

Sykehusdirektør Åge Danielsen

Mannen som elsker sammenslåinger

TETT PÅ side 16 til 18

Enig med Frp om sykehjemsreformen side 12

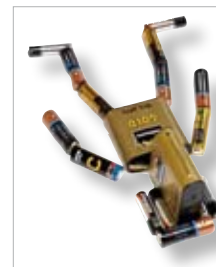
Tema: Myalgisk Encefalopati side 24

Dokumentar: Sandviken sykehus fra innsiden side 32

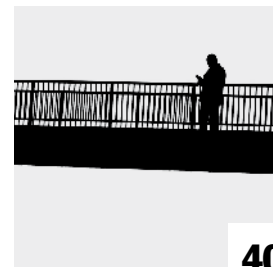
30 år og dement side 40



12



24



40

Nyhet!

Nyhet!

SPIRIVA® nå på § 10a også for allmennpraktikeren

“

”



... **SPIRIVA®** påvirker den kliniske utviklingen av KOLS og kan hjelpe pasientene dine til å leve bedre med sykdommen^{1,2}

SPIRIVA® 1x daglig hemmer kolinerg bronkokonstriksjon i mer enn 24 timer^{3,4}:

- reduserer "air trapping"³ ...
- forbedrer luftstrømmen³ ...
- øker utholdenheten¹ ...
- reduserer antall eksaserbasjoner^{5,6} ...

SPIRIVA® kan forbedre måten pasientene dine lever med KOLS^{1,6}

Se godkjent preparatomtale på side 76



Livet. Skal leves videre... **SPIRIVA®**
(tiotropium)



SPIRIVA® er utviklet av Boehringer Ingelheim, og blir markedsført av både Boehringer Ingelheim og Pfizer. Med enerett. Du finner mer informasjon i sammendraget av produktbeskrivelsen. SPIRIVA® refunderes etter § 10a, jf § 9 punkt 45. Spirometriundersøkelse skal være utført og FEV1 skal være mindre enn 65% av forventet. Atrovent® skal ha vært prøvd. FEV1 verdi og begrunnelse for at nevnte preparat ikke kan benyttes skal oppgis i søknaden. Ikke krav om at behandlingen skal være instituert av spesialist. For nærmere beskrivelse av refusjonsbestemmelsene, gå inn på www.spiriva.no.



NORSK SYKEPLEIERFORBUNDS LANDSMØTE 2007

I henhold til NSF's vedtekter, § 8 C, holdes landsmøtet hvert tredje år innen utgangen av november måned.

Landsmøtet holdes på Radisson SAS Scandinavia Hotel i Oslo 06. – 10. november 2007.

Landsmøtteåpningen er 06. november kl. 16.00.

Forhandlingene starter 07. november kl. 08.30.

Av NSF's vedtekter § 8 D fremgår bl.a. følgende:

«Prinsipielle saker som vedrører organisasjonens funksjon, arbeidsform og struktur skal behandles på landsmøtet.

Medlemmer som ønsker å fremme saker til landsmøtet, **skal fremsende disse gjennom sitt fylkeskontor**. Sakene må være forbundsstyret i hende minst 6 måneder før landsmøtet holdes. Sakene skal være begrunnet/utredet.»

Medlemmer som ønsker å fremsende saker til landsmøtet må oversende disse **til sitt fylkeskontor innen 30.mars 2007**.

Fylkeskontorene sender sakene videre til NSF, **med den nødvendige begrunning/utredning og forslag til vedtak, som skal være mottatt innen 1. mai 2007**.

Sakene sendes til:

Norsk Sykepleierforbund, v/ generalsekretæren,
Postboks 456 Sentrum, 0104 OSLO

Landsmøtet 2007 skal foreta følgende valg:

- forbundsleder
- nestleder
- 2. nestleder
- 6 forbundsstyremedlemmer
- 6 varamedlemmer til forbundsstyret
- leder av kontrollutvalget
- 3 medlemmer til kontrollutvalget
- 2 varamedlemmer til kontrollutvalget
- leder av Rådet for sykepleieetikk
- 5 medlemmer til Rådet for sykepleieetikk
- 5 varamedlemmer til Rådet for sykepleieetikk
- leder av nominasjonskomiteen
- 6 medlemmer til nominasjonskomiteen
- 6 varamedlemmer til nominasjonskomiteen

Av NSF's vedtekter § 13 C fremgår bl.a. følgende:

«Forslag til kandidater sendes nominasjonskomiteen fra fylkestyrene, Rådet for sykepleieetikk og kontrollutvalget senest to måneder før landsmøtet holdes. Medlemmer sender innen samme frist forslag via sitt fylkeskontor. Forslagene skal være begrunnet. Kandidatene som foreslås skal skriftlig ha erklært seg villige til valg før forslaget sendes. Valgkandidatene presenteres fortløpende i «Sykepleien.»»

Dette innebærer at skriftlige **forslag på kandidater**, vedlagt kandidatens villighetserklæring, skal være nominasjonskomiteen i hende **innen 6. september 2007**.

