ergoterapeut, fysioterapeut, hjelpepleier, sosionom og nevropsykolog. Sykepleier er til stede ved avdelingen 24 timer i døgnet.

I løpet av sommeren 2010 ble det gjennomført et lite pilotprosjekt i forbindelse med utarbeidelse av behandlingslinjer. 14 pårørende til pasientene innlagt ved avdelingen besvarte et spørreskjema om hvordan de opplevde oppholdet ved avdelingen. Spørreskjemaet var imidlertid av kvantitativ karakter, og selv om de fleste krysset av for at de var veldig fornøyd med avdelingens tilbud, fikk vi ikke svar på om informasjonsbehovene var dekket og på hvilke områder de trengte mer bistand.

## Basert på intervjuer

I prosjektet har vi brukt kvalitativ metode, deskriptivt intervju med hva- og hvordan-spørsmål (7). Informantene er nærmeste pårørende til pasienter med alvorlig TBI. Vi har intervjuet 15 pårørende til pasienter som fikk tidlig rehabilitering ved vår avdeling, i perioden fra september 2010 til juli 2011. Under intervjuene oppsto det ofte behov for oppfølgingsspørsmål for å få mer konkrete svar fra informanten. Oppfølgingsspørsmålene var av typen «fikk du tilbud om å være med på tverrfaglig møte?», «ble du møtt da du kom til avdelingen?» og «spurte noen om hvordan du hadde det?». To pasienter var under 18 år. Ellers var de i alderen 24–72 år. Vi intervjuet ti kvinner og fem menn. Disse var ektefeller, foreldre, søsken, samboere og barn. For å få frem så bred informasjon som mulig, og flest mulige synspunkter, inkluderte vi pårørende til fire tidligere pasienter og åtte som var inneliggende.

## Helst mye informasjon

Kort oppsummert har det kommet frem at pårørende har behov for mer strukturert informasjon og trygghet. De er også opptatt av at både de selv som pårørende og pasienten blir møtt med empati, respekt og gode holdninger hos sykepleierne.

I alle intervjuene kom det frem at pårørende hadde behov for informasjon. I analysen av intervjuene ble det tydelig at det pårørende ønsket å vite mer om kunne deles inn i fire underkategorier.

Den største underkategorien er behovet for medisinsk informasjon. I nesten alle intervjuene kom det frem at pårørende ønsker fortløpende informasjon om framgang, tilbakegang og prognoser. Vi har sammenliknet våre funn med et fagutviklingsprosjekt gjennomført ved 



### Hovedbudskap

Det er viktig at pårørendes behov for informasjon blir kartlagt og ivarettatt mens deres nære er innlagt på sykehus. De har behov for informasjon, omsorg og å bli møtt med respekt.



### Nøkkelord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

► Traume ► Pårørende ► Rehabilitering



## Kvalitetsprosjekt

Artikkelen bygger på:

Teori: 50 %

Praksis: 50 %

DOI-nummer:  
10.4220/sykeplei-  
ens.2014.0037



**VIL BLI SETT:** På-  
rørende ønsker å bli  
møtt på en måte som  
får dem til å føle at de  
blir sett når de kom-  
mer til avdelingen.  
Illustrasjonsfoto:  
Dreamsteame

Sykehuset Asker og Bærum HF (8), publisert i Sykepleien i 2003. Prosjektet hadde som mål å kartlegge hvordan pårørende opplever at de blir ivaretatt på sykehus. Vi fant flere fellestrekk mellom våre funn og funnene fra dette prosjektet. Det er interessant å merke seg at også et av deres viktigste funn var at pårørende har behov for fortløpende og gjentatt informasjon.

På avdelingen er det i all hovedsak lege som gir den medisinske informasjonen. Vi har tverrfaglige møter med pårørende innen en uke etter overflyttingen til vår avdeling. Det blir gitt mulighet for informasjonsmøte med legen før dette. Ingen informanter opplevde å bli for mye informert. En ektefelle refererte til det tverrfaglige møtet og sa at det ikke nødvendigvis kom frem så mye nytt, fordi hun hadde fått mye informasjon underveis. Hun påpekte likevel at hun satte pris på det, fordi hun syntes det var bra med repetisjon.

Pårørende opplevde at de fikk informasjon når de ba om det, men det varierte om de måtte spørre mye. To søstre etterlyste mer informasjon om hva som skjedde med deres bror fysisk og psykisk. De mente det kunne vært sagt mer om hva som ble gjort og hvorfor.

### Struktur viktig

En liten andel sa at de ikke hadde deltatt på tverrfaglig møte. En hadde takket nei og en fikk ikke tilbudet. Ektefellen til en pasient fortalte at det første møte manglet struktur og at det var

og hvorfor ting blir gjort på den måten de blir.

Det varierte hvordan pårørende opplevde at avdelingen jobbet som tverrfaglig team. Flere sier at de ikke oppfattet at det eksisterte et tverrfaglig team, at det ikke var noen presentasjon av de ulike fagpersonene og det var uklart hva de ulike fagpersonene gjorde. Andre derimot opplevde at det tverrfaglige teamet kommuniserte bra. Mange følte seg inkluderte og forsto hensikten med for eksempel trening. De ble forklart hva som ble gjort og de fikk være med på ulike aktiviteter. Siden rehabiliteringen er en stor del av behandlingen på avdelingen, er pårørende opptatt av å få informasjon om dette. Flere sa at det opplevdes positivt å være med i trenings-situasjoner. Man tenker at ved å inkludere pårørende i treningen føler de seg ivaretatt og sett på som en ressursperson i pasientens liv. Det er naturlig at pårørende trenger å føle seg trygge i situasjonen og ha tillit til sykepleieren. Man forutsetter at sykepleieren bidrar til å skape grunnlag for dette ved å etablere kontakt, tillit og respekt.

### Trenger praktisk informasjon

Informasjon om det praktiske blir også framhevet som viktig i intervjuene. Det er viktig for pårørende å få en plan for oppholdet og hvor lenge oppholdet skal vare. Noen pårørende savnet spesifikk informasjon om videre rehabilitering etter sykehusoppholdet. Flere har sagt at de var bekymret for hva som skulle skje den dagen

skaden var, jo mer informasjon hadde pårørende behov for.

Relasjonen til pasienten kan også ha betydning, for eksempel kan det tenkes at moren til en gutt på 18 år har et annet perspektiv og behov for informasjon enn det sønnen til en mann på 72 år har.

Pårørende gjennomgår en krise, og mange har problemer med å lagre informasjon og beskjeder. Det er derfor viktig at informasjonen er kortfattet og presis. Sykepleieren og resten av det tverrfaglige teamet må også tenke over hvilke begreper de bruker når de snakker med pårørende. Et hverdagslig språk er å foretrekke framfor vanskelige medisinske begreper som pårørende kanskje ikke forstår.

### Vil bli sett

Trygghet var også et sentralt tema for pårørende. De uttrykte at det styrket deres trygghet å vite at pasienten ble godt ivaretatt ved avdelingen. Pårørende syntes også at det var viktig at de selv ble sett når de besøkte avdelingen. De verdsatte å bli møtt og hilst på i gangen, at noen hadde tid til å snakke med dem og å bli møtt med interesse og empati.

Pårørende påpekte også at det var viktig for dem at det var tilstrekkelig med bemanning og at personalet var kjent. Oppmerksomhet, omsorg og faglig dyktighet skaper tillit til sykepleieren og avdelingen. Dette vokser frem gjennom ulike faser (9). Første inntrykket i møte med sykepleier og avdeling danner grunnlaget for hvordan oppholdet vil bli. Dette ble også belyst i fagutviklingsprosjektet gjennomført ved Sykehuset Asker og Bærum (8).

En mor i vår undersøkelse nevner at det er viktig med et godt samarbeid mellom intensivavdelingen og fysisk medisinsk avdeling, siden overflyttinger ofte kan skape usikkerhet. Når pasienten og pårørende kommer til vår avdeling flyttes de fra intensivavdelingen, de får nye sykepleiere og et nytt team rundt pasienten som de må forholde seg til. Pårørende ønsker forutsigbarhet. De føler seg trygge når de ser at sykepleieren jobber helhetlig og innehar gode teoretiske kunnskaper om pasienten og om hodeskaden.

### Verdighet og respekt

Sykepleierens holdninger påvirker pårørendes opplevelse på avdelingen. De er opptatt av at sykepleieren behandler pasienten med verdighet, respekt og at det blir vist omsorg for den syke. I møte med pårørende og pasient må sykepleieren

## «Pårørende gjennomgår en krise, og mange har problemer med å lagre informasjon og beskjeder.»

lite nyttig informasjon som kom frem. Det neste møte denne pårørende hadde vært med på var derimot bra. Da hadde det vært en ordstyrer, og de opplevde at de fikk relevant informasjon.

Dette viser at pårørende trenger et strukturert møte hvor det blir utvekslet relevant informasjon. Tid er satt av til spørsmål pårørende måtte ha, og det er et møte for å diskutere framgang og plan videre. Ut fra intervjuene ser vi at uten struktur og sammenheng på møtene, kan pårørende oppleve at de er til liten nytte. Vi fant at dette var et område hvor vi hadde forbedringspotensial.

### Vil delta i rehabilitering

Informasjon om rehabiliteringsprosessen blir oppgitt av samtlige som viktig. De har behov for informasjon om hva det tverrfaglige teamet gjør

pasienten skulle hjem. I tillegg etterlyste de informasjon om hvilke muligheter som finnes etter endt rehabiliteringsopphold. De hadde behov for visittider å forholde seg til og et telefonnummer de kunne ringe. Dette funnet samsvarer også med fagutviklingsprosjektet fra Sykehuset Asker og Bærum HF (8). I artikkelen skriver de at det var viktig for pårørende så det at de kunne ringe når som helst, og at de ikke ble avvist når de tok kontakt.

### Gi kort og presis informasjon

Flere pårørende påpeker også verdien av at informasjonen de får er individuelt tilpasset. Pårørende opplevde at det varierte hvor godt informasjonen de fikk var tilpasset deres behov. Vi så en sammenheng mellom behovet for informasjon og omfanget av skaden. Jo mer alvorlig

fremstå som et medmenneske samtidig som sykepleieren også skal være profesjonell. Man viser omsorg for den syke og dens pårørende basert på gjensidighet, fellesskap og solidaritet. Pårørende mener at moral, omsorg, empati og

## «Flere sier at de ikke oppfattet at det eksisterte et tverrfaglig team.»

gode holdninger er viktige ingredienser i alle sykepleiesituasjoner. Sykepleieren skal være til stede i sitt arbeid, anerkjenne og vise forståelse for den andre ut ifra hans situasjon og ta ansvar for den svake (9).

### Oppsummering

Vi bruker funnene i studien til kvalitetsutvikling på posten vår. Avdelingen har utarbeidet to informasjonsbrosjyrer, en om PTA-fasen pasientene går igjennom og en brosjyre med informasjon om hvordan det tverrfaglige teamet jobber. Alle på avdelingen er informert om dette prosjektet og ble tatt med i utarbeidelsen av informasjonsbrosjyrene.

Vi har også holdt et framlegg på den internasjonale sykepleiedagen ved Oslo universitetssykehus, Ullevål. Dette er noe vi håper å få gjøre igjen. Siden det finnes lite forskning på dette området, ser vi dette som et viktig prosjekt. Vi kommer til å jobbe videre med å forbedre rutinene ved vår avdeling og foreta nye søk i databaser for å følge med om det publiseres videre forskning på området. ■■■

### REFERANSER

1. Finset A, Krogstad J M. Head injury- a public health problem. Oslo: Cappelen Forlag AS, 2002.
2. Andelic N, Sigurdardottir S, Brunborg C, Røe C. Incidence of hospital-treated traumatic brain injury in the Oslo population. *Neuroepidemiology* 2008; 30: 120–128.
3. Andelic N, Hammergren N, Bautz-Holter E, Sveen U, Brunborg C, Røe C. Functional outcome and health-related quality of life 10 years after moderate-to-severe traumatic brain injury. *Acta Neurol Scand* 2009; 120: 16–23.
4. Jumisko E, Lexell J, Soderberg S. Living with moderate or severe traumatic brain injury. The meaning of Family Members Experiences. *Journal of Family Nursing* 2007; 13: 353–369.
5. Ponsford J, Oliver J, Ponsford M, Nelms R. Long-term adjustment of families following traumatic brain injury where comprehensive rehabilitation has been provided. *Brain injury*, 2003; 17: 453–468.
6. Hanoa R, Alvsåker K. Hjerneskaderehabilitering i tidlig fase. *Tidsskr nor legerforen* 2008; 128: 66–67.
7. Dallan O. Metode og oppgaveskriving for studenter. 7 utgave. Oslo: Gyldendal akademisk, 2000.
8. Engebretsen L, Olsen A M. Hvordan opplever pårørende å bli ivaretatt på sykehus? *Sykepleien* 2003; 91(21): 35–37.
9. Kirkevold M. Sykepleieteorier. 2 utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, 2007.



## Lurer du på noe om kreft?

## Treffer du pasienter som har mye på hjertet?

Kreftlinjen er åpen for alle – pasienter, pårørende, helsepersonell, arbeidsgivere og andre. Her kan du snakke med andre fagpersoner eller henvise andre som har spørsmål om kreft og kreftrelaterte emner som

- Hvordan man snakker med barn om kreft
- Nav, rettigheter og sykepengar
- Kreftkoordinator i kommunene
- Ny kreftbehandling

Kreftlinjen har mer enn 25 års erfaring og bred kompetanse innen kreftomsorg. Hos oss treffer du sykepleiere, sosionomer og jurister med taushetsplikt og tid til å lytte. Tjenesten er gratis fra fasttelefon og har vanlig takst fra mobil.

### Åpningstider:

mandag–torsdag: 0900–2000, fredag: 0900–1500  
Vi snakker norsk og engelsk – og somali og polsk på tirsdager kl. 1500–2000.

**Ring 800 57338 (800 KREFT) eller chat med oss på [kreftforeningen.no](http://kreftforeningen.no)**



**KREFTFORENINGEN**



FAG

Hygienesykepleie

Hilde Aasen, hygiene-  
sykepleier, Sykehuset i  
Vestfold.

# Smittevern i hjemme- tjenesten må bli bedre

Flere og sykere pasienter som bor hjemme, krever strengere smitteverntiltak. Her kan hygienesykepleier bidra.

I løpet av 2015 vil cirka halvparten av alle hivpositive personer være over 50 år (1,2). Hiv- og hivmedisiner akselererer aldringsprosessen (3). Eldre hivpositive har gjennomsnittlig tre ganger fler diagnoser enn eldre hivnegative (4). Gjennom samhandlingsreformen ønsker regjeringen å flytte en større del av helsetjenesten ut i kommunene (5). I kjølvannet av dette vil smittevern være en utfordring for hjemmetjenesten.

## Bakgrunn

Hensikten med artikkelen er å undersøke hva litteraturen sier om mulige risikosituasjoner som medfører smittefare, og som kan oppstå ved behandling og pleie av eldre hjemmeboende hivpositive pasienter. I tillegg er det identifisert faglige begrunnede tiltak som kan bedre smittevernet, relatert til mulige risikosituasjoner.

## Smittevern

Smitteverntiltakene skal være skriftlig nedfelt i prosedyrer som sammen danner et infeksjons-

kontrollprogram (IKP) (6). IKP inneholder tiltak for å beskytte personalet mot smitte (7). Hjemmetjenesten er ikke pålagt å ha IKP (8). Undervisning og utarbeidelse av IKP er hva hygienesykepleier kan bidra med i hjemmetjenestens smittevernarbeid. Center for Disease Control and Prevention innførte begrepet basale smittevernrutiner (9). Disse skal blant annet forebygge overføring av blodbårne smittestoffer (9,10). Å unngå eksponering av hiv-infisert blod vil redusere faren for smitteoverføring (10,11). Sentrale elementer i de basale smittevernrutinene er: Trygg injeksjonspraksis, sikker avfallshåndtering, gode ordninger for renhold av arbeidstøy, renhold og desinfeksjon, og tilgjengelig smittevernutstyr (12). Dette er identifiserte risikosituasjoner der man kan forvente eksponering av hiv-virus.

## Trygg injeksjonspraksis

Hivpositive pasienter kan ha behov for parenteral ernæring og medikamenter administrert gjennom ulike injeksjoner. Dette utsetter helsearbeidere for smitterisiko (13). Vanligste smitte av hiv-virus er gjennom direkte kontakt mellom hiv-infisert og hiv-negativt blod (14). Å forebygge smitte er av stor betydning (15). Helsearbeidere som setter injeksjoner, har økt fare for stikkskade som kan medføre hivsmitte (16). Likevel viser studier at faren for smitteoverføring via blod er liten (17,18). Sykepleiere utsettes for flest stikkskader, men andre helsearbeidere er også utsatt for smitte gjennom stikkskade (19). Andersen hevder at stikkskader er hovedårsaken til yrkesbetinget blodsmitte (17). Henderson (9) hevder at etterlevelse av basale smittevernrutiner blant annet vil redusere faren for stikkskadesmitte. Stadige endringer i

stikkutstyrets design kan også være en risiko for smitteoverføring.

## Forebygging

Forskning viser at mange stikkskader i helsevesenet er assosiert med intravenøs behandling. Når de nåløse lukkede koplingene ble innført, ble antall stikkskader redusert med 72–100 prosent (11). Å arbeide forskningsbasert innebærer at helsearbeideren bevisst bruker forskningsbasert kunnskap i praksis og holder seg oppdatert når slik kunnskap publiseres (20). EUs medlemsland har nylig vedtatt å implementere et spesifikt forebyggende tiltak for å beskytte helsearbeideren mot stikkskader. Dette blir gjort spesielt med tanke på overføring av hiv. Direktivet går ut på å forby recapping av sprøyter. Det vil si at brukte sprøyter skal kastes rett i kanylebøtte uten først å sette på kanylekorken (21). Oppbevaring av brukte sprøyter skal skje på forsvarlig måte (22). Stikkende og skjærende avfall må legges direkte i kanylebøtte med lokk (17). Kanylebøtten skal oppbevares så nær brukerstedet som mulig (23). Det finnes forskjellige kanylebøtter på markedet. Disse må ha lokk som ikke kan åpnes når de først er lukket. Beholderen merkes med risikoavfall og skal ikke fylles mer enn trekvart full før lokket settes på (12,17). Utilgjengelig avfallsdunk kan øke smittefaren dersom helsearbeideren ikke kan kaste kanyle direkte i beholderen. Informasjon om henting, destruering og lagring av kanylebøtter bør tydeliggjøres i et IKP.

## Avfall

Smittefarlig avfall skal ikke medføre fare for spredning av smitte (25). Medisinsk utstyr som inneholder blod er farlig gods og skal håndteres

## Hovedbudskap

Samhandlingsreformen pålegger kommunene et større ansvar for å gi spesialisert helsehjelp. Manglende prosedyrer i form av et IKP kan utsette helsearbeidere for smittefare. Hygienesykepleier bør være en naturlig samarbeidspartner da undervisning og opprettelse av IKP kan minske fare for smitteoverføring når eldre hivpositive får helsehjelp i hjemmet.

## Nøkkelord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

» Hiv/aids » Hjemmesykepleie » Hygiene » Smitte



**DESINFEKSJON:**  
Hudfloraen øker  
ved hanskebruk,  
derfor skal hendene  
desinfiseres etter at  
hanskene er tatt av.  
Illustrasjonsfoto:  
Colourbox

med strenge regler (26). Overføring av hivvirus kan skje ved mangelfull tilrettelegging for forsvarlig avfallshåndtering. Helsearbeideren har et lovmessig vern mot biologiske farer. Disse skal kategoriseres, og særlig smitterisiko vurderes (27). Disse rutinene bør dokumenteres i et IKP da kravene stadig blir mer omfattende (28).

### Arbeidstøy

Gode holdninger, kunnskap og regler for bruk av arbeidstøy kan hindre smittespredning (29). Arbeidsantrekket skal erstatte privat tøy og bare benyttes på arbeidsplassen (17). Man skal skifte daglig, eventuelt oftere, dersom tøyet blir til-

## «Sykepleiere utsettes for flest stikkskader.»

sølt (40). Hensikten med bruk av arbeidstøy skal være å beskytte seg selv, kollegaer og andre pasienter mot infeksjon (26). Det er ikke akseptabelt å ta med arbeidstøy hjem for vask. Arbeidstøyet skal tåle hyppig vask ved 85°C (17,30). Det er mange grunner til å beskytte helsearbeiderens arbeidstøy ved hjelp av plastforkle (17). Enkelte infeksjoner overføres mellom pasienter via arbeidsantrekk (31) samt at hiv-positives reduserte immunforsvar fører til økt mottakelighet for en rekke infeksjoner (32). Plastforkle beskytter pasienten med nedsatt immunforsvar, og helsearbeiderens arbeidsantrekk mot biologisk materiale (17).