Fra ca. 1. mars vil en elektronisk løsning for å stille forslag på valgkandidater samt villighetserklæring være tilgjengelig på www.sykepleierforbundet.no

Vi oppfordrer til at den elektroniske løsningen brukes. Papirversjon av skjemaene vil være tilgjengelig ved NSF's fylkeskontor eller Hovedkontoret, v/ generalsekretæren som en tilleggstjeneste for de som eventuelt ikke har internetttilgang (finnes for nedlastning på www.sykepleierforbundet.no)

Forslag sendes til:

Norsk Sykepleierforbund

Nominasjonskomiteen

via NSF's fylkeskontor i eget fylke

*Aud Blankholm
generalsekretær*

Sykepleien

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

E-post:
redaksjonen@sykepleien.no
interaktivt@sykepleien.no

Bankgiro: 1600.49.66698
 Løssalg: kr 45,- pr utgave
 Abonnement (ikke medl.) kr 798,- pr år

Ansvarelig redaktør

Barth Tholens
barth.tholens@sykepleien.no

Redaksjonssjef

Bjørn Arild Østby
bjorn.arild.ostby@sykepleien.no

Fagredaksjonen

Torhild Apall Dybvik (leder)
torhild.apall@sykepleien.no
 Ann-Kristin Bloch Helmers
annkristin.helmers@sykepleien.no
 Susanne Dietrichson
susanne.dietrichson@sykepleien.no
 Nina Hernæs (permisjon)
nina.hernes@sykepleien.no

Nyhetsredaksjonen

Marit Fonn (leder)
marit.fonn@sykepleien.no
 Eivor Hofstad
eivor.hofstad@sykepleien.no
 Kari Anne Dolonen
kari.anne.dolonen@sykepleien.no
 Lily Kalvø (web-redaktør)
lily.kalvo@sykepleien.no

Desk og grafisk formgivning

Ellen Morland (leder)
ellen.morland@sykepleien.no
 Hege Holt
hege.holt@sykepleien.no
 Ingrid Lindemann
ingrid.lindemann@sykepleien.no

Markedssjef

Ingunn Roald
ingunn.roald@sykepleien.no

Markedskonsulenter

Stillingsannonser: Finn Simonsen
finn.simonsen@sykepleien.no
 Produktannonser: Lise Dyrkoren
lise.dyrkoren@sykepleien.no

Repro og trykk

Stibo Graphic AS



Foto: Bo Mathisen

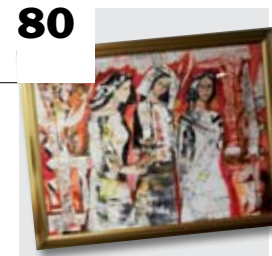
- 5 Siden sist – reaksjoner
- 7 Helse i nyhetsbildet
- 9 **Åtte raske:** Laila Dāvøy
- 9 NSF tier om donorsøsken
- 10 Vaksine mot livmorhalskreft – også for gutter
- 12 NSF på lag med Frp i Oslo
- 14 24 sykepleiere mistet autorisasjonen - Beskyldt for pilletyveri – mistet skiltet
- 16 **Tett på** Åge Danielsen
- 19 Uklart hvorfor bare sykepleiere fikk kreft - I samtale med Strålevernet
- 20 Sykepleie etter tsunamien
- 23 **Barth Tholens** om telleregimer
- 24 **Tema:** Myalgisk Encefalopati - En usynlig sykdom - ME-rapporten en skandale - Pasientene blir ikke trodd - Kursene i sykdommen
- 30 **Kronikk:** Den rene kroppen
- 32 **Dokumentar:** Sandviken sykehus - Rapport fra innsiden - 54 farlige pasienter
- 38 Karakter-rot på høyt nivå
- 39 Dårligere i Oslo etter rusreformen
- 40 Dement midt i livet
- 45 Ingen jubel for kjemperegionen
- 46 Spretten opplæringsmodell - Smerteskjema på sykehjem
- 50 Gratis medisinfo for svaksynte
- 52 Pleie på norsk, samisk og kvensk
- 56 **Fag i utvikling:** De eldre må i sirkulasjon - Tar Bekhterev-pasienter i skole - Hvem bestemmer døgnrytmen?
- 65 Lettere å melde om feil
- 66 Bokanmeldelser
- 67 Månedens bok
- 68 **Forfatterintervju:** Gunn Engelsrud
- 70 Faggruppene
- 73 Fagdebatt
- 74 **Dilemma:** Marie Aakre om livsforlengende behandling

Neste nummer: Sykepleien 04/07

Uvesen i helsevesen
 Mange opplever dem som hvite engler – helsepersonell. Selv opplever flere av de hvite frakkene en arbeidshverdag med mobbing og trakassering.