### Desinfeksjon

Det er mest praktisk å fjerne søl mekanisk ved hjelp av et absorberende materiale fuktet med litt desinfeksjonsmiddel, og så kaste dette som



smitteavfall. Man skal da bruke hansker (33). Studier viser at det ikke alltid er tilrettelagt for god hygiene i pasientenes hjem (31). Flere laboratoriestudier viser at hivviruset er følsomt for de fleste desinfeksjonsmidler og at hivviruset reduseres med 90–99 prosent få timer etter inntørring (11). Fjortoft hevder at hjemmesykepleien ofte må være

## «Hiv-viruset er følsomt for sprit, Klorhexidin og jod.»

kreative med tanke på hygiene og smittevern (31). Et hjem der renhold er utført riktig og rutinemessig, forebygger smitte (17). Gode rutiner for renhold kan skåne hivpositive for opportunistiske infeksjoner, da såpemedler dreper bakterier (34).

### Beskyttelsesutstyr

Adekvat beskyttelsesutstyr må finnes tilgjengelig og brukes forskriftsmessig (17). Hansker skal fungere som en ekstra barriere og benyttes ved alt arbeid som innebærer smittefare ved direkte

hudkontakt. Riktig bruk av hansker forutsetter kunnskap innen smittevern (23). På grunn av økning av hudfloraen ved langvarig hanskebruk, skal hendene desinfiseres når hanskene er tatt av (17,35). Hiv-viruset er følsomt for sprit, Klorhexidin og jod (36). Det må velges riktig type hanske. Latekshansker er tettere enn vinylhansker, og kan gi allergiske reaksjoner (37). I slike tilfeller må det brukes spesielle hansker (17). Et eksempel på viktigheten av å velge riktig hanske er at en helsearbeider ble hivsmittet uten å bli direkte eksponert for pasientens blod. Derimot hadde hun hansker av dårlig kvalitet, i tillegg til såre hender. Hanskene var delvis ødelagte da hun var i kontakt med en hiv-positiv blodige oppkast og diaré. Slik smitte er dokumentert, men risikoen for smitteoverføring gjennom ikke intakt hud er kun 0,09 prosent. Ved fare for sprut av kroppsvæsker bør visir og munnbind benyttes. Sprut med hivinfisert blod til helsearbeiderens øyne kan medføre hivsmitte. Forfatterne påpeker at smitte kunne vært unngått dersom de basale smittevernrutinene var fulgt (38).

### Oppsummering

Behovet for smittevern som bidrar til å sikre både helsearbeider og pasient mot smitteoverføring, vil i økende grad melde seg i hjemmetjenesten. Hjemmetjenesten har, til tross for at det ikke er lovpålagt, behov for kunnskapsbaserte prosedyrer samlet i IKP. Helsearbeidere trenger kunnskap om basale smittevernrutiner. Smittevernbistand fra hygienesykepleier kan i gi verdifulle bidrag. I lys av dette bør praksis i fremtiden være opprettelse av IKP. Dette kan gi gevinst i form av redusert fare for smitteoverføring mellom pasient og helsearbeider når eldre hivpositive får helsehjelp i hjemmet.

Artikkelen er basert på en litteraturstudie i databasene Medline, Cochrane, Embase og Cinahl. Søkeord er: human immunodeficiency virus, hiv, hiv/aids, hiv-knowledge, infection control programme og transmission. Å finne relevante studier utført i Norge var utfordrende. Grunnen kan være at problemstillingen sannsynligvis aktualiseres først om noen år. ■■■

### REFERANSER

- Wyller VB. Det syke mennesket I. 1. utg. Oslo: Akrise AS; 2005.
- Growing older with the epidemic hiv and aging [Internett]. New York: GMHS; 2010 [hentet 2012-08-16]. Tilgjengelig fra: [http://www.gmhsc.org/files/editor/file/a\\_pa\\_aginglo\\_emb2.pdf](http://www.gmhsc.org/files/editor/file/a_pa_aginglo_emb2.pdf)
- Older Adults and HIV: A Special Report and Action Plan [Internett]. USA: Aids Community Research Initiative of America.
- Beltrami EM, Kozak A, Williams IT, Saekhou AM, Kalish ML, Nainan OV, et al. Transmission of HIV and hepatitis C virus from a nursing home patient to a health care worker. *AJIC*, May 2003;31:168–75.
- Det kongelige helse- og omsorgsdepartementet. Samhandlingsreformen, Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Oslo; 2009. St.meld.nr. 47.
- Forskrift om smittevern i helsetjenesten. [Internett]. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2006-07-01 [hentet 2012-07-23]. Tilgjengelig fra: <http://www.lovdata.no/for/sf/ho/ho-20050617-0610-001.html#1-1>
- Smittevern 15. Rettleiar til forskrift om smittevern i helsetjenesten [Internett]. Oslo: Folkehelseinstituttet; august 2006 [hentet 2012-09-23]. Tilgjengelig fra: <http://www.fhi.no/dokumenter/912976c21a.pdf>
- Forskrift om smittevern i helsetjenesten [Internett]. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2005-06-21 [hentet 2012-09-15]. Tilgjengelig fra: <http://www.lovdata.no/for/sf/ho/ho-20050617-0610-002.html#2-2>
- Henderson DK. Lippincott, Williams & Wilkins red. *Hospital Infections*. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2007. s. 701–29
- Recommendations for Preventing Transmission of Human Immunodeficiency Virus and Hepatitis B Virus to Patients During Exposure-Prone Invasive Procedures [Internett]. USA, Atlanta: Center for Disease Control and Prevention; 2011-12-29 [hentet 2012-09-17]. Tilgjengelig fra: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/0004845.htm>
- Beltrami EM, Williams IT, Shapiro CN, Chamberland ME, Risk and Management of Blood-Borne Infections in Health Care Workers. *Clin. Microbiol. Rev* 2000;13: 285. DOI: 10.1128/CMR.13.3.285-407.2000.
- Basale smittevernrutiner i helsetjenesten (basale rutiner) [Internett]. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2010-02-10 [hentet 2012-08-16]. Tilgjengelig fra: [http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft\\_6039&MainArea\\_5661=6039:0:15,5077:1:0:0:0:0&MainLeft\\_6039=6041:82615:3:6043:9:0:0#eHandbook82615](http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_6039&MainArea_5661=6039:0:15,5077:1:0:0:0:0&MainLeft_6039=6041:82615:3:6043:9:0:0#eHandbook82615)
- HIV and AIDS Home Care [Internett]. United Kingdom: AVERT, Averting HIV and AIDS; 2011 [hentet 2012-10-08]. Tilgjengelig fra: <http://www.avert.org/aids-home-care.htm>
- HIV/AIDS Treatment [Internett]. United Kingdom: AVERT, Averting HIV and AIDS; 2011 [hentet 2012-09-10]. Tilgjengelig fra: <http://www.avert.org/aids-hiv-prevention.htm>
- Kenneley L. Infection Control in Home Healthcare – an exploratory Study of Issues for Patients and Providers. *Home Healthcare Nurse*. 2012;30:235.
- Preventing Needlestick Injuries in Health Care Settings [Internett]. Cincinnati: NIOSH; nov. 1999 [hentet 2012-09-10]. Tilgjengelig fra: <http://www.cdc.gov/niosh/docs/2000-108/pdfs/2000-108.pdf>
- Andersen BM. Håndbok i hygiene og smittevern: sykehjem og langtidsinstitusjoner. 1. utg. Oslo: Avdeling for hygiene og smittevern, Kvalitetssenteret, Ullevål universitetssykehus; 2006.
- Stikkullhell på sprøyter – posteksponeringsprofilakse [Internett]. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2010-02-22 [hentet 2012-09-10]. Tilgjengelig fra: [http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft\\_6039&MainArea\\_5661=6039:0:15,5077:1:0:0:0:0&MainLeft\\_6039=6041:82638:1:6043:8:0:0#eHandbook82638](http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_6039&MainArea_5661=6039:0:15,5077:1:0:0:0:0&MainLeft_6039=6041:82638:1:6043:8:0:0#eHandbook82638)
- Workbook for Designing, Implementing and Evaluating a Sharp Injury Preventing Program [Internett]. Atlanta: Center for Disease Control and Prevention; 2010-07-27 [hentet 2012-09-10]. Tilgjengelig fra: [http://www.cdc.gov/sharpsafety/pdf/sharpsworkbook\\_2008.pdf](http://www.cdc.gov/sharpsafety/pdf/sharpsworkbook_2008.pdf)
- Nortvedt MW, Jamtvedt G, Graverholt B, Reinart LM. Å arbeide og undervise kunnskapsbasert: en arbeidsbok for sykepleiere. 1. utg. Oslo: Norsk Sykepleierforbund; 2007.
- EU Directive to prevent injuries and infections to healthcare workers from sharp objects such as needle stick [Internett]. United Kingdom: Health and Safety Executive; 2010-03-08 [hentet 2012-09-10]. Tilgjengelig fra: <http://www.hse.gov.uk/healthservices/needlesticks/eu-directive.htm>
- Arbeidsmiljø i hjemmetjenesten – en veileder [Internett]. Oslo: Sosial- og Helsedirektoratet; 2006-06-03 [hentet 2012-08-10]. Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/arbeidsmiljo-i-hjemmetjenesten-en-veileder/Publikasjoner/arbeidsmiljo-i-hjemmetjenesten-en-veileder.pdf>
- Basale smittevernrutiner i helsetjenesten (basale rutiner) [Internett]. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2011-12-01 [hentet 2012-09-17]. Tilgjengelig fra: <http://www.fhi.no/dav/fcd9d04208.pdf>
- Forskrift om smittevern i helsetjenesten [Internett]. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2005-06-21 [hentet 2012-08-15]. Tilgjengelig fra: <http://www.lovdata.no/for/sf/ho/ho-20050617-0610-003.html#3-2>
- Smittefarlig avfall [Internett]. Oslo: Sletnes T; 2005 [hentet 2012-09-26]. Tilgjengelig fra: <http://tidsskriftet.no/article/1167849>
- Farlig gods på sykehus [Internett]. Oslo: Dolonen; 2010 [hentet 2012-09-26]. Tilgjengelig fra: <http://www.sykepleien.no/nyhet/385182/farlig-gods-pa-sykehus>
- Forskrift om vern mot eksponering for biologiske faktorer (bakterier, virus, sopp m.m.) på arbeidsplassen. [Internett]. Oslo: Arbeidsdepartementet; 1998-01-01 [hentet 2012-08-14]. Tilgjengelig fra: <http://www.lovdata.no/cgi-wift/lides?doc=/sf/sf-19971219-1322.html#1>
- Helsestaten Oslo kommune. Infeksjonskontrollprogram for sykehjem og

- langtidsinstitusjoner [Internett]. Oslo: Oslo kommune; 2001 [opdatert 2012-09]. Tilgjengelig fra: [http://www.helsestaten.oslo.kommune.no/getfile.php/Helsestaten%20\(HEL\)/Internett%20\(HEL\)/Dokumenter/Infeksjonskontrollprogram%20for%20sykehjem%20og%20langtidsinstitusjoner%2011%20sept%202012.pdf](http://www.helsestaten.oslo.kommune.no/getfile.php/Helsestaten%20(HEL)/Internett%20(HEL)/Dokumenter/Infeksjonskontrollprogram%20for%20sykehjem%20og%20langtidsinstitusjoner%2011%20sept%202012.pdf)
- Sørhøy MS. Arbeidsantrekk [Internett]. Oslo: Nasjonal Digital Læringsarena; 2012 [opdatert 2012-09-24; sitert 2012-10-27]. Tilgjengelig fra: <http://ndla.no/nb/node/5162>
- Arbeidstøy [Internett]. Oslo: Regionalt kompetansesenter for smittevern Helse Sør; 2010-07-05 [hentet 2012-10-01]. Tilgjengelig fra: [http://www.infeksjonskontroll.no/portal/page/portal/Infeksjonskontroll/utskrift?p\\_document\\_id=401786](http://www.infeksjonskontroll.no/portal/page/portal/Infeksjonskontroll/utskrift?p_document_id=401786)
- Fjortoft A-K. Hjemmesykepleie, ansvar, utfordringer og muligheter. 2. utg. Bergen, Fagbokforlaget; 2011.
- Schøyen R. Mikroorganismer og sykdom – lærebok i mikrobiologi og infeksjonssykdommer for helsepersonell. 9. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2011. 496 s.
- Basale smittevernrutiner [Internett]. Oslo: Helse Sør-Øst, Lingsås, E; 2006 [hentet 2012-09-10]. Tilgjengelig fra: [http://www.infeksjonskontroll.no/portal/page/portal/Infeksjonskontroll/forebygging?p\\_dimension\\_id=3850](http://www.infeksjonskontroll.no/portal/page/portal/Infeksjonskontroll/forebygging?p_dimension_id=3850)
- Guarding Against Infections [Internett]. Atlanta: Center for Disease Control and Prevention; 2010-07-27 [hentet 2012-09-10]. Tilgjengelig fra: <http://www.cdc.gov/hiv/resources/brochures/careathome/care6.htm>
- Smittevern 11 - Nasjonal veileder for håndhygiene [Internett]. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2004-10 [hentet 2012-12-15]. Tilgjengelig fra: <http://www.fhi.no/dokumenter/A67087f77D.pdf>
- Guide to Infection Prevention for Outpatient Settings: Minimum Expectations for Safe Care [Internett]. USA, Atlanta: Center for Disease Control and Prevention; 2010-07-27 [hentet 2012-09-10]. Tilgjengelig fra: <http://www.cdc.gov/HAI/settings/outpatient/outpatient-care-gl-standard-precautions.html>
- Personlig verneutstyr ved smittefare [Internett]. Trondheim: Direktoratet for arbeidstilsynet; 2012 [hentet 2012-10-08]. Tilgjengelig fra: <http://www.regelhjelp.no/no/Etatenes-sider/Arbeidstilsynet/Kravlister/Vaskeri-og-renseri-arbeidsmiljo/Arbeidstoy-og-personlig-verneutstyr--vaskeri/7bransjeid=966#>
- Beltrami EM, Kozak A, Williams IT, Saekhou AM, Kalish ML, Nainan OV, et al. Transmission of HIV and hepatitis C virus from a nursing home patient to a health care worker. *AJIC*, May 2003;31:168–75.





# VERV OG VINN

Har du kolleger som ikke er medlem av Norsk Sykepleierforbund? Nå har du en gylden anledning til å gjøre noe med det. Vi har nye, flotte vervepremier.

NSF arbeider for både sykepleiere, jordmødre og sykepleierstudenter. Som medlem får du hjelp av tillitsvalgte, fylkeskontor og våre jurister. Vi har gunstige forsikringstilbud, bankavtale med DNB og mye mer. Vi har en rekke faglige tilbud, og alle medlemmer får tidsskriftet Sykepleien og Sykepleien Forskning.

Se oversikt over vervepremier og alle fordelene med medlemskap på [www.nsf.no](http://www.nsf.no). Logg deg inn for å verve eller bruk kupongen nedenfor.



**Meld deg inn før 30. april, så er du sikker på å bli med i årets lønnsoppgjør.**

VENNLIGST BRUK BLOKKBOKSTAVER

Ververs navn:

Ververens medlemsnr:

Navn på nytt medlem:

Har du vært medlem tidligere?

Tidsrom:

Fødselsnummer (11 siffer):

Adresse:

Postnr:

Poststed:

E-post:

Telefon privat:

Mobil:

Eksamensdato:

Sykepleierhøgskole/sted:

Arbeidsgiver:

Arbeidssted:

Ansatt dato:

Avdeling:

Stillingsbenevnelse:

Medlemmer i lønnet arbeid innbetaler kontingenten ved månedlige trekk i lønn

Du får ett poeng for hver verving. For å bestille premie må du logge på [www.nsf.no](http://www.nsf.no) og gå til "Min side".

Vervepremiene gjelder ikke for verving av studentmedlemmer.

# Ammer seg til bedre hjerterehelse?

«Amming beskytter mors hjerte», skrev VG i 2007. Det gjorde Tone Natland Fagerhaug nysgjerrig.

Tekst **Nina Hernæs** Foto **Lena Knutli**

**V**i vet amming er bra for barnet, men mer og mer tyder på at det også er bra for mor, sier Tone Natland Fagerhaug.

Seks år etter at hun leste VGs ammenyhet, har hun vitenskapelig belegg for å si at avisen hadde rett. Før jul disputerte hun med avhandlingen *Lactation and cardiovascular health in mothers. The Nord-Trøndelag Health Study (HUNT), Norway*. Her påviser Fagerhaug en sammenheng mellom amming og hjerterehelse senere i livet.

#### Knapp

– Svangerskapet sies å være en stresstest for kvinnekroppen, forklarer hun.

– Det skjer enorme forandringer, som både er

naturlige og nødvendige. En del av forandringene er knyttet til risikofaktorer for hjertesykdom, som økning av lipider, vektoppgang og mer magefett.

På 1980-tallet ble det gjort en del studier som viste at mødre som ammet raskere kom tilbake til pregravid metabolisme.

– Man tror amming er som en knapp for å nullstille metabolismen etter graviditeten, forklarer Fagerhaug, som er klinisk ernæringsfysiolog og jobber på NTNU.

#### Studie

Men verden så ut til å glemme forskningen som ble gjort på 1980-tallet. Ikke før i 1999 framsatte en forsker teorien om at amming påvirker

hjerterehelsen på lang sikt. Så gikk det mange år til neste studie, omtalt i VG.

Fagerhaug er den første i vesten som har sett på sammenheng mellom amming og dødelighet av hjerte- og karsykdom.

Hennes data er fra den andre Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT), som foregikk mellom 1995 og 1997. Her fantes det data på flere enn 20 000 kvinner om hvor mange barn de hadde fått og hvor lenge de hadde ammet. I tillegg var det tatt vekt og blodprøver. Dataene er koplet til Dødsårsaksregisteret.

Det som skiller disse studiene fra andre studier som er gjort på amming og hjerterehelse, er at den er gjort i en befolkning som ammer mye og lenge.

## VERV OG VINN



Du kan få en av disse premiene for 1 verving!



Full premieoversikt finner du på [www.nsf.no](http://www.nsf.no)



Norsk Sykepleierforbund  
Svarsending 1016  
0090 Oslo



**VIL VITE MER:** Tone Natland Fagerland sier man vet lite om hva som skjer i kroppen når kvinner ammer.

### Sammenheng

Fagerhaug viser at kvinner som har ammet blant annet har lavere BMI og lavere blodtrykk enn kvinner som ikke har ammet, fram til de er 50 år. De har også lavere risiko for å dø av hjerte- og karsykdom før de er 65 år.

Fagerhaug er klar på at hun har påvist en sammenheng, ikke en årsak og effekt.

– Jeg kan ikke slå fast at amming gir bedre hjertehelse, men det er sannsynlig, sier hun.

– Vi vet for eksempel ingenting om kvinnes helse før de ble gravide, og det er en begrensning.

I en observasjonsstudie, som hun har gjort, kan man ikke se bort fra at det er en annen, ukjent årsak som både påvirker amming og hjertehelse.

– Det er noen sykdommer, som for eksempel diabetes og polycystisk ovariesyndrom, som både gjør det vanskelig å amme og som gir økt risiko for hjertesykdom. Det kan tenkes at kvinnene som ikke ammet har slike sykdommer og at det er forklaringen på at de ikke har ammet og at de har dårligere hjertehelse. Vi vet heller ikke om kvinnene var overvektige før de ble gravide, og også overvekt kan påvirke både amming og risiko for hjerte- og karsykdom.

Fordi så mange i Norge ammer, er gruppen som ikke ammer, liten.

Det som styrker funnene hennes, er at de samsvarer med tidligere funn.

### Mengde viktig

I tillegg til sammenhengen mellom ammingen og bedre hjertehelse, fant hun også en sammen-

heng mellom dose og respons.

– Det kan se ut som det ikke bare er gunstig å amme, men at det er gunstig å amme lenge, sier hun.

Hva som er optimal ammelengde, kan hun ikke si. Det må gjøres flere studier for å finne ut av det.

– Når det gjelder risiko for å dø av hjerte- og karsykdom, så vi at de som hadde ammet mellom sju og tolv måneder til sammen gjennom livet hadde lavere risiko enn de som hadde ammet kortere eller lenger. Det kan tyde på at det er en optimal lengde, men det kan også være andre forklaringer.

### Vet for lite

Noe som overrasket henne, er at ammingens beskyttende effekt ser ut til å avta med årene. Etter fylte 50 fant hun ingen forskjell mellom kvinner som hadde ammet og ikke når det gjaldt risiko for hjerte- og karsykdom.

– Det skjer store hormonelle endringer rundt 50, og det ser ut til at de visker bort de gode effektene av amming, sier hun.

Mest overrasket er hun over hvor lite man vet om hvordan amming og svangerskap påvirker kvinnekroppens fysiologi.

Hun forklarer at prosessen krever et samspill mellom flere hormoner, og de to mest kjente er oksytocin og prolaktin.

– Oksytocin er også kalt kjærlighetshormonet, det demper stress og senker blodtrykket. Prolaktin styrer melkeproduksjonen, men man vet at det også har andre effekter i kroppen og at det spiller på lag med andre hormoner. Det kan se ut som

om amming starter en hormonell kjedereaksjon som igjen virker på mødrenes helse på lang sikt.