46



80

- 77 Leserinnlegg
- 78 Akutt behov – akutt utdanning
- 80 På veggen
- 82 Sykepleien på nett
- 84 **NSF: Bente Slaatten** om tøffe vilkår ved sykehusene - Kreftsaken ved Haukeland
- 86 Før: Norges største fyller 130 år
- 86 Folk

Tema: Myalgisk Encefalopati

Myalgisk Encefalopati (ME) er fremdeles en gåtefull sykdom. Hvordan skal sykepleiere best møte og behandle pasienter med denne diagnosen?
 Side 24 til 29

- 88 SykepleienJobb - Ledige stillinger
- 113 Meldinger, skoler, kurs

Sandviken, hva nå?

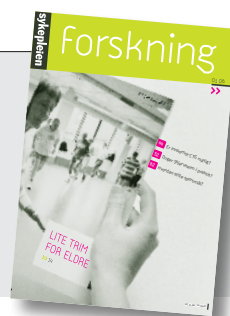
Hvordan er det å gå på jobb når pleierne må sjekke om TV2 lurer i buskene før pasientene får luften seg? Sykepleien besøkte Regional sikkerhetspost i to dager.



Foto: Anders Førde

32

Siden sist inneholder korrigeringer og nye synspunkter på fakta gjengitt i tidligere utgaver. Vil du hjelpe til? Kontakt oss på interaktivt@sykepleien.no



Vi beklager

I Tidsskriftet Sykepleiens artikkel *Foreldre stjeler* i nummer 2, 2007, kan det virke som om ansatte på barneavdelingen i Elverum mistenker alle foreldre for å være tyver. Dette medfører ikke riktighet. Fagutviklings-sykepleier Bente Hoelsæter ønsket å presisere dette bedre i artikkelen før den gikk i trykken. Sykepleien beklager at det ikke er gjort godt nok.

Hvor er NSF?

Jeg er sykepleier ved St. Olavs Hospital i Trondheim. Jeg lurer på hvor fagforbundet er. Dag etter dag leser vi om vår arbeidsplass i media. Det er ikke mye positivt det som skrives. Vi hører stadig om de innsparingene sykehuset er pålagt av staten. Vi kan gjøre våre arbeidsoppgaver mer effektivt, heter det. Sant nok, men da er det fare for at vi må gå på akkord med faget vårt, og rasjonere bort våre egne stillinger. Vi lever under et konstant press. Jeg kan ikke se at bladet Sykepleien har tatt opp dette emnet, og jeg har heller ikke sett noen støtteklæring av NSF.

Det jeg lurer på er:
HVOR er støtten fra fagforbundet?
HVOR er rådene vi trenger for å overleve i nedskjæringene?
HVA har forbundet gjort, med tanke på press på myndighetene?

Siste Stortingsvalg var St Olav Hospital en del av valg kampen uten at det har kommet så mye ut av det. Nå ser vi igjen at vi er løftet inn på valgarenaen denne gangen av en meget dyktig valgregissør, Siv Jensen. Beklageligvis må jeg berømme henne for nydelig utført jobb. Sykepleier for en dag, og senere småsamtaler med noen av de berørte ved sykehuset og de til-litsvalgte. Fantasisk utført!

Berit A. Reberg medl. nr. 1052786

«Utskyka» 1

Leser på forsiden av Sykepleien 01/07 at kommunalminister Åslaug Haga «...møtte hun en sektor som var helt utpsyka etter år med Erna.» Dersom det er et sitat av Åslaug Haga burde det hatt solide gåseøyne dersom det i hele tatt skulle stå på fremsiden av det uavhengige fagtidsskriftet vårt. Det er så vidt jeg tror mine egne øyne her!

Jeg kastet hele bladet uten å åpne det for å lese mer. Jeg er ikke medlem (kikker i bladet hos min sykepleier-svigermor), og nå fikk jeg ennå en grunn til å holde meg utenfor.

Hildur Alice Sandvoll

Takk for din tilbakemelding.

Jeg er faktisk enig i at vi burde gjort det mer klart at det var Haga som uttrykte seg slik – og

ikke en redaksjonell oppfatning.

Ellers er det vel vanskelig å oppfatte oss som Senterpartivennlige når du leser selve intervjuet.

Vi er like kritiske til Haga som vi er til andre politikere.

Barth Tholens, redaktør

«Utskyka» 2

Siv Høgtun reagerte da hun så forsiden på forrige utgave av Sykepleien.

Hun liker dårlig at kommunalminister Åslaug Haga rakker ned på sin forgjenger ved å si at Erna Solberg har psyka ut kommunal sektor.

Derfor tok hun en telefon til redaksjonen.

– Jeg synes det er underlig at kommunalministeren går ut med en sånn beskrivelse av sin forgjenger, særlig i et fagtidsskrift. Jeg reagerer på at tidsskriftet lar en minister framstille en politisk motstander som kynisk.

Høgtun er kommunepolitiker i Askøy kommune utenfor Bergen. Hun er nå Høyres ordfører kandidat.

– Det er mange flotte Høyredamer som er sykepleiere. Mange reagerte på utsagnet til Haga. Ingen politikere i Norge ønsker mindre velferd for innbyggerne. Men hvordan man skal oppnå velferd, er man uenig om.

Vi vil trenge 300 000 flere

årsverk i pleie- og omsorgssektoren. Jeg lurer på hvordan Haga vil løse det.

Høgtun for sin del har tro på konkurranseutsetting.

– Først og fremst fordi det vil gjøre helsetjenesten bedre, ikke nødvendigvis billigere. Det offentlige skal fortsatt ha ansvaret.

Hun lurer på hvorfor Norsk Sykepleierforbund (NSF) har programfestet sin motstand mot konkurranseutsetting når det svenske sykepleierforbundet er for.

Høgtun synes NSF er for venstredreid. Hun har mange ganger vært på nippet til å melde seg ut, men vil ikke miste muligheten til å påvirke.

– Jeg skulle gjerne deltatt mer i NSF, men jeg er kommunepolitiker, intensivsykepleier og mor. Tiden strekker ikke til, sier hun på telefonen.

Red.

Vi retter

I Sykepleien nr 1 2007 hadde vi en fagartikkel med tittelen *Da NIC og NOC kom til alderspsykiatrisk post*. Den var vi veldig fornøyd med, helt til vi i ettertid ble opplyst om at NOC ikke engang har ankommet landet. Desken gikk seg vill i alle forkortelsene, og feilen er rettet opp i fagbiblioteket på nettet (www.sykepleien.no/fagbiblioteket).

Red.

Sykepleien Helt Enkelt Unikt

Sykepleiens formålparagraf

Sykepleien skal utøve saklig, uavhengig og kritisk journalistikk forankret i Norsk Sykepleierforbunds formålparagraf, Redaktørplakat og pressens Vær Varsom-plakat. Tidsskriftet har som oppgave å sette sykeplei-

ernes interesser på dagsorden. Sykepleien skal delta i samfunnsdebatten og stimulere til engasjement og meningsbrytning. Sykepleien arbeider etter Vær Varsom-plakatens regler for god presseskikk. Den som mener seg rammet av urettmessig omtale

oppfordres til å ta kontakt med redaksjonen. Brudd på pressens etiske retningslinjer, ifølge Vær Varsom-plakatens regler, kan klages inn for Pressens Faglige Utvalg. Sykepleien betinger seg retten til å lagre og utgi alt stoff som publiseres i elektronisk form.

Vi siterer Morten Falkenberg

«Jeg reagerer med forbannelse etter alt arbeidet vi har lagt ned for å prøve å stoppe sammenslåingen.»

Morten Falkenberg, konserntillitsvalgt i Helse Sør om Helse Sør-Øst til NRK

De fleste trenger mer enn tannpuss



Flux Fluor reparerer små hull

Hvis du pusser tennene med fluortannkrem to ganger om dagen i minst to minutter, ikke skyller ut skummet etterpå, ikke spiser mellom måltidene, ikke drikker brus og ikke har hatt hull i tennene – ja, da gjelder nok ikke dette deg.

Alle vi andre vil ha godt av Flux Fluor. Flux gjør tannemaljen sterkere, og har faktisk evnen til å reparere små hull i tennene før de blir så store at tannlegen må bore.

Du får Flux Fluor på apoteket som tyggegummi og sugetabletter med flere gode smaker og styrkegrader som passer for både barn og voksne.

Flux – sterke tenner hele livet

Flux inneholder natriumfluorid som motvirker hull i tennene. Les pakningsvedlegget nøye.



Ludens Reklamemyrå Foto: Veslemøy Vrådåar

Les mer på www.fluxfluor.no

Hva skjedde siden sist? Sykepleien følger nyhetsbildet, både i bladet og på nett. Ring oss om tips, på tlf. 22 04 32 00 eller klikk deg inn på «Kontakt oss» på sykepleien.no



Jordmor kan foreta abort, men yrkesgruppen får ikke fastsette graviditetens lengde med vaginal ultralyd.

Vårdekket nr. 1/2007



Fire tilfeller av venøs tromboembolisme i forbindelse med bruk av p-ring ble rapportert i 2005. P-ringen markedsføres med budskap om lavere hormonnivåer, men den totale østrogeniteten er høy, melder Läkartidningen.

Läkartidningen nr. 1-2/2007



The Lancet har blant annet en artikkel om at forskjeller i biologisk aldring øker risikoen for hjertelatererte sykdommer. **The Lancet** nr. 9556/2007

Flere får ADHD-medisin

På ett år har forbruket av ADHD-medisiner for barn og unge gått opp med 20 prosent i Hordaland. Salgskurvene til de amfetaminliknende preparatene Concerta og Ritalin peker oppover på Apotekerforeningens bransjestatistikk. Dette er ADHD-medisiner, som først og fremst blir skrevet ut til barn mellom 6 og 18 år, melder Bergens Tidende.

Vil tillate stamcelle-forskning

Regjeringen la 26. januar fram forslag om endringer i bioteknologiloven. Endringene åpner blant annet for forskning på befruktede egg. Endringene vil bringe norsk lov på linje med lovverket i våre naboland, mener helse- og omsorgsminister Sylvia Brustad.