### Mer forskning

– Bør dine funn få følger for praksis?

– Jeg håper den bidrar til mer forskning på kvinnehelse. At amming er bra for mors metabolisme på lang sikt, er en ny måte å tenke på og kan kanskje øke motivasjonen enda mer.

– Potensialet for forebygging er kanskje størst i land der få ammer?

**«Man tror amming er som en knapp for å nullstille metabolismen etter graviditeten.»**

– Ja, men samtidig er hjerte- og karsykdom den vanligste dødsårsaken i Norge. Svært mange ammer, men vi over halvparten slutter før barnet er fylt ett år. Dersom amming er bra for hjertet, kan det være lurt å oppmuntre flere til å amme lengre.

– Opplever du interesse for forskning din?

– Ja, og det er artig å forske på noe som engasjerer folk. Jeg merker at mange har et sterkt forhold til amming. Noen frykter at funnene vil legge enda større ammepress på kvinner, og enkelte vil hevde det er stort nok press fra før. Derfor forsøker jeg å være varsom når jeg presenterer funnene og er opptatt av å få frem deres begrensninger og at de må tolkes med forsiktighet. ■■■

nina.hernes@sykepleien.no



FAG

## Sykepleierutdanning

**Camilla Marie Andersen**, fagleder Lambertseter alders- og sykehjem, Aleris omsorg

**Kari Dahl**, førstelektor Høgskolen i Oslo og Akershus

# Samarbeider om bedre praksis i sykehjem

Studentene synes det var positivt med læringsgrupper i praksis, men at kommunikasjonen var for dårlig.

**S**tyrking av praksisundervisningen i sykehjem er en pilotstudie fra et samarbeidsprosjekt mellom Lambertseter alders- og sykehjem, Aleris omsorg og Høgskolen i Oslo og Akershus. Målet med prosjektet var å styrke veilederskompetansen ved sykehjemmet, samt kvaliteten på og antallet praksisplasser.

## Styrke praksis

Bakgrunnen for Lambertseterprosjektet er et ønske om å styrke praksisundervisningen ved Lambertseter alders- og sykehjem (LASH), som drives av Aleris omsorg. Her har sykepleierstudenter praksis i første studieår. LASH har ønsket å styrke veiledningskompetansen, samt de ansattes kunnskap om kunnskapsbasert praksis (KBP). Høgskolen i Oslo og Akershus (HiOA) har på sin side behov for å utvikle faglige gode praksisplasser til et stort antall studenter. I prosjektet har

vi implementert læringsgrupper med vekt på kunnskapsbasert praksis for å styrke veilederkompetansen, og dermed praksisundervisningen. I tillegg ønsket vi å styrke samarbeidet mellom høyskole og sykehjem samt ruste sykehjemmene til å ta imot flere studenter i praksis.

## Mangler kompetanse

Ifølge Rammeplan for sykepleie skal sykepleier ha handlingskompetanse til å undervise og veilede medarbeidere og studenter (1). Enkelte studier viser at veilederkompetansen blant sykepleiere er mangelfull og oppleves som utfordrende (1, 2). Andre studier igjen viser at veilederkompetansen kan forbedres med ulike intervensjoner (3). I Lambertseterprosjektet vektlegger vi at ansatte som veileder studenter skal ha kunnskap om deler av studentenes program, i tillegg til at roller, ansvar og funksjon er avklart. I prosjektet har vi også lagt vekt på kunnskapsbasert praksis, siden det i dag kreves at kommunehelsetjenesten er kunnskapsbasert. Dette på tross av at flere forfattere kritiserer kunnskapsbasert praksis og hevder at kunnskapsynet er ensrettet og instrumentelt (4).

## Aksjonsforskning

Vi har valgt modifisert aksjonsforskning og bruk av spørreskjema som metode. Aksjonsforskning er en strategi hvor man arbeider med endring samtidig som prosessen brukes til å utvikle ny kunnskap. Vi anvendte Malteruds (5) aksjonsspiral i sju trinn. Forberedelsesfasen er (5, 6) svært viktig og derfor utarbeidet vi et enkelt spørreskjema før pilotprosjektet for å få fram de ansattes perspektiv på veiledning og kunnskapsbasert praksis. Pilotprosjektet startet høsten 2012. I

etterkant av pilotprosjektet ble det utarbeidet et spørreskjema til ansatte og studenter for å evaluere prosjektet. I tillegg ble det skrevet referater og observasjonsnotater. Funnene i denne artikkelen bygger på spørreskjema, referater og observasjonsnotater. Beboerne på sykehjemmet var ikke direkte involvert.

Teamet var en somatisk avdeling bestående av 24 beboere fordelt på tre grupper. Hver gruppe hadde tre ansatte. To studenter ble knyttet til hver gruppe. Ni ansatte, seks studenter og en lærer utgjorde læringsteamet. Det ble gitt tilbud om veiledningskurs for ansatte på sykehjemmet. Studentene var på sykehjemmet i sin ordinære praksisperiode.

## Resultater

Resultater før pilotprosjektet viste at tre av sju ansatte som svarte på spørreskjemaet ikke hadde hørt om kunnskapsbasert praksis tidligere. Seks var motivert til å lære mer. Alle hadde veiledet studenter tidligere, men ikke alle var positive til veiledning til tross for at de fleste opplevde å ha veilederkompetanse uten å ha gjennomført veilederkurs. Seks av ni ansatte; en sykepleier, tre hjelpepleiere og to helsefagarbeidere, besvarte skjemaet etter pilotprosjektet. Alle opplevde det svært bra eller bra å veilede seks studenter i avdelingen, men syntes at det tok mye tid. Samtidig opplevde de at de fikk god hjelp av studentene. Flertallet syntes det forberedende møtet var bra. Alle opplevde samarbeidet mellom sykehjemmet og høyskolen som positivt. At lærer gikk i avdelingen ble framhevet som positivt av samtlige. Når det gjaldt oppfatning av vurderingsskjemaet, arbeidsheftet, fagplanen og pensumet

## Hovedbudskap

Bruk av kunnskapsbasert praksis og veiledningskompetanse hos ansatte i sykehjem er avhengig av fagkompetanse og tid. Læringsgrupper er godt egnet for samarbeid mellom høyskole og sykehjem, og i første år av sykepleierutdanningen bør man vektlegge pasientsituasjoner og ansattes erfaringer.

## Nøkkelord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

- ▶ Praksisstudie ▶ Sykepleierstudent ▶ Sykehjem
- ▶ Kunnskapsbasert sykepleie ▶ Veiledning



**VIL BLI SETT:** Samtlige studenter ønsket å bli sett av sykepleiere i større grad og at hun eller han tok mer initiativ til lærings situasjoner. Arkivfoto. Erik M. Sundt

fordelte svarene seg ganske likt mellom de som ikke kjente til dokumentene og de som oppfattet dem som bra. I flere av kommentarene framheves dårlig tid som grunnen til at de ikke har gått mer med studentene. De fleste ønsket å få avsatt mer tid. Andre framhevet at de brukte ekstra tid på studentoppdagene.

### Tilbakemeldinger

Alle de seks studentene svarte på spørreskjemaet. Resultatene viste liten variasjon i svarene. Alle syntes forberedelsen til praksis var god. Mottakelsen på LASH opplevde de som svært bra eller bra. Når det gjaldt spørsmålet om hvordan de generelt oppfattet det å være student ved LASH, svarte en at det var mindre bra og de fem andre bra eller svært bra. Her ble det kommentert at studentene var fornøyd med gruppa og veiledere, men mindre fornøyd med avdelingsledelsen uten at dette blir mer utdypet. En opplevde å bli behandlet som ekstrahjelp, og flere hevdet dette også i møter. Alle studentene vurderte at det var svært bra å være seks studenter på en avdeling, at veiledningsdag med lærer var bra eller svært bra og at det var fint å få konkrete tilbakemeldinger.

### Læringsgrupper

Det ble gjennomført seks møter i læringsgruppene under pilotprosjektet. Temaer som ble gjennomgått og diskutert var; forventninger, kunnskapsbasert praksis, om læringsgruppa, praksismappe, legemiddelhåndtering, de ulike studieoppgavene og bruk av Fronter. Studieoppgave 1 omhandlet dokumentasjon av sykepleie knyttet til primærpasient, og studieoppgave 2 omhandlet kunnskapsbasert praksis – observasjon av et tema. Det var god stemning, og de ansatte uttrykte at de fikk grundigere innsikt i hva som kreves av studentene. Læringsgruppene ble vurdert som bra eller svært bra av alle studentene, men flere kommenterte at de savnet flere sykepleiere fra avdelingen på møtene. Når det gjelder muligheter for å ta opp utfordringer på praksisstedet, var studentene usikre. Flere studenter kommenterte at de ønsket å bli mer sett av sykepleier og at sykepleier tok mer initiativ til å lære dem om sykepleie. De fleste ansatte sa de hadde utbytte av læringsgruppene. De forsto studentens situasjon bedre, og det var viktig for å kunne veilede dem. Seks bøker av «Jobb kunnskapsbasert: En arbeidsbok» (7) ble delt ut til de ansatte på teamet. Prosjektleder

underviste om prosjektet og om kunnskapsbasert praksis før studentene begynte. To av de ansatte tok et heldagskurs i kunnskapsbasert praksis. En av deltakerne ga en kort oppsummering fra kurset på et læringsgruppemøte.

### Temaer

Studenter og ansatte ble oppfordret til å henge opp lapper på kjøleskapet med temaer de ønsket mer kunnskap om. Følgende temaer ble valgt ut: Bruk

**«Alle opplevde samarbeidet mellom sykehjemmet og høyskolen som positivt.»**

av munnbind ved utbrudd av norovirus, holdninger i eldreomsorgen og bruk av honning på sår. Studentene fant fag- og forskningsartikler knyttet til temaene som ble diskutert i læringsgruppa. Bibliotekar var å til stede på ett av læringsgruppemøtene for å gjennomgå bruk av helsebiblioteket.no.

Studentene hadde undervisning for ansatte og medstudenter om kunnskapsbasert praksis før de



la frem studieoppgaven hvor de hadde gjort observasjoner knyttet til et tema. Temaene de skulle observere, finne forskning til og diskutere med ansatte var: Kulturforskjeller, flerkulturell kommunikasjon, estetikk, etikk, verdighet og grunnleggende behov. To ansatte skulle gjøre observasjoner knyttet til smitteforebygging. Sistnevnte ble ikke gjennomført på grunn av mangel på tid.

Resultatet fra spørreskjemaet viste at fem ansatte mente de hadde fått et svært bra eller bra forhold til kunnskapsbasert praksis, en visste ikke. Også her kommer det fram at ansatte opplever at tiden ikke strekker til. Alle studentene vurderer det å fokusere på kunnskapsbasert praksis som positivt.

### Diskusjon

Ansatte opplevde det som positivt å få mer informasjon om studentens læringsaktiviteter samt mer innsikt i kunnskapsbasert praksis. De bidro med sine erfaringer når vi snakket om kunnskap rundt bruk av munnbind og norovirus. De ansatte tok lite initiativ til å etterspørre områder de selv ønsket mer kunnskap om. I stedet overløt de til studentene å finne forskning, da de selv mente de ikke hadde kunnskap om artikkelsøk. Dette er i tråd

utdanningen. Dette kan bety at man bør fokusere mer på brukerkunnskap og erfaringskunnskap innenfor kunnskapsbasert praksis. Hva som er sentral kunnskap i praksis synes å være problematisk, noe flere forfattere gjør rede for i ulike sammenhenger (4,10,11). Vi erfarte at pensum ble «glemt» til fordel for å søke i databaser. Forskningsbasert kunnskap fra databasesøk bør vektlegges noe mindre i første studieår hvor praksis er på sykehjem. Å starte en utdanning med å finne forskning i iveren etter å arbeide kunnskapsbasert, framstår for oss som uheldig. Man må, etter vår mening, ta utgangspunkt i kunnskap om og fra pasienten. Forskning bør vektlegges mer senere i utdanningen når studentene har mer kunnskap og erfaring. Ingen er uenig i at vår praksis skal være fundert i kunnskap.

### Konklusjon

Konklusjonen er at læringsgruppene fungerte godt, men bør fokusere mer på refleksjon med utgangspunkt i pasientsituasjoner og de ansattes erfaringer. Det er ansatte, lærer og student som sammen må finne relevante pasientsituasjoner å reflektere over. I etterkant av refleksjonen må man synliggjøre hvilken kunnskap man bør ha for å forstå og forklare situasjonen, finne litteratur og søke etter forskning. Temaene vi diskuterte og kunnskapen vi fant om bruk av munnbind og honning på sår er viktig for å sikre kvalitet, men hvorvidt vil dette endre praksis? Studentene fant enkeltstudier som viste at munnbind ikke hadde effekt på å forhindre spredning av smitte ved norovirus. Imidlertid støttes ikke dette av retningslinjer vi forholder oss til. Dette viser hvor komplisert det er å bruke forskning.

### Veiledning

Studenter opplevde det som positivt å være seks stykker i avdelingen, mens de ansatte hadde ulike oppfatninger om dette. Studier underbygger våre funn om at studenter opplever det å være mange sammen som lærerikt og trygt (14). Vilkår for god veiledning blir også problematisert og synliggjort i Rapport om kvalitet i praksis (2). Vi lurer på om så mange studenter opplever som en trussel for de ansatte? For eksempel står studentene sterkere når de samlet mener de blir utnyttet som arbeidskraft og stiller krav til det å være i studentrollen. Studentene mener samarbeidet mellom ledelsen på avdelingen og de ansatte burde vært bedre, men det er uklart hva de mener med dette. Ansatte ber om mer tid. Her kan det være behov for en tydeligere rolleavklaring. Videre opplever ansatte at skolen ikke har informert dem godt nok, noe

man må jobbe for å forbedre framover. Det ble brukt midler på å leie inn ekstravakter, primært til læringsgruppene. Videre må vi diskutere prioritering av tid i en travel hverdag.

### Samarbeid

Både ansatte og studenter mener det er positivt at lærer er med som veileder i avdelingen. Dette understøttes i andre studier og ser ut til å være et viktig bidrag til bedre samarbeid mellom høyskole og sykehjem (14). Benner skriver: «Vi vil hevde at sykepleielærere må gå bort fra dagens skarpe skille mellom den undervisning de gir i klasserommet og i klinisk setting» (15, s. 67). Dette poengteres også i NIFUs rapport om opptakskrav, vurderingsformer og kvalitet i sykepleieutdanningen (12).

### Dårlig kommunikasjon

Studentene opplevde at det er dårlig kommunikasjon mellom alle ledd i organisasjonen og at ansatte er lite informert om hva studentenes arbeidsoppgaver er. En forutsetning for en vellykket implementering av kunnskapsbasert praksis er, som beskrevet tidligere, at organisasjonen, arbeidsmiljøet og ledelse må støtte opp om kunnskapsbasert praksis og at sykepleieren må se betydningen av kunnskapsbasert praksis for pasientpleien (6). Dette må videreutvikles i prosjektets videre arbeid. ■■■

### REFERANSER

1. Kunnskapsdepartementet. Rammeplan for sykepleierutdanning. Fastsett 25. januar 2008.
2. Aigeltinger E, Haugan G, Sörle V. Utfordringer med å veilede sykepleierstudenter i praksisstudier. Sykepleien Forskning 2012;7:160–7.
3. Caspersen J, Kårstein A. Kvalitet i praksis. Oppfatning om kvalitet blant praksisveiledere. Oslo: NIFU, Rapport 14/2013.
4. Grönvold L, Solvoll BA. Clinical supervisors' opinions on nursing students' written reflections. Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning. 2010;12:48–58.
5. Kristoffersen NJ, Lillemoen L. Group supervision for nurses responsible for student follow-up in clinical practice: developing competence in supervision. Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning 2010;12: 3–14.
6. Ekeland TJ. Evidensbasert praksis. Tidsskrift for norsk psykologforening 2008; 45(4): 406–7.
7. Martinsen K. Evidence – limiting or informative? Ergoterapeuten 2009; 52:24–9.
8. Grimen H, Terum LI. Evidensbasert profesjonsutøvelse. Oslo: Abstrakt, 2009.
9. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring. Oslo: Universitetsforlaget, 2011.
10. Sandvik GK, Stokke K, Nortvedt MW. Implementing evidence-based practice in hospital – what strategies are effective? Sykepleien Forskning 2011; 62:160–8.
11. Nortvedt MW, Jamtvedt G, Graverholt B, Nordheim LV, Reinart LM. Jobb kunnskapsbasert: En arbeidsbok. Oslo: Akribi, 2012.
12. Wadel C. En lærende organisasjon: et mellommenneskelig perspektiv. Kristiansand: Høyskoleforlaget, 2008.
13. Flateland S, Kristiansen A, Söderhamn U. Nursing students' learning – learning in practice through participation in a reflection group. Nordisk Sykepleieforskning 2011;1:5–18.
14. Dahl K, Bjønnes AK, Bjerknes MS, Reine E, Brustad MB. Samarbeid i praksis. Sykepleien. 2012;9:50–2.
15. Benner P, Hegggen K, Thorbjørnsen KM, Kjerland L. Å utdanne sykepleiere: behov for radikale endringer. Oslo: Akribi, 2010.
16. Kårstein A, Aamodt PO. Opptakskrav, vurderingsformer og kvalitet i sykepleieutdanningen. Oslo: NIFU, Rapport 14/2012.

## «Ansatte ber om mer tid.»

med studier som viser at KBP krever ferdigheter i lesing og vurdering av forskning, samt kjennskap til forskningsspråk og statistikk (6). De ansatte var i all hovedsak helsefagarbeidere eller sykepleiere med utdanning fra en annen kultur, noe som kan forklare at de manglet kompetanse på dette området. Når studentene hadde studieoppgaver hvor de skulle observere, for eksempel hygiene og legemiddelhåndtering, kunne noen ansatte oppleve å bli kritisert. Flere ansatte framstår som sårbare og sier de opplever at de ikke gjorde en god nok jobb. Framover er det viktig at prosjektlederne presiserer at i en lærende organisasjon må man tenke kritisk slik at atferd kan endres for å implementere ny kunnskap (8).

### Kunnskapsbasert praksis

Kunnskapsbasert praksis ble i hovedsak evaluert som positivt. Imidlertid ser vi i ettertid at man fokuserte hovedsakelig på forskningsbasert kunnskap, noe som vanskeliggjorde refleksjon og diskusjon. Vi tenker oss at man kunne fokusert mer på brukerkunnskap og erfaringskunnskap. Refleksjon over kjente pasientsituasjoner har vist seg positivt for læring og samarbeid i andre studier (9), noe som også er i tråd med grunnleggende sykepleie og fokusering på pasienten i første år i bachelor-



Illustrasjonsfoto: Erik M. Sundt

## Forstår vi skriftlig helseinformasjon?

I siste utgave av *Sykepleien Forskning* har Egil Gabrielsen og Kjersti Lundetræ undersøkt i hvilken grad voksne nordmenn forstår skriftlig helseinformasjon. Bakgrunnen for studien er at flere internasjonale undersøkelser viser at mange voksne sliter med svake leseferdigheter, også i land med godt utbygde utdanningssystemer. Svake leseferdigheter kan få negative konsekvenser for evnen til å lese og forstå ulike tekster knyttet til helseinformasjon, noe som igjen kan gi dårligere forutsetninger for å ivareta egen helse. Studien til Gabrielsen og Lundetræ er basert på intervjuer

med og kartlegging av 5400 nordmenn i alderen 16–65 år. De fant blandt annet at den eldste aldersgruppen, innvandrere og de med lite utdanning hadde de svakeste helserelaterte leseferdighetene.

Se *Sykepleien Forskning* nr. 1–2014: side 26–34.

sykepleien forskning

### Digital mobbing

*Mobbing på digitale arenaer* er en bok for foreldre og fagpersoner og gir råd om hvordan man kan avdekke, håndtere og forebygge slik mobbing både hjemme og på skole.

Forfatter er Øystein Samnøen.



### Vil ha mer gratis prevensjon



**KrF foreslår gratis** prevensjon til alle under 25 år, ifølge Stavanger Aftenblad.

Olaug Bollestad, sykepleier og partiets helsepolitiske talsperson på Stortinget, mener antall aborter i Norge er for høyt og at det må tenkes mer pragmatisk enn i dag.

I tillegg til gratis prevensjon, vil hun også ha tidligere seksualundervisning i skolen.

Kilde: Stavanger Aftenblad

### Disputerer om sene fødsler

**Jordmor Anne Britt** Vika Nilsen har i sitt doktorgradsarbeid undersøkt hva som kjennetegner eldre førstegangsfødende, årsakene til at de venter med å få barn, hvilke intensjoner de har om å få barn og hvilken risiko det er ved å være eldre førstegangsfødende.

Hennes funn samsvarer med funn som er gjort tidligere. De som venter lenge med å få barn er velutdannete med høy inntekt.

I tillegg viser hun at eldre mødre og fedre oftere har hatt problemer med å bli gravide, de har flere helseproblemer, mindre sosial kontakt med familie og venner og mer uheldig livsstil sammenliknet med yngre mødre og fedre.