Vil ha utenlandsk vurdering

Helse Bergen vil hente inn utenlandsk ekspertise for å vurdere den faglige plattformen ved sikkerhetsavdelingen på Sandviken sykehus, ifølge Bergens Tidende. (Se også side 32-37.)

– Slurvete leger dreper

Legers slurvete håndskrift tar livet av mer enn 7000 amerikanere årlig, skriver VG Nett og referer en amerikansk rapport. – Også norske leger slurver med reseptene, sier informasjonssjef i Apotekerforening til VG Nett.

Bør smake på eldres mat

Lokale politikere bør smake på maten som blir servert de eldre i kommunen. Det sier helse- og omsorgsminister Sylvia Brustad, ifølge Avisenes Nyhetsbyrå.

Frykter dyre-smitte

Regjeringen ønsker å tillate transplantasjon av dyreorganer til mennesker (xenotransplantasjon). Lægeforeningen og Bioteknologinemnda går imot forslaget som nå er ute på høring. Kreftforeningen er for forslaget.

To av fem strøk på eksamen

Hele 41 prosent av sykepleierstudentene ved Høgskolen i Oslo strøk til eksamen i pasientkunnskap før jul. Strykprosenten er rekordhøy. – Sykepleierutdanningen ved HiO må under lupen, sier NSFs studentleder Guro Karlsholm til sykepleien.no.

Sparte 18 millioner på reiser

Nordlandssykehuset i Bodø og Lofoten sparte 18 millioner kroner i fjor på reiseutgifter for pasientene. – Vi reiser smartere, sier spesialrådgiver Trond Solem til Avisen Nordland.

Kreftmedisiner dyrere

Kreftmedisiner øker mest i pris av alle medisiner på markedet. Kreftforeningen frykter at dette forverrer situasjonen til kreftsyke. Statistikk fra Apotekerforeningen viser at nordmenn brukte 16,5 milliarder kroner på legemidler i fjor.

Sykepleien kandidat til SKUP

«De hjemmelige tjenester» er tittelen på bidraget fra Sykepleien, som handler om hjemmesykepleien i Tvedestrand, Arendal og Grimstad. SKUP-prisen er en metodepris som har som formål å fremme den kritiske og undersøkende journalistikken i Norge.

Nye Ahus må ha mer penger

Med dagens rammebetingelser vil driften av Nye Ahus komme til å gå med svære underskudd i årene 2009 til 2028. Styret har nå bedt helseministeren om hjelp.

Lei krisemaksimering

Helseforetak som benytter seg av krisemaksimering for å presse politikerne til å bevilge mer penger, oppnår neppe mer enn å uroe befolkningen.

Det mener lederen for NITOs medlemmer i helsesektoren, Inger Annie Moe, som er lei av de årvisse advarslene om upopulære nedleggelse det aldri blir noe av.

Må reise til Vestfold

Personaldirektør Hans Evju ved Sykehuset Telemark uttrykker i avisen TA skuffelse over at Høgskolen i Telemark ikke har vist større initiativ for å sikre seg utdanningstilbud for spesialsykepleiere innenfor anestesi, intensiv og operasjon. I en anbudsrunde om hvem som skal få speisalsykepleierutdannelsen, vant Høgskolen i Vestfold konkurransen. Høgskolen i Telemark deltok ikke.

Sykepleiere blir ikke henrettet

De fem bulgarske sykepleierne som ble dømt til døden i desember for med vilje å ha smittet 400 barn med hiv, blir ikke henrettet, lover sønnen til Libyas leder Muammar Gaddafi.

Demonstrasjon for pensjon

29. januar demonstrerte Unio og andre fagforbund utenfor Stortinget. Målet var at politikerne skal ta inn krav om opptjening av pensjonspoeng i pensjonsmeldingen.



Abilify® (aripiprazol) viser vedvarende effekt på positive og negative symptomer uten å påføre pasienten klinisk relevant vektøkning¹⁻²

1. Kasper et al. Int J Neuropsychopharmacol. 2003;6(4):325-337
2. SPC Abilify®
3. Carlsson A. et al. Dopaminergic Stabilisers. Adv Schiz Clin Psych Vol 1 No 4 2005: 118-28

**Abilify® (aripiprazol)
- en dopaminstabilisator til behandling av schizofreni³**

Vi spør Laila Dåvøy

Alder: 58 år

Aktuell som: Sykepleier og helsepolitisk talskvinne for Kristelig Folkeparti

Fakta: Regjeringen har lagt fram et endringsforslag til bioteknologiloven. Laila Dåvøy, som var forbundsleder i Sykepleierforbundet på 1990-tallet, er på pletten og advarer mot sorteringssamfunnet.



Hva er det verste ved forslaget?

– At regjeringen trår over tidligere satte etiske grenser. Ellers har forslaget fått flest innvendinger mot donorbarn.

Er det så ille å være et donorbarn?