En liten gruppe som blir foreldre seint har lav utdanning, er arbeidsledige eller enslige.

Anne Britt Vika Nilsen fant også at både kvinner og menn overvurderer evnene til å få barn i høy alder.

Alder ser ut til å være en risikofaktor på linje med røyking og fedme.

Kilde: Høgskolen i Bergen

### Rom i helsevesenet

*Rom for omsorg?* er en ny bok med Herdis Alvsvåg, Oddvar Førland og Frode Jacobsen som redaktører.

Rom forstås på flere måter, som mellomrommet mellom mennesker, som fysisk romlige omgivelser og som

det store rommet mennesker lever og ånder i.

Boken ser på rommene i helsevesenet og stiller spørsmål om det er rom for omsorg i dagens helsevesen og hvordan det legges til rette for slike rom.





**VIL SØKE:** Hanne Sørli og Marte Johanne Tangeraas vil begynne på master i intensivsykepleie. Foto: Ida Gudjonsson, Universitetet i Stavanger

## Master i Stavanger

Til høsten er det mulig å bli master i sykepleie med spesialisering i intensiv-, anesthesi- eller operasjonssykepleie ved Universitetet i Stavanger. Utdanningen er opprettet fordi sykehusene trenger flere sykepleiere med slik kompetanse.

Ifølge Kari Vevatne, leder ved institutt for helsefag, er det flere profesjonsstillinger knyttet til masteren. Det er også flere faglærere med lang erfaring.

Kilde: Universitetet i Stavanger

## Kritisk blikk på piller

I *Bitter pille* tar Ben Goldacre et oppgjør med legemiddelbransjen. Goldacre er lege og gikk i sin forrige bok *Kvakksalverne* den alternative legeindustrien og det som omtales som deres journalistiske medløpere nærmere etter i sømmene.

I sin nye bok avslører han, ifølge omtalen, at legemiddelselskapene ikke bare baserer seg på vitenskap, men lager egne forskningsresultater som overdriver nytten av produktene de selger og villeder pasienter.

Boken skal ha skapt stor debatt i Storbritannia.



## Samtaler om levevaner

Ni kommuner i Rogaland tilbyr gravide en samtale om levevaner. Samtalen kommer i tillegg til den ordinære svangerskapsomsorgen og er gratis. Alle som er før uke ti får tilbudet. Samtalen vil dreie seg om rus, røyk, alkohol, medisiner og folat. Det vil også være mulig å ta opp andre temaer.

Tilbudet er et prosjekt som KoRus Vest Stavanger og Helsedirektoratet står bak.

Kilde: Randaberg kommune

## Råd om stillesitting

For første gang er stillesitting nevnt i Helsedirektoratets anbefalinger om kosthold, ernæring og fysisk aktivitet. Rådet er å redusere stillesitting, både for barn, ungdom, voksne og eldre.

De nye norske anbefalingene bygger på de nordiske, som oppdateres hvert åttende år.

Kilde: Helsedirektoratet



## Satser på KOLS

På Åhus har lungemedisinsk avdeling startet et prosjekt for helhetlig pasientforløp for KOLS-pasienter. Å lage et helhetlig forløp for disse pasientene er også et satsingsområde for Helse Sør-Øst.

Faggrupper fra både primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste er involvert i prosjektet.

Kilde: Åhus



## Master i smerte og palliasjon

NTNU starter opp et masterstudium i smerte og palliasjon. Søknadsfrist er 15. april, og studiet starter opp høsten 2014.

Det legges vekt på at studentene får en bred og tverrfaglig forståelse for kliniske problemstillinger.

Kilde: NTNU



## Årets jordmor

Siri Kløve er kåret til årets jordmor 2013. Det er magasinet BAM som står bak kåringen.

Kløve er både kardiologisk sykepleier og jordmor, og ble foreslått til prisen etter å ha fulgt opp en gravid med pacemaker. Hun er del av det tverrfaglige spesialistteamet rundt gravide med hjertesykdom på Rikshospitalet.

## Frisk og syk i ny utgave

Læreverket *Frisk og syk* av Vegard Bruun Wyller er kommet i fjerde utgave. Sidetallet er kraftig redusert siden forrige utgave, ved at deler av fagstoffet er lagt på nett. De som kjøper bøker, vil også få tilgang til stoffet på nett.



## eHelse på Hamar

12. og 13. juni arrangeres konferansen eHelse og innovasjon for morgendagens helse-tjeneste på Hamar. Arrangør er Norsk Sykepleierforbunds faggrupper for eHelse og faggruppe for sykepleie i geriatri og demens.

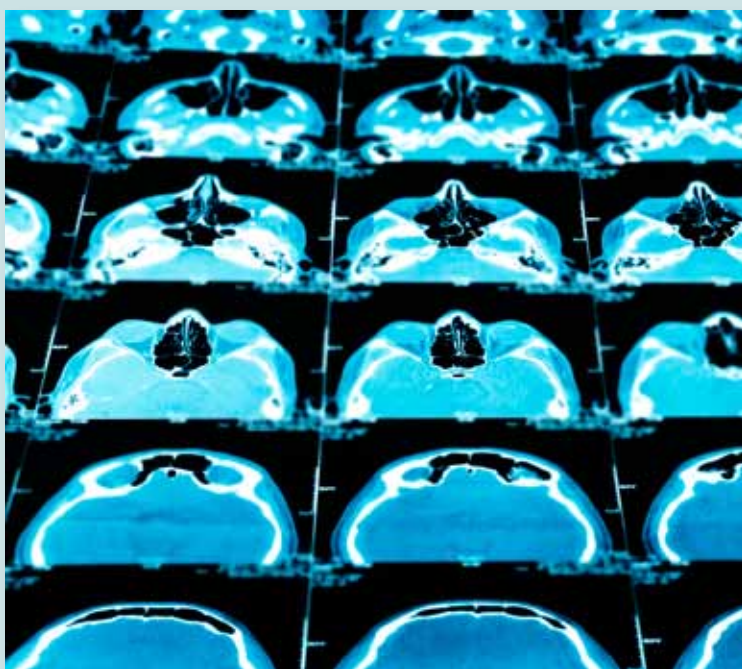
## Håndbok mot mobbing

*Slik stopper vi mobbing* av Erlend Moen forklarer hvordan mobbing kan stoppes. Boken beskriver hva man kan gjøre for å identifisere, stoppe og forhindre ny mobbing. Den gir også kunnskap om mobbing, som sammenhengen mellom aggresjon og mobbing og hvem som har størst risiko for å bli mobbet.

Erlend Moen er utdannet lærer og har skrevet boken for alle ansatte i skolen, men den er også aktuell for studenter, foreldre og andre som vil lære mer om mobbing.



## Stråleterapi i utvikling



**VIKTIG BEHANDLING:** Stråleterapi er, og vil fortsette å være, en viktig del av kreftbehandlingen i Norge, ifølge en artikkel i *Kreftsykepleie*.

Stråleterapi er den nest viktigste behandlingsformen mot kreft, etter kirurgi. I en artikkel i *Kreftsykepleie* skriver Trond Strickert, medisinsk fysiker, om at stråleterapien er i utvikling. Internasjonalt er det faglig enighet om at halvparten av pasienter med kreft har nytte av stråleterapi.

Grunnlaget for stråleterapien ble lagt av Wilhelm Conrad Röntgen, som i 1895 oppdaget røntgenstrålene. Det ble ganske klart at disse strålene hadde biologisk virkning. Stråling ble raskt tatt i bruk i behandlingen av kreft. I 1899 ble en pasient kurert for basalcellekarsinom ved stråling. Utviklingen besto i prøving og feiling.

Ifølge Strickert er moderne kreftbehandling i økende grad kombinasjonsbehandling. Stråleterapi kombineres med kirurgi og som regel med medikamenter av ulike slag.

Vellykket stråling avhenger av at det gis adekvat stråledose med minst mulig dose til friskt vev. Bildebaseret diagnostikk har gjort det lettere å bestemme belangenhet og størrelse på svulsten. Ulike bildeteknikker kan også kombineres.

**EGET FAG-BLAD:** Artikkelen *Stråleterapi – kreftbehandling i utvikling* er hentet fra *Kreftsykepleie*, et fagblad for medlemmer i NSF's faggruppe Forum for kreftsykepleie.



Apparatene som brukes til stråleterapi har også blitt mye bedre.

Strickert skriver at man med stor rett kan hevde at moderne stråleterapi er en virkningsfull og kostnadseffektiv behandlingsform. For å forbedre stråleterapien enda mer, er det et spørsmål om partikkelterapi bør tas i bruk i Norge.

Han skriver også at stråleterapien i en viss grad har lidd under forestillingen om at det til enhver tid er andre behandlingsmetoder like rundt hjørnet. Han mener det ikke er noen grunn til å tro at stråleterapien i overskuelig framtid blir mindre viktig enn den er i dag.

## Lenge leve lydboken!

**Bøker kan være** mer enn tekst. Bøker kan også være lyd. En lydbok kan gi nye perspektiver på teksten og en annerledes opplevelse av boken. I en periode i mitt liv fartet jeg mye mellom ulike sykehus på Vest- og Sørlandet. Venting i fergekøer var en plage helt til jeg oppdaget at cd-spilleren kunne gjøre bilens kupé til en scene, der jeg i løpet av en uke fikk med meg en rekke litterære høydepunkter. Særlig vil jeg fremheve de Hamsunske romanene som ble formidlet til meg på en vakker måte. Den syngende dialekten til den nordlandske skuespilleren som leste teksten, og hvert kapittel rammet inn av skjønn mollstemt pianomusikk, løftet Hamsuns ord frem for meg på uforglemmelig vis.

Jeg husker spesielt en våt og sur høsttur Bergen–Nordfjordeid tur–retur, der jeg gledet meg over *Pan* den ene veien og *Victoria* den andre. Våt asfalt og piskende vindusviskere klarte ikke å fjerne opplevelsen av skjønnhet og fordoms tiders romantiske og dramatiske kjærlighet. Dette har blitt et varig og uforglemmelig minne, formidlet gjennom ny teknologi, som har skapt ny kunst av det som allerede lå gjemt i Hamsuns gamle tekster. Nå er snart også cd-ene å regne som gammel teknologi, men jeg tar fortsatt frem lydbøker og nyter den skjønnhet som kan ligge i en opplest tekst. Lenge leve lydboken!



KH Mygaard

# Tegner sykepleie

Hanne Sigbjørnsen har et alias: Tegnehanne.

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

**T**egnehanne elsker å være sykepleier. Hun forklarte nylig hvorfor i Aftenposten, der hun har en fast spalte på nett. Det meste hun tegner er inspirert av virkeligheten. En kommentar om at sykepleiere bare vasker rumper, fikk henne til å liste opp fordeler og ulemper ved yrket. Fordel: Du får være veileder for hvordan andre lever livet sitt. Ulempe: Du glemmer ditt eget liv.

Tegnehanne ble født da Hanne Sigbjørnsen flyttet fra Bryne til Oslo. Hun kunne velge mellom å studere animasjon eller sykepleie, og valgte sykepleie. På si begynte hun å tegneblogge. Med en blanding av tekst og bilder skrev hun først om å være student, så om alt mulig. I 2012 ble hun kåret til Årets blogger. Året før var hun nominert, og sa til Side 2 at hun gjerne ville solgt en nyre for å vinne.

– Jeg har nok en litt annen stil og humor enn andre bloggere, forteller hun på kafé i Oslo.

– Den er direkte og selvironisk. Da jeg begynte å blogge, skrev de fleste om sminke og klær.

Tegnehanne skriver om taco, lefse og egen frykt for autoriteter. Hun lager en mellomting mellom tegneserie og blogg, noe som ikke er så vanlig i Norge som for eksempel i USA. Før hun fikk jobb i Aftenposten, var hun gjestetegner i Dagbladet og VG og har også gitt ut et eget magasin.

– Jeg har et behov for å vise hvem

jeg er, sier hun og smiler litt.

– Jeg bruker humor og ironi, og tror det er derfor folk leser meg. Folk liker at jeg er ærlig. Jeg kan skrive sånne ting som at jeg hadde et one-night stand og så gikk han midt på natta.

– Hva gjør det med deg å utlevere sånt?

– Det går bra. Når man bruker humor, tror ikke folk helt på det. Og tror de på det, kjenner de seg ofte igjen fordi de har opplevd det selv.

Tegnehanne har store øyne og ingen nese. Men er fullt i stand til å uttrykke

– Tror du det betyr noe for sykepleie som fag at du tegner det?

– Kanskje gir det en innsikt i hva vi holder på med, som folk ikke ville fått ellers? Jeg håper det.

Men ironi og humor kan også være vanskelig.

– Jeg skrev en gang om hvordan det var å pleie demente. Det var ment harmløst og jeg ville vise frem humoren som fins også hos demente og de som jobber med dem. Noen syntes det var morsomt, andre ikke. En dame ble veldig såret og mente jeg gjorde narr

## «Folk liker at jeg er ærlig.»

seg. Sigbjørnsen sier hun har en enkel, men uttrykksfull strek. Hun er opptatt av at det hun skriver skal være sant, men strekker det gjerne litt langt. Hun bruker venner og familie, og spør heller om tilgivelse enn tillatelse. Men hun er klar på at det er seg selv hun gjør narr av, ikke andre.

Etter snart fire år i Oslo, er hun ferdig utdannet sykepleier og i full jobb på Rikshospitalet.

– Finner du inspirasjon i sykepleie?

– Ja. Da jeg begynte på studiet, tenkte jeg at det var litt smalt, så jeg skrev heller generelt om å være student. Nå nylig har jeg skjont at folk flest synes det er interessant å lese om hva vi gjør. Sykepleiere sier også de kjenner seg igjen i det jeg skriver og tegner.

av faren hennes, som var dement. Da slettet jeg hele innlegget. Folk takler humor forskjellig, og det er vanskelig å argumentere mot noen som er såret.

Det er innleggene om sykepleie som blir kommentert på jobb. Hun har blant annet laget et om nattevakter. Mens det var gøy å døgne på ungdomsskolen, har hun etter et halvt år i full turnus funnet ut at det ikke er gøy lengre. Det eneste som er gøy med det, er å legge seg når vekten er over. Hun har også skrevet om å gi sykepleie til tunghørte.

– Jeg lurte litt på om det var greit, men fant ut at det var innenfor. Jeg ville bare si noe om hvor utmattende det er å skrike en hel dag.

– Vil du helst tegne på fulltid?

– Ja, jeg har også lyst til å være

sykepleier, men hadde jeg fått muligheten til bare å tegne, ville jeg tatt den.

Før lette hun etter tegnemateriale i alle situasjoner, nå slapper hun mer av. Hun leverer til Aftenposten en gang i uken og bruker to kvelder på å tegne. Å publisere på nett gir mer kontakt med leserne.

– Det blir litt annerledes enn med bloggen. Bloggen er det folk som oppsøker, i Aftenposten får de meg uten å ha bedt om det. Den umiddelbare responsen gjør at jeg må levere bra hver gang.

Tegnehanne har flest lesere blant jenter mellom 20 og 30 år, men hun skriver og tegner for alle.

– Gjerne for menn på 35 eller damer på 60, smiler hun.

– Favorittleseren er den jeg ikke forventer skal lese meg. ■■■

nina.hernes@sykepleien.no

## Hanne Sigbjørnsen

Aktuell med: Tegnehanne



Les Tegnehannes «En revurdering av sykepleieryrket» på neste side.



«En revurdering av sykepleieryrket» av Tegnehanne ble publisert på Aftenposten.no 1. mars 2014.

Her om dagen kunne en kollega fortelle om en venninne som hadde sagt noe virkelig ignorant.



Jeg er egentlig av den oppfatning at stigmatisering av sykepleiere, hjelpepleiere og helsefagarbeidere er en myte. Jeg tror ikke at folk flest nedvurderer den jobben vi gjør, jeg tror de skjønner at våre arbeidsoppgaver strekker seg så mye lengre enn «å vaske rumper hele dagen».

Utsagnet fikk meg likevel til å revurdere hvorfor jeg velger å være en underbetalt sykepleier, i stedet for andre jobber som kanskje har både bedre lønn og bedre vilkår (som for eksempel julebord du ikke må betale selv, eller friheten til å ikke jobbe helg og natt). Dette gjorde jeg i form av en fordel/ulempe-liste som jeg vil presentere for dere her:

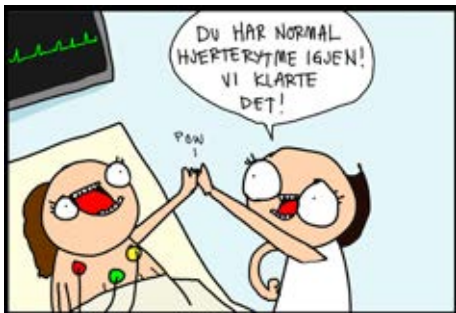
**Fordel: Du får være en veileder for hvordan andre lever livet sitt.**





#### Fordel: Pasientens triumfer blir dine triumfer

Jeg tar alltid personlig ansvar for alle ting som skjer med pasienten på min vakt.



#### Ulempe: Pasientens nedture blir dine nedture

Dette personlige ansvaret trer uheldigvis inn også når negative ting skjer.



Det er alltid trist når noe vondt skjer med pasienten din, men triumfen blir desto større når hun tre dager senere peker på vannglasset og sier... ja, egentlig hva som helst som ligner mer på «vann» enn «hest». Og når pårørende gråter av glede den dagen hun endelig klarer å løfte skjeen fra youghurten og opp til munnen uten å miste den.

Det er derfor jeg elsker å være sykepleier.

# [ MEDIHONEY® en viktig del av moderne sårbehandling ]



Godt etablert i Europa, Midøsten og USA, med gode referanser. Nå endelig i Norge! Etter en suksessrik introduksjonsperiode er Medihoney tatt i bruk på mange sykehus.

- Antibakteriell uten resistensfare
- Stimulerer sårtilhelingen
- Beskytter nydannede celler
- Antiinflammatorisk
- Kraftig debriderende
- Moderne produktmix
- God dokumentasjon

SELGES HOS vitus|apotek ditt apotek

ANTIBAKTERIELL HONNING  
**MEDIHONEY™**  
med Aktiv Leptospermum honning

DISTRIBUERT I NORGE AV NORGESPLASTER AS  
[www.norgesplaster.no](http://www.norgesplaster.no) // [info@norgesplaster.no](mailto:info@norgesplaster.no)

**Norgesplaster.**



**La meg sove til dette bare er en drøm**

Av Ellisiv Stifoss-Hanssen  
190 sider

Vigmostad og Bjørke, 2014  
ISBN: 978-82-419-1020-3

Anmelder: Laila Solli Reitan, intensiv-  
sykepleier

## Å kjenne på andres lidelser

**ANMELDELSE:** Denne boka handler om 26 år gamle Mia som får livmorhalskreft. Dette er en fortelling som blir beskrevet igjennom Mias øyne. Det er fortelling om et indre kaos som oppstår etter å ha fått en alvorlig diagnose og samtidig blitt forlatt av kjæresten.

Forfatter er Ellisiv Stifoss-Hanssen, som er født i 1980. Hun har gått på skriveutdanning ved Nansenskolen og hun debuterer med denne romanen.

I boka beskriver Mia menneskene som er rundt henne. Hun beskriver en av sykepleierne slik: Hun kjenner meg ikke, men likevel rer hun sengen min, henter mat og snakker hyggelig til meg uten at jeg har gjort meg for-

tjent til det.

Det er en intens fortelling. Handlingen glir mellom fortid, nåtid og tanker blandet med håp og frykt for en usikker framtid. Det at fortellingen går så mye ut og inn av tid gjør det vanskelig å henge med i handlingen.

Fortellingen gir oss et godt innblikk i den tøffe behandlingen som kvinnene med livmorhalskreft må igjennom. Vi følger Mia når hun får cellegift, stråling og operasjon. Boka forteller om bivirkningene av behandlingen. Om hårtapet, kvalmen, stråleskaden og om å komme i overgangsalderen. Hvordan er det egentlig å måtte overgi seg til andre og la andre ta styringen

over egen kropp? Fortellingen gir svar på dette.

Gjennom å lese denne fortellingen gir forfatteren oss en opplevelse av hvordan det er å leve i frykt, sorg og smerte. Jeg orker ikke være sterk, hvorfor får jeg ikke være svak? spør Mia i boka. Hvordan man greier å holde motet oppe når smerter og sorg føles så sterkt, er et gjennomgående tema i boken.

Når vi leser boken kjenner vi på et annet menneskes håpløshet. Dette gjør boka spesiell. Med utgangspunkt i omsorgsetikken blir man en bedre sykepleier hvis man har evne til å kunne sette seg inn i andres lidelse. ■■■



**Diagnose: Brystkreft.  
Om egne valg og livskvalitet**

Av Solveig Bøhle  
104 sider

Cappelen Damm, 2013  
ISBN 978-82-02-42248-6

Anmelder: Liv Bjørnhaug Johansen, syke-  
pleier og master i kulturhistorie

## Kritisk, balansert og nyttig

**ANMELDELSE:** Solveig Bøhle er journalist og har i mange år jobbet med temaer innen helse. Når hun, etter selv å ha blitt rammet av sykdom, skriver en bok om brystkreft er det all grunn til å ha store forventninger. La det være sagt med en gang; dette er ikke en tekst i meg-og-kreften-min-genren. Det er journalisten Bøhle som skriver. Hun angriper temaet systematisk, balanserer eksperter med pasientintervjuer og åpner interessante problemstillinger. Men hun slipper aldri pasientperspektivet, og det er nettopp det som gjør boka unik. Dette er en skolert pasient som vil dele sin innsikt, erfaring og kunnskap for å hjelpe andre til å bedre kunne ta selvstendige avgjørelser i behandlingen av sin sykdom. Dette er noe vi trenger!

Boka er strukturert tematisk med over- og underkapitler, og leder oss gjennom sykdomsforløpet med små

diskusjoner over problemstillinger og utfordringer som oppstår i møte med behandlingsapparatet. Her og der stusser jeg litt over underkapitler som virker litt vilkårlig plassert. Boka hadde kanskje hatt godt av en runde til med redaktøren, men helheten er grei å følge og språket flyter godt og stilsikkert.

Bøhle har tidligere skrevet mye om alternative behandlingsformer og har en helse- og sykdomsforståelse som er mer helhetlig enn skolemedisinens. Hun er kritisk til standardiseringen av brystkreftbehandling, som ofte fører til overbehandling, og takker selv nei til både hormonbehandling og stråling. Hun er likevel balansert og respektfull og lar både legene som argumenterer for den bestående praksis og kvinner som har valgt å følge hele løpet få uttale seg.

Hun faller aldri for fristelsen til å

bruke fortellinger om bivirkninger og seinskader tendensiøst for å underbygge egne meninger, men lar dem respektfullt få stå i sin egen kontekst. Boka blir dermed leseværdig og nyttig også for dem som ikke deler Bøhles kritiske holdning.

Det er ganske imponerende hvor mye Bøhle berører på disse knappe hundre sidene, men kanskje er knappheten også en svakhet ved boka. Jeg vil gjerne at Bøhle skal gå dypere inn i en del av problemstillingene hun åpner. Boka bærer i seg en kime til en dyp kritikk av kreftbehandlingen i Norge i dag. Hvis det er slik at kvinner i dag lider under systematisk overbehandling av brystkreft, er dette en diskusjon vi bør ta. Kanskje gir ikke rammene for denne boka rom for den diskusjonen, men i så fall håper jeg Bøhle tar den med seg til en egnet arena, for hun har mer å by på. ■■■

## Forstå overvekt hos barn

**ANMELDELSE:** Psykologi for barn er en bokserie utviklet med det formål å hjelpe barn og voksne å snakke sammen om vanskelige temaer av psykologisk karakter. Den er skrevet av psykolog Anne Vibeke Fleischer og lærer Rikke Mølbak, og deres samlede erfaringskompetanse gir et solid utgangspunkt for økt forståelse og refleksjon hos leseren. Denne bokanmeldelsen ser nærmere på de to bøkene som tar for seg overvekt hos barn.

Overvekt og fedme er ifølge Helse- og omsorgsdepartementet et økende problem blant Norges barn og unge, og de nasjonale faglige retningslinjer understreker viktigheten av å ha gode samtaler med barn om slike temaer. Bøkene *Vent på meg!* og *Inni og utenpå* er rettet mot alle som ønsker å forstå og hjelpe overvektige barn.

*Vent på meg!* er skrevet for barn mellom 4–8 år, mens *Inni og utenpå* retter seg mot aldersgruppen 9–13 år.

I *Vent på meg!* oppfordrer forfatterne den voksne til å først lese forordet

og etterordet, da disse kan veilede i samtale med barnet som boken legger opp til underveis. Dette er etter min mening en styrke, da temaene som tas opp kan være vanskelige å snakke om.

*Inni og utenpå* tar utgangspunkt i at barnet leser fortellingene selv, men forfatterne oppfordrer barnet til å snakke med en voksen om de påfølgende refleksjonsspørsmålene. De korte fortellingene gir leseren små innblikk i ulike utfordrende situasjoner et overvektig barn kan møte i sin hverdag: Mathilde klarer ikke å klatre sammen med de andre i skolegården, og Oliver blir ertet fordi han er treg, Julie synes det er flaut å dusje sammen med andre etter dansetrening og finner ikke kule klær i riktig størrelse. Samtidig som mulige utfordringer blir belyst, er forfatterne også opptatt av det å finne sin egen styrke; Oliver er den beste svømmeren i klassen, og Mikkel samarbeidsevner gjør ham til kaptein på et vinnerlag.

Bøkene forteller om varierte,

godt tilpasset aldersgruppen og karakterene er vekselvis gutter og jenter. Bøkene gode illustrasjoner gjør det enkelt for barn å leve seg inn i de ulike situasjonene. Disse faktorene samlet gjør at det er stor sannsynlighet for at det enkelte barn som leser boken skal kunne relatere seg til det som fortelles. Leserens god innsikt i karakterenes opplevelser, og den voksne får veiledning i hvordan man kan ta utgangspunkt i disse for å snakke om eget barns opplevelser. Avslutningsvis gir bøkene etterord nyttige forslag til hva barna selv kan gjøre for å få hjelp, og hva de voksne kan gjøre for å hjelpe barna.

*Vent på meg!* og *Inni og utenpå* setter etter min mening søkelys på et meget viktig, men også vanskelig tema. Forfatterne gir leseren et person- og samfunnsperspektiv på et stadig økende problem, og er samtidig løsningsorienterte og gir viktig informasjon i sin framstilling. Dette er bøker som absolutt er verdt å lese for store og små; uavhengig av hvor mange kilo som vises på badevekten. ■■■



### Vent på meg! Mathilde og Oliver veier for mye

Av Anne Vibeke Fleischer & Rikke Mølbak  
56 sider  
Gyldendal Akademisk, 2013  
ISBN: 978-82-05-45715-7



### Inni og utenpå. Mikkel og Julie veier for mye

Av Anne Vibeke Fleischer & Rikke Mølbak  
56 sider  
Gyldendal Akademisk, 2013  
ISBN: 978-82-05-45714-0  
Anmelder: Ingrid Ovlén-Mikalsen, spesialsykepleier i psykisk helsearbeid

Hva leser du nå?



## Ingen krimdame

– For tiden leser jeg masse saksdokumenter, sier **Cecilie Olsen**, leder i NSF's faggruppe for geriatri og demens.

– På sengen også?

Jeg lider av «lakenskrekk», så når jeg først er kommet i seng prøver jeg å unngå å lese på sengen. Noen ganger blir nok iPaden med på nattbordet, dessverre. Da går det mest i nyheter...

Bøker foretrekker hun på papir.

– Det er ingenting som slår duften av en ny bok, mener hun.

Og bøkene leses på ferie og reiser. Da kan det gå unna to-tre på en uke eller to.

– Når jeg leser en bok, har jeg vanskelig for å legge den fra meg. Jeg vil fordype meg i den. Og da fungerer ikke to sider om kvelden før jeg sovner.

Hun liker bøker som «Morgen i Jenin» av Susan Abulhawa.

– Bøker må gi meg noe. Jeg liker de som handler om historie og som gir et bilde av andre samfunn og hvordan man lever der. Sann som «Drageløperen» av Khaled Hosseini. Krim leser jeg ikke, det blir så oppdiktet. Jeg vil lese bøker som er realistiske, sier Cecilie Olsen.

Tekst **Nina Hernæs**



Heidi Snoen Glomsås, høyskolelektor,  
Høgskolen i Oslo og  
Akershus

# Gründercamp ga mersmak

En spennende læringsmetode og god arena for samarbeid mellom utdanning og praksis.

**I**samarbeid med Skedsmo kommune og Ungt Entreprenørskap Akershus, arrangerte Høgskolen i Oslo og Akershus studiested Kjeller, for første gang gründercamp for førsteårsstudenter i sykepleie i november 2012.

## Tettere bånd

Entreprenøriell læring er en god pedagogisk form for å skape muligheter til indre motivasjon, engasjement, mestring og drivkraft som sykepleierstudenter vil kunne dra nytte av, både gjennom studiet og som ferdige sykepleiere. Gjennom samarbeidet med praksis håper vi at denne måten å tenke på skal bidra til endrete arbeidsmåter og innovasjon på våre praksissteder. Dette er også en flott måte å knytte tettere bånd til våre praksisfelt.

De store utfordringene sykepleietjenesten står overfor i årene som kommer, krever at vi som sykepleiere er kreative, nyskapende og tenker samarbeid i større grad enn i dag. Det er behov for å utdanne en ny generasjon helsepersonell, som fokuserer mer på helsefremmende og forebyggende arbeid.

De fleste undersøkelser viser at det gjennomgående blir gitt et godt helse- og pleietilbud i den kommunale omsorgstjenesten. De samme undersøkelsene viser imidlertid at helsepersonell ikke i like stor grad bidrar til å skape sosialt fellesskap og en meningsfull hverdag (1). I lys av samhandlingsreformen og de utfordringer eldreomsorgen står overfor i årene som kommer, ga vår samarbeidspartner, Skedsmo kommune, studentene et oppdrag med temaet «verdighetsgarantien».

## Kreativt

Gründercamp er en treningsleir for kreativitet og nyskaping. Studentene får et reelt oppdrag med en definert problemstilling, som de skal presentere en løsning på innen et avgrenset tidsrom. Denne måten å jobbe på gjør det mulig for den enkelte student å utvikle sitt potensial for å bli en god og kreativ sykepleier i fremtiden. Gründercamp bidrar også til samarbeid på tvers av egen institusjon.

En annen positiv bieffekt er at studentene må presentere forslaget sitt for en jury. Dette gir god trening for senere å skulle undervise eller informere pasienter i større og mindre grupper.

## Utdanningskrav

Gjennom innføring av kvalifikasjonsrammeverket for høyere utdanning, skal innovasjons- og nyskappingskompetanse være integrert i alle fagområder på alle nivåer innen 2012 (2). Det er derfor viktig at vi som høyskole arbeider med innovasjon og entreprenørskap i sykepleierutdanningen, og tester ut ulike modeller for dette.

I universitets- og høyskoleloven § 1–3 a, kreves det at utdanningsinstitusjonens virksomhet skal fremme lovens formål ved «å tilby høyere utdanning som er basert på det fremste innen forskning, faglig og kunstnerisk utviklingsarbeid og erfaringskunnskap» (3). Dette inkluderer bruk av entreprenøriell læring som pedagogisk plattform for å utvikle innovasjon og nyskappingskompetanse

hos den enkelte student. Vi har dermed plikt til å utdanne en ny generasjon helsepersonell med større fokus på helsefremmende og forebyggende arbeid som fremmer folkehelsen (4). Erfaringene fra gründercampen har overbevist oss om at dette er en riktig satsing for å møte morgendagens utfordringer.

## Oppdraget

Oppdragsgiver Skedsmo kommune ønsket gode innspill til hvordan man kan tilrettelegge for en verdig alderdom, med fokus på sosiale relasjoner og opplevelser på sykehjemmene i Skedsmo.

Studentene ble oppfordret til å ta utgangspunkt i praksisperioden de nettopp hadde vært i, og bruke verdighetsgarantien til å identifisere en situasjon eller hendelse som representerer et forbedringsområde innen sykehjemstjenesten. Studentene skulle gjøre rede for et tiltak som sikrer et bedre tjenestetilbud basert på at den enkelte skal få en verdig alderdom og anledning til livsutfoldelse i samsvar med egne muligheter og grunnleggende behov.

## Gjennomføring

Gründercampen varte i to dager. Dette gav studentene mulighet til å utvikle ideen sin utover kvelden på første dag, etter å ha vært i veiledning. I tillegg ble det tid til både kreativtetsøvelser og inspirasjonsforedrag.

Juryene hadde en utfordrende oppgave med å velge ut finalistene blant de sytten forslagene. Det var mange gode kandidater og stor variasjon i bidragene. Noen utmerket seg ved at de hadde tenkt visuell profil hele veien, mens andre hadde fokusert mer på produktet. De seks finalistene holdt et meget høyt faglig nivå, og imponerte de erfarne lederne i finalejuryen. Finalejuryen besto av ordfører, kommunaldirektør og ledere av hjemmetjenesten og sykehjemmene i Skedsmo kommune. Juryen var enstemmig i sine valg av vinnerne.

## Hovedbudskap

Entreprenøriell læring er en god pedagogisk form for å skape muligheter til indre motivasjon, engasjement, mestring og drivkraft som sykepleierstudenter vil kunne dra nytte av, både gjennom studiet og som ferdige sykepleiere. Gjennom samarbeidet med praksis, håper vi at denne måten å tenke på skal bidra til endrete arbeidsmåter og innovasjon på våre praksissteder. Dette er også en flott måte å knytte tettere bånd til våre praksisfelt på.

## Nøkkelord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

» Sykepleierstudent » Utdanning » Pedagogikk



**KREATIV LÆRING:** Entreprenøriell læring gir mulighet for kreativitet og engasjement og innebærer samarbeid på tvers av institusjoner. Arkivfoto: Stig M. Weston

### Vinnerne

En gruppe vant prisen for beste kreative løsning. Juryen mente gruppen presenterte en gripende historie, og hadde en nyskapende og kreativ løsning med sin «Virituelle reise». Den hadde som mål å gjenskape pasientenes gode minner. Dette ble presentert ved hjelp av en flott visuell fremstilling i lyd og bilde. Prisen for den beste totale løsningen gikk til konseptet «Active Knowledge». Her var forslaget å opprette en database der frivillige kan registrere seg for å omgås sosialt med eldre pleietrengende. Løsningen vil gjøre nettverk og aktivitetsressurser lettere tilgjengelig for både pasienter og pleiepersonell. Databasen eies av kommunen og kan kople behov mot ressurser på tvers av tjenester.

Et eksempel var dersom en skoleelev ønsket å lære å strikke, kunne læreren søke i databasen etter noen som ønsket å lære bort dette. Kanskje fikk man treff på en eldre dame på sykehjemmet som kunne ha lyst til å hjelpe eleven med dette. Et annet eksempel kunne være en ungdomsskoleelev som trenger lesetrening. Denne kunne da matches med pasienter på sykehjemmet som gjerne vil bli lest for. På denne måten koples også generasjonene sammen på en konstruktiv måte.

### Erfaringer

Studentenes tilbakemeldinger tilsier at dette var en utfordrende og morsom måte å lære på.

De opplevde både selve arbeidet med oppgaven, presentasjonen og foredragene som lærerikt. Flere var overrasket over hvor kreative deres medstudenter var, og fikk selv mange nye gode ideer. På avslutningsdagen uttalte de at det var morsomt å jobbe med nytenkning og kreativitet, og at denne måten å jobbe på ga økt selvtillit. I tillegg måtte de jobbe med samarbeidsevnen sin for å få til et godt konsept. Den klare tilbakemeldingen fra våre studenter var at gründercampen var krevende, morsom og nyskapende. «Dette vil vi ha mer av», var den unisone tilbakemeldingen.

Representantene fra Skedsmo kommune mente at flere av ideene som ble presentert kunne la seg gjennomføre, og gav tilbakemeldinger om at de ønsker å prøve ut flere av dem i praksis.

### Konklusjon

Vi anbefaler å innføre gründercamp som pedagogisk metode også innenfor helse- og omsorgs-utdanninger. Denne måten å arbeide på bidrar til å styrke samarbeid både studentene imellom og mellom høyskole og praksisfelt, samt å finne mulige løsninger på utfordringer i praksis gjennom innovasjon.

Entreprenøriell læring innebærer at sykepleierstudentene observerer, reflekterer over erfaringer og møter utfordringer på nye måter. Det

## «Det er behov for å utdanne en ny generasjon helsepersonell.»

var morsomt å se den skapergleden og kreativitet som viste seg både i studentenes samarbeid og i sluttproduktet på vår gründercamp.

Gründercamp bidrar til at studenter, næringsliv og lærere får nye og inspirerende ideer og lærer nye metoder. I tillegg kan disse relasjonene videreutvikles innenfor andre aktuelle områder. ■■■

### REFERANSER

- Kunnskapsdepartementet (2009) Nasjonalt kvalifikasjonsrammeverk for livslang læring (NKR). Hentet fra <http://www.regjeringen.no/upload/KD/Vedlegg/Kompetanse/NKR2011mvedlegg.pdf>
- NOU 2011: 11 (2011) Innovasjon i omsorg. Hentet fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/2011/nou-2011-11.html?id=646812>
- St.meld. nr. 47(2008-2009) (2008). Samhandlingsreformen, Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Hentet fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-47-2008-2009-.html?id=567201>
- Universitets- og høyskoleloven (2005) Lov om universiteter og høyskoler (Universitets- og høyskoleloven). Hentet fra: <http://www lovdata.no/all/hl-20050401-015.html>



Fagartikler kan sendes til [torhild.apall@sykepleien.no](mailto:torhild.apall@sykepleien.no)



Berit Daae Hustad, er leder av Rådet for sykepleietikk.

# Bør vi bidra til at barn deltar i reality-TV?

Åpenhet gjennom media kan svekke taushetspliktens intensjoner om å verne om fortrolig opplysninger.

**R**ådet for sykepleietikk har i løpet av de siste årene fått ulike spørsmål når pasienter deltar i reality-TV? Henvendelsene kommer ofte i kjølvannet av serier fra akutt-mottak eller fødeavdelinger. Nylig fikk vi en henvendelse angående sykepleiers medvirkning til å eksponere barn i serier på TV.

Det er spesielt mange etiske dilemmaer knyttet til involvering av barn i massemedia. Sykepleieren bør stille spørsmål om hvilke hensyn som egentlig vektlegges når en sykehusledelse sier ja til å eksponere syke barn på TV. Er det til barnets beste, eller er det slik at TV-serier med barn i ekte hendelser er et virkemiddel for omdømmebygging?

## Hva er målet?

Motivet for slike TV-produksjoner kan være velbegrunnede og mange. Både ønsket om større åpenhet og samfunnsnyttig informasjon kan være en grunn, eller deltakelse kan bidra til rekruttering av helsepersonell. TV-innspill fra helsetjenesten kan også være god underholdning.

Vi må likevel skille mellom opplysningsprogrammer om ulike sykdommer eller tilstander som har til hensikt å gi kunnskaper, og den kommersielle delen av eksponeringen. Gode argumenter for større åpenhet om sykdom og behandling må ikke gjøres på bekostning av pasientens syn.

Vi lever i et mediesamfunn der mye av vårt privatliv eksponeres på Facebook, Twitter, Snapchat og lignende. Deltakelse i TV-opptak er et særskilt sterkt virkemiddel, og vi ser at det blir stadig større press om media-innspill nær menneskers sårbarhet.

## Vanskelige valg

Sårbarhet og verdighet er sentrale spenningsfelt i sykepleiepraksis, og Rådet viser til selve grunnlaget for all sykepleie, som skal være respekten for den enkelte pasients iboende verdighet. Barnet og foreldre som pasienter er alltid den svake part, derfor

gighetsforhold til helsevesenet. I et slikt asymmetrisk forhold er det vanskelig å takke nei. Sykepleiere har stor makt i sine roller, og det vil være vanskelig for foreldrene å avvise midt i et sterkt avhengighetsforhold av helsehjelp.

Sykepleiere bør ikke utsette foreldre for å måtte ta slike valg. Vi viser derfor til § 1.9: «Sykepleieren medvirker ikke til markedsføring, kommersiell virksomhet eller annen påvirkning som svekker pasientens og samfunnets tillit til profesjonen».

I tillegg så kan åpenhet gjennom media ut- hule taushetspliktens intensjoner om å verne om fortrolige opplysninger. Et lite reflektert sam-

## «Motivet for slike TV-produksjoner kan være velbegrunnede og mange.»

viser vi til Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere § 1.3: «Sykepleieren har et personlig ansvar for at egen praksis er faglig, etisk og juridisk forsvarlig».

Å ivareta muligheten for reelt samtykke kan være krevende, ikke minst i akutte situasjoner og i en livstruende situasjon kan det i seg selv være etisk uforvarlig. Foreldre trenger beskyttelse mot å bli spurt, så da er det den enkelte sykepleiers vurderinger som blir avgjørende.

Barn og foreldre kan være i et langvarig avhen-

tykke i en akutt situasjon kan i ettertid virke krenkende både for barnet og foreldre. Vi viser til § 2.6: «Sykepleieren ivaretar pasientens rett til vern om fortrolige opplysninger».