– Ja, fordi regjeringen ønsker å skape barn som nærmest skal brukes som medisin for alvorlig syke søsken. Dette er i strid med at alle barn har en egenverdi. Dessuten er dette virkelig eksperimentell forskning. Ingen vet hva som egentlig skjer med donorbarna.

Hva er galt med å forske på overtallige befruktede egg?

– Vi ser eggene som spirende liv, hele mennesket ligger jo der. Det er for verdifullt til å forske på.

Hva med preimplantasjonsdiagnostikk (PDG)?

– Det vil føre til et uønskelig sorteringssamfunn. Det betyr at vi kan ta vekk fostre vi ikke vil ha. Men man kan leve et fullverdig liv selv med sykdom. Det bekymrer meg at helseministeren antyder en ytterligere liberalisering ved å skule til Danmark, som har tatt vekk begrensningen med arvelig-

het. Der har de nesten ingen med Downs syndrom lenger.

Er den helbredende, livreddende sykepleier og den kristne politiker i deg i konflikt?

– Ikke i meg. Jeg vil være en sykepleier som kan ta imot alle funksjonshemmede. Jeg ønsker ikke å bruke befruktede egg verken til å forske, sortere eller lage donorbarn. Det er bedre å satse på forskning på stamceller fra fødte mennesker.

Hvorfor skal det være strengere i Norge enn i andre land?

– Jeg vil heller spørre: Hvorfor skal ikke Norge være i front på etikken i et så vanskelig etisk felt?

Har NSF forsømt seg ved ikke å uttale seg i høringsrunden?

– Skulle ønske de hadde gjort det.

Hva vil en lovendring kreve av sykepleierne?

– Det som ikke er med i lovforlaget er reservasjonsretten. Her er det noe for sykepleierne og forbundet å tenke gjennom.

tekst **Marit Fonn** foto **KrF**

Nyhet Bioteknologiloven

tekst **Eivor Hofstad**

NSF tier om donorsøsken

Regjeringen har lagt fram sitt endringsforslag til bioteknologiloven for Stortinget.

700 instanser ble invitert til å si sin mening. Men fra NSF har det vært taust.

Endringsforslaget til bioteknologiloven har vært en vanskelig sak for regjeringen, men etter mange møter har de tre regjeringspartiene blitt enige om blant annet å tillate forskning på overtallige befruktede egg samt å åpne for såkalte donorsøsken (preimplantasjonsdiagnostikk med vevstyping). Donorsøsken åpnes det kun for i tilfeller med alvorlig arvelig sykdom og en ny, egen nemnd skal ta stilling til om

sykdommen er alvorlig nok. Det vil ikke bli bygget opp medisinsk ekspertise i Norge, slik at parene det gjelder må dra til utlandet for å få gjennomført behandlingen.

Ikke prioritert

Hva synes NSF om lovforslaget? Søker man på NSF sine nettsider er det ingen svar å finne. Der ligger bare en gammel høringsuttalelse fra 2003.

NSF-leder Bente Slaatten vil ikke kommentere dagens endringsforslag siden forbundet ikke har behandlet saken.

– *Hvorfor ville ikke NSF være med på høringsrunden?*

– Vi har en svært presset arbeids-situasjon, blant annet fordi våre synspunkter er etterspurt i alle sammenhenger hvor helsetjeneste og arbeidsliv er tema. Vi må derfor prioritere skarpt hvilke

høringer, av de utallige vi mottar, som vi skal bruke tid og ressurser på å grave oss ned i. Den aktuelle høringen er ikke prioritert i denne omgangen, og de prinsipielle synspunktene til NSF finnes i den tidligere høringen om bioteknologiloven som finnes på våre nettsider, sier Bente Slaatten.

Fornøyd og skeptisk

– Jeg synes generelt at det er et godt lovforslag. Det er i tilstrekkelig grad tatt hensyn til en eventuell utglidning slik at vi ikke får et sorteringssamfunn, sier sykepleier og professor Per Nordtvedt ved seksjon for medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo. Han er også varamedlem i Disposasjonsnemnda og klagenemnda for utenlandsbehandling. Den er tverrfaglig sammensatt og behandler søknader om preim-

plantasjonsdiagnostikk eventuelt i kombinasjons med vevstyping. Går lovforslaget igjennom, blir det en ny nemnd som skal ta seg av søknadene der vevstyping er aktuelt.

– Slik lovforslaget er formulert vil grenseoppgangene for hva som kan kalles alvorlig sykdom bli et tema for diskusjon og fortolkning fremover, tror han.

Marie Aakre er som leder av NSF's råd for sykepleieetikkk skeptisk til det nye lovforslaget. Hun synes det går for langt.

– Vi står foran en epokegjørende merkestein og forvaltningen av det nye lovverket vil kreve en sterk etisk debatt og klokskap. Særlig er jeg bekymret for menneskeverdet når hovedmotivet for et nytt barn blir at barnet er et middel og ikke et mål i seg selv, sier hun.



NORDTVEDT: For



SLAATTEN: Taus

Vaksine mot livmorhalskreft – også for gutter?