## Media når langt

Ringvirkningene er vanskelige å forutse når man deltar i media på den offentlige arena. Det kan oppfattes lett å godkjenne forespørsler fra sykepleier i en aktuell situasjon, mens de



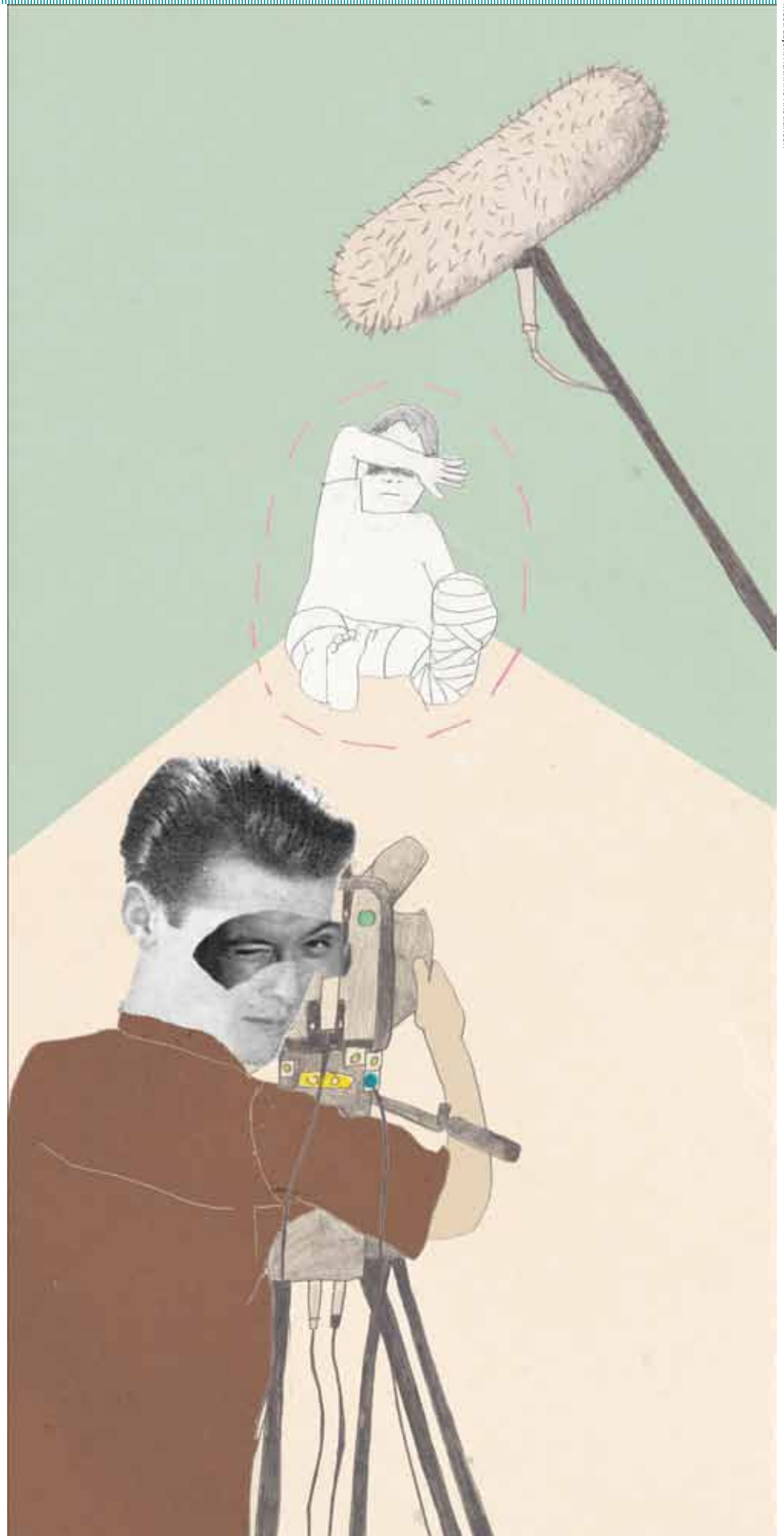
langsiktige virkninger kan bli uventete. Media når langt, og TV-opptak som kan sendes gang på gang kan medføre at mange får kjennskap til enkeltpersoners situasjon. Journalister og andre som er involverte i TV-produksjoner er i seg selv en stor gruppe mennesker som får kjennskap til fortrolige opplysninger. Det kan i ettertid reises tvil om frivillighet, mens de samtidig er avhengig av helsehjelp. Vi viser til § 2.4: «Sykepleieren fremmer pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått».

Helsetilsynet (2010) er kritisk til at man ber om samtykke og at man filmer pasienter i behandlingssituasjoner. «Det å si nei vil kunne kreve mot og styrke som en kanskje ikke har. Når det er pårørende som skal samtykke på vegne av pasienten vil de komme i tilsvarende klemme, da de av hensyn til pasientens behov for helsehjelp ikke ønsker å bli oppfattet som «vanskelige». Det vil også kreve stort mot av pasient/pårørende å nekte visning av en produksjon som andre har nedlagt et betydelig arbeid i.»

### Strengere for forskere

Det er et paradoks at TV-team slippes inn i de mest sårbare situasjoner mens sykepleieforskere som ønsker å studere pasienter er underlagt strenge forskningsetiske normer og regler. Alle forskningsprosjekter der pasienter og sårbare grupper er involvert krever godkjennelse i de regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK), og det er meldeplikt til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) og Personvernombudet for forskning. I tillegg kreves samtykke fra sykehusledelse og fra pasient og/eller pårørende. Hensikten er å beskytte pasient og pårørende. Hensynet til den enkelte pasient veier alltid tyngre enn forskningens samfunnsnytte.

Hva vil du som sykepleier svare på en anmodning fra ledelsen om å medvirke til at barn deltar i reality TV? ■■■



Illustrasjon: Kathrine Kristensen

## Randis hypokonderkryssord

|                      |        |      |                          |      |                |                   |                |         |                          |               |                       |               |              |                |             |               |                    |                          |     |
|----------------------|--------|------|--------------------------|------|----------------|-------------------|----------------|---------|--------------------------|---------------|-----------------------|---------------|--------------|----------------|-------------|---------------|--------------------|--------------------------|-----|
|                      | HORMON | VANT | JUSTER-<br>ER<br>IDR.ARR |      | ELV            | PLASS.            | ORGAN-<br>ENE  |         | LUKT                     | BIBEL-<br>DEL | KONTUR-<br>EN<br>SESS |               | ORD<br>PLAGG |                | PRON.       | GUD           |                    | EXIT<br>MED-<br>FØLELSE  |     |
| SPI-<br>RALEN        |        |      |                          |      |                |                   |                |         |                          |               |                       |               |              |                |             |               |                    |                          |     |
| FUER<br>KAOS         |        |      |                          |      |                |                   | VEKST<br>SLUTT |         |                          |               |                       |               |              | LEVER<br>KAKLE |             |               | KARAKT.<br>REKLAME |                          |     |
|                      |        |      | TIDSANG.<br>VENE         |      |                | GREIT             |                |         | OBSTI-<br>PERT<br>TRÆRNE |               |                       |               |              |                |             |               |                    |                          |     |
| FRAKTUR-<br>STØTTE   |        |      |                          |      | MÅL            | RI<br>AGNET       |                |         | ETAT<br>KJ.T.<br>FORK.   |               |                       |               |              |                | DRIKK<br>VE |               |                    |                          |     |
| UNIK                 |        |      |                          |      |                |                   |                |         |                          |               | RASK                  |               |              |                |             | TUMOR         | BIB.DEL<br>(OMV.)  |                          |     |
| PLAGE<br>SIER        |        |      |                          |      |                |                   |                |         |                          |               | VÆSKE                 |               |              |                |             |               | PRON.              |                          | GUD |
|                      |        |      |                          |      |                |                   | MØBEL          |         |                          |               | ARTER<br>VÆSKE        |               |              |                | SYKD.       |               | DRIKK              | NYRE-<br>SYKD.-<br>ÅRSÅK |     |
| ART.<br>VEKST        |        |      |                          | GAVE | MÅL<br>BYGNING |                   |                | KLISTER | APPA-<br>RAT             |               |                       | KJEM-<br>IKER |              |                |             |               |                    |                          |     |
|                      |        | RI   | DRETT!<br>LEVER          |      |                | IDR.ARR.<br>SYKD. |                |         | FUGL<br>IDR.ARR          |               |                       | MYNT          | URO          | INTERJ.        |             | AMBOLT<br>ORD |                    |                          |     |
| ALLER-<br>GIEN       |        |      |                          |      |                |                   |                |         |                          |               |                       |               |              |                |             |               |                    |                          |     |
| KOL-<br>LAPS-<br>ENE |        |      |                          |      |                |                   |                |         |                          |               |                       |               |              |                |             |               |                    |                          |     |

Se løsning på kryssord side 90.

## Quiz

Tekst Svein Roald Olsen, Jo Cranner, Eivor Hofstad

Er du en kompetent sykepleier? Test kunnskapene med vår aktuelle og nådeløse quiz!

## 1 D-vitamin ser ut til å ha en sterk dempende effekt på utvikling av hvilken sykdom?

- A Diabetes type 2
- B Artrose
- C Multipel sklerose

## 2 Hva kan grunnen være til at Parkinsons sykdom rammer dobbelt så ofte folk på Færøene som i Norge?

- A De får for lite sol
- B De spiser mye grindhval
- C De har for mye innavl

## 3 Hva heter viruset som ofte gir omgangssyke på vinteren?

- A Humant papillomavirus
- B Norovirus
- C Fugleviruset H7N9

## 4 Og hva er nylig vist å kunne drepe dette robuste viruset?

- A Olje fra oregano
- B Sprit
- C Knuste chilifrø

## 5 Hva innebærer tvangslidelsen ortoreksi?

- A Besatt av å skrive riktig
- B Besatt av å spise sunt
- C Besatt av ortopedi

## 6 Hva betyr forstavelen «orto»?

- A Den eneste
- B Feil/mangel
- C Korrekt/riktig

## 7 Hva står SPOR for?

- A Sport og rus.
- B Screening på overfølsomme reaksjoner.
- C Sykepleiere innen psykisk helse og rus.

## 8 Hvor mange faggrupper har NSF?

- A 12
- B 23
- C 34

## 9 Hva er forskjellen på turnus- og skiftarbeid?

- A Skift brukes ved lik innsats hele døgnet, turnus brukes ved varierende dekningsbehov.
- B Det er ingen forskjell.
- C Turnus brukes i det offentlige og skift i det private.

## 10 Hvor skiller man mellom begrepene «turnus» og «skift»?

- A Over hele verden
- B Kun i Norge
- C Kun i Skandinavia



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.)

INCORRECT



TVANGSLIDELSE: Lider noen ansette i Norsk språkråd av ortoreksi?

SVAR: 1C, 2B, 3B, 4A, 5B, 6C, 7C, 8C, 9A, 10B

Hyppigere helgearbeid  
dårlig virkemiddel. Side 88

Sekstimersdag med full  
lønn kommer. Side 89

Vi trenger en nasjonal rekrutte-  
ringsplan for sykepleiere. Side 98

Sterke  
synspunkter?  
Skriv til oss!

# Mennesker & meninger

Sykepleien

Send inn din  
mening på e.post til:  
redaksjonen@  
sykepleien.no  
eller som brev til:  
Sykepleien,  
p.b. 456 Sentrum  
0104 Oslo

TETT PÅ ØYVIND JØRGENSEN

«Sykehjemmet skal være  
et møtested mellom  
mennesker, kulturer og  
generasjoner.»

94

KRONIKK BJØRN HOFMANN

«Hvor går grensen for hva vi skal  
gjøre når vi kan gjøre så mye?»

92



## NSF HAR ORDET Forbundsleder Eli Gunhild By

Stilling: Forbundsleder i NSF

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

# Kortsiktig seier for Spekter

Etter at den greske hærføreren Pyrrhos beseiret romerne i 279 f.Kr., uttalte han:  
«En slik seier til, og jeg er fortapt».

**O**gså i dag er det slik at man ikke skal se seg blind på enhver seier, uten å forstå at prisen kan være for høy.

Norsk Sykepleierforbund tapte i Arbeidsretten. Sentralt i de problemstillinger som var til behandling var tredjehver helg-prinsippet. Det kan være grunn til å friske opp hvor dette kommer fra. La meg si det med en gang; det er ikke Landsmøtet i Norsk Sykepleierforbund som har funnet det opp.

På midten av 1980-tallet så man at det var avgjørende å gjøre noe med rekrutteringssituasjonen i helsesektoren. 9 000 sykepleiere jobbet ikke lenger som sykepleiere, men med til dels helt andre oppgaver. Det var helt nødvendig å gjøre noe for å fremskaffe arbeidskraft i helsesektoren, og sånn sett var arbeidstidsforkortelsen en god anledning.

Mens helgearbeid var ulikt fordelt på heltids- og deltidsarbeidende før 1987, så har arbeidstidsforkortelsen vært gjennomført ved at arbeid ikke oftere enn tredjehver helg har vært gjeldende. Praksis i dag er at nesten ingen sykepleiere jobber oftere enn tredjehver helg. Andelen som gjør det er forsvinnende liten. Tall fra Spekter viser at i sykehussektoren arbeider hele 98 prosent av de som er i turnus tredjehver helg eller sjeldnere.

Både vi og Spekter vet at mangel på sykepleiere er et aktuelt problem. Og prognosene viser at det er behov for mange flere sykepleiere i fremtiden - både sykepleiere og spesialsykepleiere. Jeg kan ikke med min beste vilje se at hyppigere helgearbeid er et godt virkemiddel for arbeidsgiversiden. Snarere enn å ha en positiv effekt på bemanning og rekruttering, så tror jeg effekten vil vise seg å være nedslående. Prinsippet om ikke å jobbe oftere enn tredjehver helg er faktisk like godt begrunnet i dag som i 1987.

Helsesektoren er dessverre kjennetegnet av et høyt sykefravær og en alt for høy grad av uførepensjonering. Det er tunge løft, det er lav bemanning, stress og ubekvem arbeidstid. En ytterligere tilstramming nå, er ikke egnet til annet enn å gjøre sektoren dårligere, mindre



**PYRRHOS VAR GRESK OG KONGE AV EPIROS:** Han er kjent for å ha vunnet noen slag mot Romerne som kostet svært dyrt. Foto Scanpix

attraktiv og mer helsebelastende. Ingen er tjent med dette – ikke arbeidstakerne, ikke pasientene og ikke befolkningen.

Og det er i grunn det vårt Landsmøtevedtak er et uttrykk for: I de aller fleste tilfeller er ar-

sipp. Retten anerkjenner at vi fortsatt er i vår fulle rett til å arbeide for å få gjennomslag for dette prinsippet – både sentralt og lokalt. Dommen slår imidlertid fast at tillitsvalgte ikke kan bruke retten til å inngå turnusavtaler til å øve

Jeg kan ikke med min beste vilje se at hyppigere helgearbeid er et godt virkemiddel for arbeidsgiversiden.

beidstidsordninger der man ikke jobber oftere enn tredjehver helg det som i sum er best for de fleste. Det er ikke sånn at når våre tillitsvalgte vurderer turnuser så er det i lys av vårt Landsmøtevedtak. Deres vurderinger er imidlertid sammenfallende med hva vedtaket gir uttrykk for, nemlig det som er godt for helse, velferd og faglig forsvarlighet.

Nå må ikke Arbeidsrettens dom oppfattes som en sperre for å jobbe videre for vårt prin-

press, for å oppnå forbundets tariffpolitiske målsettinger. Dommen har ingen betydning for tillitsvalgtes rett til å nekte å godkjenne en turnus etter en konkret vurdering, basert på helse, velferd og faglig forsvarlighet.

Når det gjelder Pyrrhos så falt han under et av sine felttog på Peloponnes. ■■■

Eli Gunhild By

## Sekstimersdag med full lønnskompensasjon kommer

Arbeidsmedisiner Ebba Wergeland sa nylig på en konferanse i Oslo: «Blant arbeidstakere som er spurt om de enten ønsker arbeidstidsforkorting eller økt kjøpekraft, svarte 80 prosent at de heller ville ha arbeidstidsforkorting enn økt kjøpekraft». Nordlendingen Gerd-Liv Valla, tidligere LO leder, var en klar og sterk forkjemper for sekstimersdagen. Sekstimersdagen er som en lokal kuriositet kjørt på «Krølle frisør» på Fauske og i 1920 ble seks-timersdagen fremmet for første gang i Norge, i Sulitjelma.

Sekstimersdagens konsekvenser for «eldrebølgen» eller for samfunnets evne til å ta godt hånd om en økende andel eldre, handler om mye mer enn arbeidskraft til eldreomsorgen. Ifølge SSB mener halvparten av de ansatte over 55 år at kortere arbeidstid vil ha stor betydning for å få folk til å stå til pensjonsalder. Sekstimersdagen kan øke eldres og andres deltakelse i arbeidslivet ved å gjøre det fysisk mulig for flere.

Småbarnsfedre trenger opplagt sekstimersdagen, eldre slitne arbeidere er opplagte kandidater. De som ønsker å jobbe lenger en vanlig pensjonsalder, trenger redusert arbeidstid. De som sliter med helsa, trenger sekstimersdagen. De som er 50 prosent uførepensjo-

nert, kan med sekstimersdagen kanskje jobbe full tid. Sekstimersdag med full lønnskompensasjon, altså man reduserer arbeidstida men mister ikke lønna. De som vil ta seg av sine gamle foreldre, tar seg av barnebarna og liknende trenger sekstimersdagen/30 timers uke. Deltidsproblematikken og frivillighetsbehovet i framtiden vil lettere kunne løses.

Helsegevinster er sannsynlige bieffekter av reformen, akkurat som ved tidligere arbeidstidsbegrensninger. Enkelte leser sykefraværsprosenten som «produksjonstapet» i en bedrift på grunn av ansattes fravær.

Da åttetimersdagen ble lovfestet i 1919, var det blant annet som botemiddel mot «industrial fatigue» (industrialtrøtthet). Dette var en kronisk overanstrengelse eller utmattelse som var utbredt i den nye industriarbeiderklassen, og som man mente skyldtes for stor arbeidsmengde og for lite hvile. Arbeiderkvinner ble regnet for å være særlig utsatt, fordi de i tillegg til jobben hadde ansvaret for hus og unger.

Våre dagers «belastningslidelser» minner mye om «industrial fatigue», selv om det nå snakkes mest om trøtthet og smerter i muskulaturen og ikke generelt i kroppen. Dermed er sekstimersdagen relevant. Det

nasjonale nivået gjenspeiler blant annet deltakelsen fra eldre og syke i arbeidslivet. Det kan komme til å øke, hvis flere eldre og syke blir lenger i arbeid. Derimot er det sannsynlig at den enkeltes behov for pensjonering fra arbeidslivet melder seg seinere enn i dag.

Dersom man innfører seks timers normalarbeidsdag i de delene av offentlig sektor som mest treng arbeidskraft, vil det for svært mange være et godt argument for å søke seg akkurat dit. «Men kostnadene vil øke» tenker økonomer, med flere. Kommunene som trenger mer arbeidskraft til eldreomsorg og barnehager vil si at dette har de ikke penger til. Statlige tilskudd må til. Også her er det et spørsmål om å se ting i bedriftsøkonomisk og samfunnsøkonomisk sammenheng.

Sekstimersdagsforsøket ble i Oslo 1995–1997 gjennomført i kommunehelsetjenesten i daværende bydel i Uranienborg–Majorstua i ett sykehjem og ett distrikt for hjemmetjenester. Alle arbeidet seks timers dag med full lønnskompensasjon. I sykehjemmet ble det lagt om fra todelt til tredelt vaktturnus. Personalet rapporterte om mer overskudd og arbeids glede, bedre søvnkvalitet, mindre stress, bedre tid til pasienter og brukere. Pasienter, pårørende, ansatte og leder ga uttrykk for bedre tjenestekvalitet. Forsøket ble i mediene fremstilt som mislykket. De slo stort opp at langtidsfraværet ikke gikk ned, og de mange positive sidene ved forsøket ble fortiet.

Skal et forsøk med sekstimersdag lykkes, må det være noe arbeidstakerne virkelig har lyst til å prøve, iallfall for en periode, ikke som pålegg «ovenfra».

Økonomen John M. Keynes mente faktisk på 30-tallet at innen 90 år var 3 timers arbeidsdag aktuell ift. økende automatiseringsprosesser i industrien. Kellogg-fabrikken i USA hadde sekstimersdag i 55 år. Flere bedrifter i privat sektor i Finland har gått over til sekstimersdag med full lønnskompensasjon. Kiruna hjemmetjenester i Sverige har kjørt sekstimersdag.

Sekstimersdagen med full lønnskompensasjon kommer, spørsmålet er når forsøkene starter.

Tor Erlend Nordhuus, hovedtillitsvalgt  
Norsk Sykepleierforbund, Bodø kommune

## Gjør jeg det riktige?

*Fra et refleksjonsnotat fra en students førstegangspraksis:*

Det er etisk feil å ikke gjøre alt man kan for å hjelpe en pasient. Det er vår plikt som sykepleiere å hjelpe. Og det er de fleste mennesker enige om. Men av og til kan det man gjør for å hjelpe skape et nytt etisk problem. Vi ønsker å gjøre alt for at pasientene skal ha det best mulig med sitt opphold på helsehuset/sykehjemmet.

NN er ikke i stand til å spise selv, og trenger full pleie. Dilemmaet er at jeg og andre mater pasienten med sprøyte ved enkelte måltider, i og med NNs nedsatte mulighet til å klare å spise og sin lyst på mat.