Skal den forebyggende vaksinen mot livmorhalskreft gis til gutter også? Det spørsmålet må Helsedepartementet ta stilling til snart.

Det er to grunner som kan tale for at HPV-vaksinen, hvis den innføres for jenter i barnevaksinasjonsprogrammet, også bør gis til gutter. Det ene er for å sikre en gruppeimmunitet av hensyn til jentene, slik det er gjort med vaksinen mot røde hunder. Det andre er av hensyn til guttene selv. Med vaksinen i kroppen er de sannsynligvis bra beskyttet mot kjønnsvorter og delvis mot penis- og analkreft.

– Jeg ser ofte fortvilte gutter og jenter med kjønnsvorter. De medfører store psykiske påkjenninger, sier professor Harald Moi, overlege ved Olafiaklinikken i Oslo.

Det selges årlig rundt 18 000 behandlingenheter av legemidler mot kjønnsvorter her til lands, mens kreft på penis og i anus er relativt sjelden. Årlig har vi cirka 50 tilfeller av peniskreft og 10-15 tilfeller av analkreft hos menn. Hos kvinner er analkrefttilfellene det dobbelte. Menn som har sex med menn har 30 ganger økt risiko for denne kreftformen sammenlignet med andre menn.

Utrydde HPV?

Humant pappilloma virus (HPV) består av mange virusstyper. Noen av dem gir kjønnsvorter, som i seg selv er ufarlig, men plagsomt. Noen er onkogene, altså kreftfremkallende. Den HPV-vaksinen som foreløpig er godkjent for

salg i Norge, ser ut til å beskytte både mot kjønnsvorter, samt mot HPV 16 og 18, som er de mest onkogene HPV-virusene, og står for blant annet 70 prosent av livmorhalskrefttilfellene.

– Skal man utrydde HPV, er det trolig nødvendig å vaksinere gutter også, sa professor Joakim Dillner fra Lund Universitetssykehus i Sverige, da han deltok på et tverrfaglig seminar om HPV-vaksinen i januar, arrangert av Kreftregisteret.

Dillner er en av verdens fremste forskere med kunnskap om hvordan livmorhalskreft oppstår. Han henviste til beregninger fra en studie av GP Garnett, publisert i tidsskriftet *Vaccine* i 2006, som viser at kreftfremkallende HPV kan utryddes dersom man vaksinere 70 prosent av alle jenter og gutter. Samtidig viser de at utrydding blir vanskelig om kun jenter vaksineres.

– Skal guttene få vaksinen, synes jeg det bør være av hensyn til en eventuell tilleggs effekt for jentene, ikke på grunn av virkning mot

kjønnsvorter og penis- og analkreft, sa Trond Markestad, leder av Rådet for legetikk, på det samme seminaret.

Vaksineprogram som studie

I løpet av februar får Helse- og omsorgsdepartementet en rapport fra en gruppe fra Folkehelsein-

stituttet som har vurdert vaksinenes effekt, samt en kostnøytteanalyse gjort av Kunnskapssenteret. Etter det blir det ikke lenge før vi får svaret på om denne dyre vaksinen skal inn i barnevaksinasjonsprogrammet. Tidligere har Sykepleien skrevet at om vaksinen inn-

føres for jenter, vil den nesten doble budsjettet til barnevaksinasjonsprogrammet. Skal vaksinen gis til gutter også, vil det nesten todoble det.

– Det er temmelig sikkert at denne vaksinen kommer inn i et program på en eller annen måte fordi jeg tviler på at vi har politikere med ryggrad nok til å stå imot det presset som kommer, sa Hanne Nøkleby fra Folkehelseinstituttet på seminaret.

Men hun påpekte også at de ikke kjenner svaret på alle spørsmål om sikkerhet og varighet ennå, siden det bare er publisert fase III-resultater fra studiene.

– Vi er i ferd med å starte en fase IV-studie som et vaksinasjonsprogram. Vi risikerer også å innføre et program vi ikke klarer å følge opp, dersom det viser seg at det blir behov for nye doser hvert femte eller tiende år, sa hun.

Helsesøstre må registrere

Det er kun én måte å vite om HPV-vaksinen vil hjelpe mot kreft, og det er å registrere alle som vaksineres i SYSVAK (system for vaksinasjonskontroll), også kvinner over 18 år. I dag registrerer man ikke personer over 18 år, men i og med at HPV-vaksinen er på markedet, har det satt fart i arbeidet med en forskriftsendring som vil gjøre dette mulig inntil den har vært på høring. Folkehelseinstituttet fått en midlertidig godkjenning til samtykkebasert registrering. Dermed må to skjemaer må skaffes til veie, fylles ut og sendes inn.

– Dere finner både samtykke- og registreringskjema på Folkehelsas nettsider. Fyll dem ut og send inn for hver person over 18 år dere vaksinerer, ber Nøkleby.



I TVIL: Skal man HPV-vaksinere guttene av hensyn til jentene?