Det fungerer selvfølgelig ikke slik at jeg presser i NN maten med sprøyta. Pasienten gaper (så mye NN kan), og jeg legger sprøyta på tungen og presser til NN lukker munnen og har fått nok.

Uansett tror jeg ikke dette er noe som burde blitt gjort, i og med at det kan virke som et pressmiddel til å få i pasienten maten. Kanskje tror enkelte at jeg presser i NN maten med sprøyta, men det gjør jeg ikke (og heller ikke de andre kollegene). Men de vet jo ikke, siden de ikke alltid har tid til å følge med når pasienten får mat.

Jeg tenker alltid når jeg gir NN mat, at pasientens nedsatte funksjon ikke betyr at vi skal krenke NNs verdighet med å gi NN mat med sprøyte. Men jeg vil jo også veldig gjerne få i pasienten mest mulig mat. Jeg vet han trenger hver dråpe, han er spinkel og tynn.

Gjør jeg det beste for NN, eller krenker jeg NNs verdighet? Tror aldri jeg vil få noe entydig svar, og det gjør dette dilemmaet enda vanskeligere.

Student i tvil

[www.sykepleien.no](http://www.sykepleien.no)

Du kan si din mening om aktuelle saker  
på [sykepleien.no](http://sykepleien.no)



Sjukehus på hjul? Eller transportteneste til og frå sjukehus?

Styret i Helse Midt-Norge vedtok i mai 2011 at alle ambulanseområder som ikkje allereie på det tidspunktet var drive i offentleg regi skulle overtakast av det regionale helseforetaket. Eit av dei viktigaste motiva for vedtaket var ønsket om at ambulansetenesta skal vere ein integrert del av spesialisthelsetenesta. Fra 2012 vart det etablert eit eige helseforetak, Ambulanse Midt-Norge, som no driftar ambulansetenesta i Møre og Romsdal, Sør Trøndelag og Nord Trøndelag.

Dei prehospitala tenestene er viktige. Fleire og fleire behandlingssoppgåver blir starta umiddelbart i ambulansane. Obeservasjon er vesentlig for å kunne gi pasienten den riktige behandlinga undervegs. Kunnskap om heile mennesket er viktig for å gjere gode observasjonar og å velge riktige tiltak for pasienten. Samhandlingsreforma skal sørge for at pasienten får rett behandling på rett stad til rett tid. Dette fører til høgare kompetansebehov i kommunehelsetenesta, - og det same vil gjelde for ambulansetenesta. Med den funksjonsfordeling som vil komme mellom sjukehusa i Helse Møre og Romsdal, vil det også bli meir behov for transport mellom sjukehusa.

Det er derfor med undring vi ser at helseforetaket Ambulanse Midt-Norge skal drive ei spesialsithelse-teneste ved hjelp av tilsette utan høgskoleutdanning, eller med minimal høgskoleutdanning. Ved utlysing av

ledige stillingar lyser dei konsekvent ut for ambulansearbeidarar. Ambulansearbeidarane har utdanning frå vidaregåande skole, med 2 år teoretisk opplæring og 2 år læretid.

Det har mange gongar blitt hevda av toppleinga i Helse Midt-Norge at amulansetenesta vil vere sjukehus på hjul i framtida. Skal dette bli ein realitet må høgskolekompetanse både nyttast i større grad enn i dag, og verdsettast i denne tenesta.

Vi veit at det i denne tenesta i dag er tilsett både ambulansearbeidarar og sjukepleiarar med og utan ambulanseutdanning.

NSF Møre og Romsdal blir kontakta av medlemmar som blir tilbydd løn som ufaglært for å gå inn som vikarar i denne tenesta. I tillegg har dei fått tilbod om «kompetansenettlegg» på 10 000 kroner på grunn av at dei er sjukepleiarar.

Sidan Ambulanse Midt-Norge har rekruttert inn sjukepleiarar i vikariat, og kursa dei opp med dei fag som er nødvendig for å kunne arbeide i ambulanse, så ser det ut som at ambulanseforetak meiner at kompetansen i sjukepleieryrket er ein god basiskunnskap å ha med seg inn i ambulansenesta.

Korleis kan det då forsvare at Ambulanse Midt-Norge, som ei spesialisthelseteneste, ikkje vil løne folk etter den kompetansen dei har, når det er kompetanse som tenesta gjer seg nytte av?

For å sei det på godt norsk: «Dette heng ikkje på

greip». Her må nokon ta grep og sjå kva dette gjer med arbeidsmiljøet, og ikkje minst med framtidig rekruttering av høgskolepersonell til denne tenesta.

I Norge er det slik at bachelor i sjukepleie er «grunnutdanninga» ein må ha for å arbeide på svært mange stadar i Helse-Norge. I tillegg krevst det vidareutdanningar for å arbeide som sjukepleiar i intensivoperasjon og anestesiydelingar, på luftambulansen og mange fleire spesialiserte arbeidsplassar.

Det er no under oppstart ei bachelorutdanning i ambulansefag på Høgskolen i Oslo og Akershus. Fleire stadar har dei paramedicutdanning på eitt år, noko som blir rekna som vidareutdanning for ambulansearbeidarane.

I Stortingsmelding nr. 13.(2011-2013) Utdanning for velferd – Samspill i praksis, er det eit uttrykt ønske frå Stortinget at det skal vere «breie» grunnutdanningar, og at spissinga skal kome i vidareutdanningane.

«For å møte befolkningens og tjenestenes behov i årene fremover må grunnutdanningene for kjerneområdene i helse—og velferdstjenetene være brede, med en solid velferdsfaglig grunnplattform og innslag av tverrprofesjonell læring» (...) «Sykepleierutdanningen kan tjene som eksempel. Den teoretiske delen av utdanningen er for en stor del sammensatt av grunnleggende medisinske, naturvitenskapelige og samfunnsfaglige emner, men kontekstualisert inn mot sykepleie som profesjon. Sykepleierne arbeider i mange funksjoner i helse og velferdstjenestene og med en rekke ulike pasient og brukergrupper, og mulighetene for spesialisering er mange og varierte». (2 sitat fra stortingsmelding nr. 13)

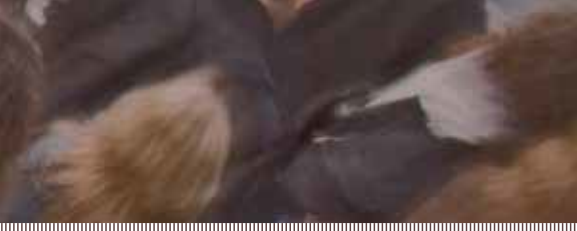
For oss er det underleg at ambulansetjenesta som er så viktig i kritiske situasjonar av eit menneskes liv, i utgangspunktet kun skal bemannast med personell utan krav til høgskoleutdanning. Ved den ovanfor nemde funksjonsfordeling mellom sjukehusa er dette ei teneste som vil få fleire og fleire oppgåver i framtida. Internt i helseforetaka og i kommunehelsetjenesta, vert det stilt større og større krav til høg kompetanse. Skal ambulansane oppnå å bli sjukehus på hjul bør bemanninga endrast til ein ambulansarbeidar og ein sjukepleiar med spesialisering i ambulansefag. Dette som eit minimum, og gjerne også med spesialutdanning i for eksempel intensiv eller anestesi.

Dersom vi ser til Sverige, så har dei der ein spesialitet i sjukepleien som kallast for Ambulancesjuksjøterska. Slik spesialitet burde vi hatt også i Norge.

Gunhild Rolandsen, fylkesleiar Norsk Sykepleierforbund  
Møre og Romsdal, og Ruth Lindgaard, Sjukepleiar i  
ambulansse, under vidareutdanning i eit masterløp

Løsning på kryssord i nr. 4/2014. Se side 84.

|                                                                                    |        |      |      |    |    |       |    |    |      |    |    |     |    |     |     |    |    |     |   |
|------------------------------------------------------------------------------------|--------|------|------|----|----|-------|----|----|------|----|----|-----|----|-----|-----|----|----|-----|---|
|  | SMILEY | WANT | WANT | A  | BY | PLASS | BY | K  | LUCK | BY | O  | PRO | E  | PRO | SUD |    | BY | U   |   |
| BY                                                                                 | P      | R    | E    | V  | E  | N     | S  | J  | O    | N  | S  | M   | I  | D   | D   | E  | L  | E   | T |
| FLY                                                                                | R      | U    | M    | P  | E  | R     | BY | A  | S    | T  | E  | R   | S  | BY  | E   | R  | BY | M   | G |
| R                                                                                  | O      | T    | A    | M  | BY | O     | K  |    | BY   | T  | I  | L   | S  | T   | O   | P  | P  | A   |   |
| BY                                                                                 | G      | I    | P    | S  | BY | V     | E  | BY | V    | E  | S  | E   | N  | BY  | T   | R  | A  | N   |   |
| LUCK                                                                               | E      | N    | E    | S  | T  | A     | E  | N  | D    | E  | BY | S   | N  | A   | R   | BY | T  | G   |   |
| FLY                                                                                | S      | E    | N    | E  | S  | T     | R  | E  | K    | K  | BY | E   | D  | D   | I   | K  | BY | SUD |   |
| BY                                                                                 | T      | R    | E    | R  |    | E     | BY |    | S    | BY | T  | E   | R  | BY  | U   | BY | A  |     |   |
| BY                                                                                 | E      | T    |      | BY | T  | S     | BY | T  | V    | BY | R  | E   | A  | L   | I   | S  | T  |     |   |
| BY                                                                                 | O      | R    |      | A  | L  | O     | L  | BY | E    | A  | BY | D   | BY | S   | T   | E  |    |     |   |
| BY                                                                                 | O      | V    | E    | R  | Ø  | M     | F  | I  | E    | N  | T  | L   | I  | G   | H   | E  | T  | E   |   |
| BY                                                                                 | N      | E    | R    | V  | E  | S     | A  | M  | M    | E  | N  | B   | R  | U   | D   | D  | E  | N   |   |



## Ja til respekt for ulike meninger!

Vi er to sykepleiere som støtter ytringen til Hege Frøyen i Sykepleien nr. 2/2014. Vi stiller oss undrende til NSF's negative holdning til reservasjonsretten for leger. Det praktiseres reservasjonsrett for sykepleiere når det gjelder deltakelse ved abortinngrep, uten at vi har hørt at det har skapt problemer.

Ellers praktiseres reservasjonsrett i andre sammenhenger for flere yrkesgrupper, ifølge arbeidsutvalget som har vært nedsatt for å se på spørsmålet.

Ifølge ICN's etiske regler, støttes sykepleiere i å nekte deltakelse i aktiviteter som strider mot omsorg og healing. Dette forstår vi slik at vi skal bruke vårt «skjønn» og handle i overensstemmelse med vår samvittighet, til pasientens beste, men da ikke i forståelsen «bedre vitende».

I vår kultur, i vår tid, er mange opptatt av mangfold og valgfrihet. Vi strekker oss langt for å imøtekomme minoriteter av forskjellig slag. Med dette bakteppet blir det vanskelig å forstå motstanden mot legers reservasjonsrett.

Er frykten for at kvinner som har behov for abort, ikke skal bli ivaretatt, reell? Vet vi hvordan det fungerer i dag? Fra flere hold ytres bekymring for høye aborttall, og at det er ønske om å få redusert antall inngrep. På den andre siden hører vi ikke om problemer med leger som reserverer seg. Problemet i Norge i dag er vel ikke at det er vanskelig å få foretatt abort, men spørsmålet er vel heller om muligheten for støtte og hjelp til å ta valg om å beholde fosteret er til stede. Som sykepleiere har vi sett hvor verdifullt det er med ulikhet i en personalgruppe, og teamarbeid der vi utfyller og avlaster hverandre for å få ivaretatt pasienten på en best mulig måte. Fleksibilitet og samhandling har vi lang tradisjon for i helsevesenet, så skulle ikke det også kunne fungere i fortsettelsen?

Vi ønsker oss leger som ser den som søker hjelp på grunn av uønsket graviditet, lytter og veileder, slik at vedkommende blir godt ivaretatt i situasjonen og etterpå, hva nå enn beslutningen blir! Dette er ingen enkel beslutning å ta, noe som gjør det viktig å ikke bli stående alene.

Vi ønsker oss at leger gis rom til å bruke sin kunnskap og empati i møte med pasienten, og ikke bare må handle ut fra regler og pasientrettigheter!

Solveig Berg Vego  
og Ragnhild Uhre Hoggen

## MINNEORD

### Gro Ystrøm

Vår venn og kollega Gro Ystrøm døde 15. januar 2014. Hun hadde gjennom mange år slitt med en alvorlig lungesykdom. Hun ble 66 år.

Gro fikk brukt sine beste egenskaper i arbeidet som psykiatrisk sykepleier/psykoterapeut, leder, sykepleielærer og veileder. Hun var i gang med sitt hovedfag i helsefag ved Universitetet i Oslo i 1995 da hun ble rammet av sykdom.

Vi minnes Gro som en vakker, humoristisk, tydelig, engasjert og faglig dyktig kollega. Hun var en av de sterkeste og flotteste kvinnene vi møtte i arbeidet, først som psykiatrisk sykepleier. Hennes aktive engasjement og interesse for faget, hennes naturlige likeverdighet i forhold til andre faggrupper, og hennes selvfølgelige likestilling i kjønnsspørsmål stimulerte oss alle.

Gro hadde fokus på de sentrale oppgavene i psykiatrisk sykepleie og tok aktivt del i utviklingen. Det være seg miljøterapi i det terapeutiske samfunn og desentralisering av norsk psykiatri. Hun ble tidlig opptatt av mor/barnarbeid og mente at de måtte få hjelpetiltak i psykiatrien.

Hun flyttet i 1983 til Østfold hvor hun var med på å styrke og videreutvikle fagfeltet. Hun ble høyskolelærer og senere ansvarlig for å etablere, organisere og lede videreutdanning i psykiatrisk sykepleie i Østfold. I skolen arbeidet hun aktivt for å integrere teori og praksis.

Gro var i mange sammenhenger den naturlige leder. Lederutdanning og lang lederpraksis ble også hennes arbeidsliv. Som leder av Konglelunden psykiatriske bo- og behandlingssenter hadde hun høye ambisjoner på vegne av psykiatrifaget, senere på Distriktpsykiatrisk senter i Halden.

Hun var aktivt med i etablering av kompetansekrav for godkjenning av sykepleiefaglige veiledere i Norge. Hun var leder av NSF sitt kompetanseråd for godkjenning av veiledere i Norge fra 1985–1997. Til tross for sykdom satt hun inntil det siste som styremedlem i NSF's faggruppe for veiledere i Østfold. De fikk nyte godt av hennes faglighet, kloke og erfarne bidrag og minnes med taknemlighet de verdifulle møtene de hadde hjemme hos Gro og Per-Ola.

Gro ville at sykepleierne skulle være ansvarlige og dyktige, og at de skulle få økonomisk og faglig uttelling for lang praksis og teoritilnærming. Hun sluttet aldri å interesse seg for fagets utvikling, og et resultat av dette var at hun også gjennomførte en femårig utdanning i psykoterapi (Bioenergetisk analyse).

Hun satt som NSF-medlem i prøveprosjekt for godkjente kliniske spesialister i Norge fra 1992–98, og som medlem av rådet for godkjenning av klinisk spesialist i psykiatrisk sykepleie (1992–1998).

Gros største glede og kjærlighet i livet var Per-Ola som hun traff i sin ungdom, og som hun fikk 3 barn sammen med – Erlend, Jørund, Øygun. Varme tanker går til dem alle.

Vi takker Gro for at hun til tross for alvorlig sykdom også viste interesse for sine venners liv og deltok med humor, alvor og latter. Vi lyser fred over hennes minne.

Liv Solberg, Anne-Lise Teslo, Marie Våner Hermansen, Nini Sundt og NSF's faggruppe i Østfold; Ruth Vaaland, Thor Hoff, Gro Hansen og Inger Tjøstolsen





Bjørn Hofmann, professor II,  
Høgskolen i Gjøvik og Univer-  
sitetet i Oslo

## KRONIKK Legemidler

# Når medisin forlenger livet

Når skal helsetjenesten si nei, og hvilke etiske prinsipper skal gjelde?

**V**i får en rekke nye legemidler som viser seg å være effektive, men som er svært dyre. De kan forlenge livet med noen uker eller måneder – eller forbedre livskvaliteten litt for sårbare grupper uten andre alternativer. Spørsmålet er om samfunnet er villig til å betale prisen for å ta dem i bruk.

I *Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk* (St.meld. nr. 18, 2004-2005), er det angitt tre hovedmålsettinger for legemiddelpolitikken i Norge: Befolkningen skal ha tilgang til sikre og effektive legemidler uavhengig av betalingsevne, legemidler skal brukes riktig faglig og økonomisk og det skal være lavest mulig pris på legemidler.

Det er vanskelig ikke å slutte seg til dette, men norsk legemiddelpolitikk er kritisert for å tenke mer på økonomi enn helse. Det klages på at nye behandlingsmetoder og ny medisin ikke blir gjort tilgjengelig for norske pasienter så raskt som ønskelig. Økonomiske hensyn begrenser tilgang til viktig helsehjelp. Samtidig kommer stadig nye legemidler på markedet. De er effektive, men mange er svært dyre. De kan eksempelvis forlenge livet til kreftpasienter med noen uker eller måneder, eller forbedre livskvaliteten noe for pasientgrupper som ikke har tilbud om annen behandling. I enkelte tilfeller brukes effektive medisiner på andre områder enn hvor de er godkjente, såkalt off-label-bruk; med god virkning for noen og ingen eller negativ virkning for andre.

«Vi skal si nei når det ikke er dokumentert at nytten er større enn risikoen.»

Utviklingen med nye og dyre medisiner med varierende virkning vil øke med tiden, særlig på grunn av det som blir kalt persontilpasset medisin (personalised medicine). Kunnskap innen genetik og epigenetik gjør det mulig å skreddersy medikamenter og behandling til enkeltpasienter. Bør ikke norske pasienter få tilgang på gode og tilpasset medisiner?

I Sundvollenplattformen for den blå-blå regjeringen kan vi dessuten lese at «Regjeringen vil sikre pasientene rask tilgang til nye og effektive legemidler». Det argumenteres med at vi må sikre legemiddelindustrien gode vekstmuligheter i Norge, og at en målrettet satsing på legemiddelområdet kan være med på å løse en del av de samfunnsmessige utfordringene knyttet til eldrebølgen, økninger i livsstilssykdommer og økninger i forekomst av kreft.

Dette reiser viktige og vanskelige spørsmål: Er samfunnet villig

til å betale prisen for å ta i bruk nye og dyre legemidler? Hvor går grensen for hva vi skal gjøre når vi kan gjøre så mye?

### Prioritering på ny og på ny

Helsepolitisk prioritering har i mange år handlet om å gi mer penger til ett område, som har blitt oppfattet som forsømt. I klinikken handler prioritering derimot om å si nei til noe som faktisk virker. Prioriteringsforskriften gir oss retningslinjer for hvordan vi skal prioritere knappe ressurser. Alvorlighetsgrad (prognosetap), forventet nytte og kostnadseffektivitet har vært de tre sentrale kriteriene for prioritering. Nå er et nytt utvalg satt ned, og helseprioritering skal utredes på ny.

En rekke land har operert med en fast grense for hvor mye et helsetilbud skal kunne koste for at det kan aksepteres. I USA har 50 000 \$ per vunnet kvalitetsjustert leveår (QALY) etablert seg som en terskelverdi. I Norge har fremtredende helseøkonomer anbefalt å sette en eksplisitt grense. Det har vakt betydelig helsepolitisk motstand. Likevel har Helsedirektoratet anbefalt å benytte 500 000 kroner (2005) for et statistisk leveår med full helse i sektorovergripende nytte-kostnadsanalyser.

Enten vi ønsker det eller ikke, etablerer praksis en pris på et kvalitetsjustert leveår. En interessant observasjon er at både legemiddelindustrien, helsetjenesteyterne og helsetjenestebestillerne har tilpasset seg slike grenser. Legemiddelindustrien har brukt grensene for å prise sine medikamenter. Helsetjenesteytere og helsetjenestebestillere har brukt grensene for å presse prisene ned. Forhandlinger med tilbyderne har ofte vært hemmelige, og i Sverige har man opplevd at ett län (fylke) ikke får vite hvilke betingelser et annet län har fått.

Rene helseøkonomiske kalkyler og grenser fører ofte galt av sted. De kan eksempelvis være sterkt aldersdiskriminerende. Eldre mennesker har kortere gjenstående levetid og har derfor kortere forventet gevinst i kvalitetsjusterte leveår. Det kan også være grunner til å ta spesielt hensyn til sårbare grupper, eller pasienter som ikke har noen behandlingsalternativer. Økonome gir oss derfor ikke noe entydig klart svar på når og hvor vi skal sette grenene for nye og dyre legemidler med begrenset eller liten virkning.

### Når skal helsetjenesten si nei?

Vi skal si nei når det ikke er dokumentert at nytten er større enn risikoen. Dette virker selvsagt, men det kan i praksis være utfordrende, eksempelvis dersom et legemiddel som har dokumentert nytte på ett område, blir brukt på et annet område (off-label-bruk). Legemidlet Neurontin (med virkestoffet gabapentin), som er godkjent til behand-

ling av epilepsi, har eksempelvis blitt brukt mot migræne. Noen leger synes å erfare at dette fungerer godt for enkelte pasienter. For disse kan det virke urimelig å si nei, men når legemidler brukes utenfor hva det er godkjent for, går man fra legemiddelbruk til utprøving.

Vi skal si nei når risikoen er større enn nytten. Både ikke-skadeprinsippet og velgjørhetsprinsippet i medisinsk etikk understøtter det. Det vil også være riktig å si nei til nye og dyre legemidler når virkningen er liten, usikker eller subjektiv (ikke intersubjektivt dokumenterbar).

Det vil også være riktig å si nei ved overdiagnostikk og overbehandling. Overdiagnostikk er diagnostikk av tilstander som aldri ville fått betydning for personen (i form av symptomer eller sykdom eller død) dersom de var uoppdaget. Følgene av overdiagnostikk er ikke bare angst og bekymring og nye unødvendige undersøkelser, men også unødvendig behandling, med mulige bivirkninger: overbehandling.

Vi bør også si nei når det fører til en skjevfordeling. Helsetjenester er et samfunnsgode som skal fordeles rettferdig. Det betyr ikke at helsetjenester må fordeles likt, men at forskjeller må forklares og forsvares.

Det er også legitimt å si nei dersom legemiddelbruk fører til medikalisering. Dersom alminnelige livsprosesser, slik som sorg og utforskende atferd hos barn, blir gjort til gjenstand for legemiddelintervensjoner, er det grunner til å tenke seg godt om. Det samme gjelder ved helseangst. Å behandle personer som stadig frykter forskjellige sykdommer, kan være fristende på kort sikt. I fortvilelsen over ikke å kunne hjelpe, kan det virke forlokkende å gjøre noe for at noe skal skje (latin: Ut aliquid fiat), men det er høyst problematisk, blant annet fordi man er med på å lure eller manipulere pasienter.

Legemiddelbruk som ikke har vesentlig effekt, men som reduserer pasientens mestringssevne, er også problematisk. Man bør neppe anbefale kolesterolsenkende medikamenter til pasienter som har vist at de fint kan regulere dette selv (gjennom kosthold) og som vokser på å mestre situasjonen.

Man bør si nei til legemiddelbruk der forutsetningene for gyldig samtykke ikke er oppfylt. Dersom pasienten ikke har fått og forstått relevant informasjon om potensielle virkninger og bivirkninger, ikke har beslutningsevne eller ikke handler frivillig, er ikke vilkårene om samtykke i pasientrettighetsloven oppfylt. Da skal vi si nei.

Det er også legitimt å si nei når man blir mer opptatt av midlet enn av målet. Eksempelvis lover den blå-blå regjeringen raskere tilgang til nye medisiner og økt satsing på legemiddelindustrien. Legemidler har ingen verdi som mål i seg selv – de er legemidler.

#### Hvilke etiske prinsipper skal gjelde?

Som vi har sett, gjelder sentrale etiske prinsipper også for legemiddelbruk: Ikke skade, autonomi, rettferdighet og velgjørhet (det vil si balansering av nytte og risiko). Dette er viktig blant annet for å unngå overdiagnostikk og overbehandling. I tillegg er respekt for integritet og verdighet viktig for å understøtte pasienters mestringssevne og unngå medikalisering.

Rettferdighet, solidaritet og likhet er i tillegg viktige prinsipper. Dersom enkelte pasientgrupper legger beslag på store ressurser, som kunne hjulpet andre og mer trengende pasienter, er dette problematisk. Samtidig kan vi altså akseptere forskjellsbehandling dersom det gir fordeler for de svakeste.



**DYRE:** Høye priser kan sette en stopper for bruk av nye medisiner. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

Faglig(forsvar)lighet, åpenhet og vitenskapelig dokumenterbarhet er prinsipper som har stått sterkt hos mange helseprofesjoner. Det betyr blant annet at overselging eller å spille på pasienters frykt og håp må unngås. Åpenhet og transparens i beslutninger om bruk og formidling av legemidler er også viktig.

Tillit er helsevesenets grunnstoff. Vi må derfor utvikle, innføre og bruke legemidler slik at vi ivaretar og styrker tilliten. Det gjør vi blant annet ved å oppfatte den syke som noe mer enn en konsument av legemidler.

Det å si nei er vanskelig og oppfattes negativt. Men prinsippene er asymmetriske: Vi bør si ja til legemidler som er dokumentert virksomme, som har akseptable bivirkninger, der kostnader står i forhold til virkningene (rettferdighet, likhet og solidaritet), som hjelper den enkelte (ikke overbehandling), som retter seg mot en reell sykdom (ikke medikalisering), som bidrar til at personen mestrer hverdagen bedre, der personen er godt informert om virkninger og bivirkninger (selvbestemmelse og samtykke) og der prosessene rundt godkjenning, refusjon og forskriving er åpne og transparente. ■■■



**Hvorfor:** Ble nylig kåret til Årets helseleder 2014 og fikk prisen overrakt av helseministeren.

**Stilling:** Daglig leder av Ammerudhjemmet bo- og kultursenter i Oslo.

**Utdanning:** Sykepleier fra Lovisenberg, lederutdanning fra Diakonhjemmet.

**Alder:** 51 år.

# Lag-spilleren

– Fotball er av de viktige tingene som ikke er viktig, sier årets helseleder.

Tekst **Astrid Svalastog** Foto **Erik M. Sundt**

**D**et var stort å få denne utmerkelsen. Hvis prisen kan heve statusen til sykehjemssektoren og gi dem som jobber der økt kredit, vil jeg være veldig glad, sier Øyvind Jørgensen, daglig leder ved Ammerudhjemmet bo- og kultursenter på Grorud i Oslo.

6. februar ble han kåret til Årets helseleder 2014.

Med over 550 helseledere til stede ble han overrakt prisen av helseminister Bent Høie på den store årlige lederkonferansen i regi av Norsk sykehus- og helsetjenesteforening (NSH).

Dette er ikke den første utmerkelsen: Under Øyvind Jørgensens ledelse fikk Ammerudhjemmet Hjelpestikkprisen 2010 for sitt kultur- og miljøarbeid, og Seniorprisen i Oslo kommune i 2013 for prosjektet «Gjemt, men ikke glemt».

**ENERGIEN STRÅLER** fra mannen, som en regntung ettermiddag tar imot oss på Ammerudhjemmet bo- og kultursenter. Håret er godt knyttet i en hestehale, ryggen er rak og skrittene raske.

I 17 år har han ledet Ammerudhjemmet bo- og kultursenter til å bli en sentral møteplass for både unge og eldre på Grorud i Oslo. Kirkens Bymisjon driver sykehjemmet som blant annet inviterer nærmiljø og beboere til ukentlig konsert og dans. Årlig arrangeres juletreffest for beboere, og små og store i nabolaget. Og ikke

minst – hvert år holdes det nyttårsball der rakryggete kadetter fra Krigsskolen på Linderud kommer i sine gallauniformer. Stiller opp som kavalerer og byr beboerne opp til galant dans.

Ikke rart hun stråler lykkelig, damen på bildet i kafeen, der hun holdes tett inntil av en av de unge, flotte krigsskolekadettene. Kadetten er ikke mindre blid.

**EN MODERNE, MODIG OG GOD** leder som tør tenke annerledes, er karakteristisk som går igjen når Øyvind Jørgensen omtales. Og det er ingen tvil om at han er utradisjonell. Mens de fleste ledere på hans nivå har en liten ledergruppe, teller ledergruppen på Ammerudhjemmet over 20 personer. Her er alle ledere, faggrupper og nøkkelfunksjoner representert. Hovedmålet er det samme, og ingen er viktigere enn andre.

– Ammerudhjemmet skal være et møtested mellom mennesker, kulturer og generasjoner. Mennesker vi møter i vår tjeneste skal oppleve respekt, rettferdighet og omsorg. Læring og utvikling trenger alle mennesker hele livet, slår han fast.

Og Ammerudhjemmet har lyktes med å være et møtested mellom mennesker. Daglige kommer beboere fra nærmiljøet, enten for å ta seg en svømmetur i senterets badebasseng, eller for å ta seg en kaffe og en matbit i kafeen. Hver tirsdag ettermiddag er det fullt ved hvert bord i kafeen. Da fylles den opp med gjester som kommer for å få seg en god middag før kveldens konsert og dans.

Vel 200 ansatte har sitt daglige virke på Ammerudhjemmet.

I tillegg gjør over 70 frivillige en viktig innsats. Samlet utgjør de 8 heltidsstillinger. Sykehjemmet har 102 døgnplasser og 27 dagplasser.

– **ET STIKKORD FOR MITT LEDERSKAP** er involvering. Involvering skaper deltakelse og eierforhold og gir bedre resultater og en mer effektiv organisasjon, sier Øyvind Jørgensen.

– Hvilke verdier bygger du ditt lederskap på?

– Viktige verdier for meg som person og i mitt lederskap er åpenhet, ærlighet, tilhørighet, respekt, raushet, kjærlighet og gleder. Mitt ønske er at Ammerudhjemmet skal være et hus der

*«Jeg skulle ønske NSF hørte mer på hva lederne ute ønsker.»*

ideen om læring og utvikling gjelder alle mennesker hele livet. Som leder trenger jeg stadig påfyll.

Påfyll henter han blant annet gjennom utdanningen han de to siste åra har tatt ved MetaResource Coaching.

– Å lære coaching har betydd utrolig mye for meg. Det er viktig å få ny kunnskap og være i kontinuerlig utvikling.

At Ammerudhjemmet er med i utviklingen, og med i tiden, skal ingen tvile på.

Vi har ikke før kommet inn døren før vi blir presentert for en 6 minutter visning på You tube – en video om Ammerudhjemmet med tittelen «What makes a social service innovative?». Filmen



er blitt lagt merke til langt utover landegrensene.

– Dette er et EU-prosjekt og Norges bidrag for å vise innovasjon i helsetjenestene i eget land. Det er fantastisk inspirerende, og vi er allerede blitt kontaktet fra Nederland og Colombia etter at denne videoen ble lagt ut, forteller han.

– Din største utfordring som leder?

– Å skape forståelse for at vi må være i en kontinuerlig endring. Ikke for endringens skyld, men for å utvikle tjenesten og virkelig gjøre våre mål. Verden rundt oss er i stadig utvikling og endring. Dette må jeg tilpasse meg, sier han.

– Mangfold av fag gjør denne jobben innmari interessant. Her er det høyt under taket og stor raushet. Kirkens Bymisjon er en organisasjon som tør å avdekke mangler i samfunnet og i det offentlige systemet, og gjøre noe med det.

– Hvordan er en god dag for deg?

– Når jeg ser at det vi gjør utgjør en forskjell i folks opplevelse av livskvalitet. Når jeg ser at ansatte har en nysgjerrighet overfor dem som bor her, og ønsker å finne ut hvem den enkelte person er. Da har jeg en god dag, sier han.

**HVER ARBEIDSDAG I 12 ÅR** har Jørgensen gått ut av døra hjemme på Rolvsøy i Fredrikstad klokka fem. Hevet seg på sykelen, tråkket åtte kilometer for så å hoppe på toget. To og en halv time senere ankommer han Ammerudhjemmet. Alltid halv fire-toget hjem – nesten alltid i alle fall. Der venter kona Eldbjørg og tre barn, Andrea på 12 år, Martin på 15 år og Erlend på 18 år.

– Det skal være veldig viktig for at jeg utsetter hjemreisen. Det er oppskrytt at man skal jobbe hele tiden for å ha det bra eller gjøre en god jobb. Når jeg er på jobb er jeg på jobb, og når jeg har fri har jeg fri. Det er viktig å ta vare på seg selv. Man må ha påfyll fra andre deler av livet for å ha det godt som menneske – og for å være en god leder, understreker han.

For to år siden bygde familien hytte i Valdres. Svisgermor kommer fra Valdres.

– Å bygge den hytta er noe av det viktigste vi har gjort. På hytta får jeg hvilepuls, sier Øyvind Jørgensen som nylig tilbrakte vinterferien der sammen med familie og gode venner.

– Lange, gode måltider sammen med dem jeg er glad i er viktig. Og det er viktig å komme ut i naturen, vinter som sommer.

Arsenal og Fredrikstad fotballklubb betyr også mye. Særlig Fredrikstad – og viktigst er å slå Sarpsborg!

– Fotball er en av de viktige tingene som ikke er viktig, smiler den lojale supporteren. Sammen med sønnene stiller han på hver kamp.

– Og vi blir til dommeren har blåst av kampen.

**JØRGENSEN SOM I 1986** var ferdig sykepleier fra Lovisenberg, hadde allerede som 24-åring sin første lederjobb. Utdanningen som sykepleier er en forutsetning for at han lykkes i jobben som leder.

– For å være en god leder må du ha kunnskap om hva du skal lede, slår han fast.

I tillegg til lederjobbene har han hatt en rekke tillitsverv i Norsk Sykepleierforbund (NSF), blant annet som nestleder og hovedtillitsvalgt i Oslo.

– Engasjementene i NSF og tillitsvalgtopplæringen har gitt meg svært nyttig erfaring og kompetanse som leder.



Han er imidlertid kritisk til forbundets mangel på kommunikasjon med sykepleiere som er toppledere og som står i en arbeidssituasjon.

- Jeg skulle ønske NSF viste større interesse for hvordan ledere opplever å lede store deler av sykepleietjenesten. Jeg tror NSF ville blitt en bedre organisasjon om den hørte mer på hva lederne ute ønsker og hvordan de har det.

- *Det mest fantastiske du har opplevd på jobben?*

- Tror det må være arbeidet med å vitalisere og revitalisere nettverket til beboerne. Oppleve hvordan vi kan hjelpe gamle venner som har mistet kontakten med å bygge opp nettverk igjen. For det andre å bygge nye nettverk med frivillige for dem som mangler dette. Det er en utrolig viktig og givende del av jobben her.

Ammerudhjemmet har startet et unikt prosjekt: Skrivegrupper – der målet er å få beboerne til å skrive om levd liv, kjærlighet, gleder og vanskeligheter.

- Arbeidet i skrivegruppene har vist oss ukjente sider ved beboerne. Her kommer det fram ting som ofte også har vært ukjent for den nærmeste familie. For ansatte har det gjort at vi i enkelte tilfeller har måttet endre fullstendig syn på enkelte av beboerne.

Det er dette som har rørt Jørgensen aller mest i denne jobben.

- Vi har ikke visst hvilke liv de har levd. En eldre man med demens skrev et dikt om kjærligheten til sin kone. Du skulle sett hva dette gjorde med familien hans da han leste opp diktet på bokkafeen!

**DET ER INGEN FARE** for at Årets helseleder 2014 skal stagnere i jobben eller som leder. Om ett år skal de grå, slitte bygningen til Ammerudhjemmet rives. Et nytt sykehjem skal bygges. I tillegg til moderne og romsligere plass for ansatte og gamle, er planen og drømmen at bygget skal romme et stort kulturhus for beboere i Groruddalen, og nytt svømmeanlegg til glede for både beboere og nærmiljø.

*«Sykehjemmet skal være et møtested mellom mennesker, kulturer og generasjoner.»*

Ammerudhjemmet vil fortsette å være et åpent sykehjem, et møtested mellom mennesker og kulturer uavhengig av om man er gammel eller ung.

Bygget skal stå klart om tre–fire år.

- Det blir stas, og det vil jeg være med på, konstaterer Jørgensen, selv sagt sentralt medlem i byggekomiteen.

Det vil fortsatt bli mange, mange morgener der Rolvsøy-væringen i femtida går ut døra hjemme i Fredrikstad, for to og en halv time senere å spasere inn på Ammerudhjemmet i Groruddalen. Her venter en god kopp kaffe med kolleger og venner. Så er arbeidsdagen i gang. ■■■

astrid.svalastog@sykepleien.no



Karen Brasetvik, sykepleier og fylkesleder i Sykepleierforbundet, Østfold.

# Trenger nasjonal rekrutteringsplan

Rekruttering av sykepleiere er blant de største utfordringene kommunal sektor har.

**T**il tross for store utfordringer og alvorlige konsekvenser av å mangle sykepleiere, har vi ikke en nasjonal rekrutteringsstrategi for å sikre kommuner og sykehus nok sykepleiere i dag og for fremtiden. Det kan regjeringen gjøre noe med.

Som mastergradsstudent ved Høgskolen i Østfold har jeg forsket på hva kommunale ledere gjør for å rekruttere ingeniører, lærere og sykepleiere. Er de på hugget eller hælene? Hvilken arbeidsgiverpolitikk preger dem? Og hva kan lederne lære av hverandre?

Studien viser at alle lederne har rekrutteringsutfordringer. Ingen av kommunene har noen overordnet rekrutteringsplan. Rekruttering er den enkelte leders ansvar. Det er liten forskjell mellom de to kommunene i måten de løser rekrutteringsutfordringene på. Derimot er det store forskjeller mellom sektorene i hvilke virkemidler som brukes.

Takket være GNIST-kampanjen for å rekruttere lærere, kan rektorene tilby veiledning og videreutdanning med lønn. Leder for teknisk sektor som søker etter ingeniører i hele Norden, tilbyr fleksibel arbeidstid og kan bruke 50 000 kroner eller mer for å

nøye. Mens ansatte ønsker en arbeidsgiver som viser raushet og fleksibilitet, opplever de rigiditet og minimumsstandard. Minst fornøyd er sykepleierne. Det skyldes misnøye med lønn, arbeidstid og faglig utvikling. Sykepleierne er også den yrkesgruppen der flest ønsker å slutte. Kjernekomponenter for å rekruttere er lønn, kompetanseheving og god ledelse, understreker Rødvei.

Har Rødveis doktorgradsarbeid fra 2006 gått ut på dato? Lite tyder på det. En undersøkelse gjort av NSF Student i desember 2013 viser at kun 7 prosent av nyutdannede sykepleiere ønsker å jobbe på sykehjem. Erfaringer fra praksis påvirker deres valg. Kommunenes rekrutteringsutfordringer har ikke blitt mindre.

Lars E. Kirkebøen i Statistisk sentralbyrå har beregnet ulike yrkesgruppers livslønn. På topp blant de med 3–4 års høyere utdanning ligger ingeniører. De har en livslønn på 14,22 millioner kroner. På bunn ligger lærere og sykepleiere. Adjunkters livslønn er 9,37 millioner kroner og sykepleieres 8,98 millioner. De med fagbrev har 10,71 millioner kroner i livslønn, mens de med kun grunnskole har 9,43 millioner. Er det rart offentlig sektor har problemer med å rekruttere lærere og sykepleiere?

Professor Kjell Salvanes ved Handelshøgskolen i Bergen viser til at ingeniørmangelen vil være avtakende, i motsetning til mangelen på lærere og sykepleiere. Hans råd er å bruke lønn for å gjøre det mer attraktivt å jobbe i disse yrkene.

På KSs helsekonferanse 9. januar i år oppfordret helseminister Bent Høie kommunene til å ta kompetanseutfordringene på alvor. Kommunene har et stort «sørge for»-ansvar når det gjelder rekruttering av sykepleiere. Vet ordførere og rådmenn hvilke virkemidler kommunens ledere har og om de forskjellsbehandler sektorene? Hva vil KS gjøre for å hjelpe dem?

Regjeringen har varslet at den vil satse på mer kompetanse i pleie- og omsorgstjenesten. Hvordan? I Østfold er det flere ufaglærte enn sykepleiere i pleie- og omsorgstjenesten. Slik er det i mange fylker. Norge trenger en nasjonal rekrutteringsstrategi for sykepleiere. Den bør ta for seg både utdanningskapasitet, studiefinansiering og virkemidler for å gjøre det mer attraktivt å jobbe som sykepleier. Lederne trenger mer enn knapper og glansbilder når de skal rekruttere sykepleiere. Regjeringen kan starte med en offensiv kampanje for rekruttering av sykepleiere til sykehjem. ■■■

«Lederne trenger mer enn knapper og glansbilder når de skal rekruttere sykepleiere.»

rekruttere ingeniører. Hans kollega som er sykehjemsleder, har kun knapper og glansbilder å tilby. Hun annonserer i lokalavisen. Ofte opplever hun at få eller ingen søker. Og hun har ikke ei krone å bruke for å rekruttere sykepleiere.

Tittelen på masteroppgaven er «Ledelse på hugget eller hælene». Selv om studien er begrenset til to kommuner, viser lederne en måte å tenke og handle på som vi trolig kan finne i mange kommuner. Studien viser ledere som er mer på hælene enn på hugget.

Kommunal sektor har lenge slitt med dårlig omdømme som arbeidsgiver. Det gjelder særlig overfor høyskoleutdannede. I doktorgraden «Den mekaniske arbeidsgiverpolitikken» viser Per H. Rødvei at kommunenes dårlige omdømme bunner i faktisk mis-