Illustrasjonsfoto: Colourbox



4 UKER UTEN RESPONNS?

Å bytte til Efexor® Depot (venlafaxin) kan hjelpe. Argos studien, som inkluderer 3.500 pasienter, viser at Efexor® Depot er mer effektivt enn konvensjonelle antidepressiver* i behandling av pasienter som ikke tolererer – eller responderer – adekvat ved terapeutiske doser¹.

Efexor® Depot er et SNRI med mange godkjente indikasjoner², stort effektpotensiale³, lang klinisk erfaring – 10 år** i Norge⁴, lite interaksjoner⁵, god tolerabilitet³ og enkel dosering; 1 gang daglig – uansett dose².

* Fluoxetine, Paroxetine, Citalopram, Sertraline, Mirtazapine. ** Efexor/Efexor Depot

GET WELL • STAY WELL • GET WELL • STAY WELL • GET WELL • STAY WELL

Wyeth

EFEXOR[®]
(venlafaxin)
DEPOT

P.B. 313 Skøyen, 0213 Oslo. Telefon: 4000 2340. Telefaks: 4000 2341. E-mail: wyeth@online.no Web: wyeth.no

Se preparatomtale på side 71



STØTTER: Leder i Oslo NSF Eli Gunhild By er enig i å sentralisere sykehjemsansvaret i Oslo.



FÅR STØTTE: Oslo-byråd Sylvi Listhaug har fått støtte fra sykepleierne. (Foto: Fremskritt)

NSF på lag med Frp i Oslo

Fremskrittspartiet og Sykepleierforbundet har funnet hverandre: Begge har tro på hovedstadens nye sykehjemsetat. Bydelene får mindre makt.

Fra nyttår overtok den nye sentrale sykehjemsetaten ansvaret for å drive hovedstadens sykehjem. Men bydelene skal fortsatt bestemme hvem som skal få tilbud om plass.

I nesten 20 år er det bydelene som har hatt ansvaret for sykehjemmene. I starten passet antallet sykehjemsplasser med innbyggertallet i bydelene – men etter hvert gikk ikke tallet opp.

– Et av problemene var at hver av de 15 bydelene var mest interessert i sine egne behov. Noen la ned plasser de selv ikke hadde bruk for, mens det samtidig var for få plasser i andre bydeler, sier byråd for velferd og sosiale tjenester Sylvi Listhaug (Frp).

– Må få bestemme selv

I flere år har organiseringen av sykehjemmene vært et hett diskusjonstema i Oslo. I 2004 foreslo daværende byråd Margareth Eckbo å organisere sykehjemmene som tre konkurrerende kommunale foretak, men fikk ikke gjennomslag. Vedtaket om sykehjemsetaten ble klubbet i bystyret 21. juni i fjor.

Hjemmesykepleien er ikke berørt av reformen, og er fortsatt bydelenes ansvar.

– Hva er forventningene til sykehjemsetaten?

– At vi klarer å sørge for nok sykehjemsplasser i Oslo. Dessuten vil vi ta et krafttak for å øke kvaliteten i sykehjemmene, sier Listhaug.

Hun vil at eldre fortsatt skal få bestemme over eget liv når de stiger over dørstokken til sykehjemmet.

– Mange opplever at andre tar over styringen og bestemmer når de skal stå opp og når de skal legge seg.

Listhaug håper nå at de enkelte sykehjem i større grad vil lære

Denne saken viser at vi ikke er radikale bare for å være radikal, men vi ser på hva som er pasientenes beste.

Eli Gunhild By, fylkesleder NSF Oslo

av hverandre. Før har de sittet for mye på hver sin tue. Hun har også tror på mer spesialiserte tilbud i eldreomsorgen.

– For eksempel vet vi at det er et stort innslag av demens i sykehjemmene. Mer spesialiserte tilbud vil dessuten gjøre det mer interessant for de ansatte. Vi sliter jo med å skaffe personell til sektoren.

Hovedstadens sykehjemsbehov skal kartlegges i løpet av året.

700 søkere

Så ny er etaten at den ennå ikke har besatt de 42 administrative

stillingene. Det vil si; direktøren er ansatt. Bente Holm Mejdell kommer fra direktørstillingen i Norsk Kontantservice (NOKAS), men begynner ikke før 8. mars.

– Litt forhastet oppstart?

– Etaten er fullt fungerende, for vi har beordret folk i stillingene inntil ansettelsene er ferdig. Vi har enorm pågang - 700 søkere, forteller Listhaug.

Prinsippet om fritt sykehjemvalg står fortsatt ved lag i Oslo.

– Noen sykehjem er mer populære enn andre. Er det fullt, kan man sette seg på venteliste. De som får tildelt sykehjemsplass, kan da velge om de vil vente hjemme og få hjemmesykepleie,

fordi jeg tror det vil bedre kvaliteten, sier Listhaug.

Mindre å gjøre i bydelene

Bare to av 15 bydeler støttet den nye ordningen med en sentral etat. Forvaltningsansvaret for sykehjemmene var en stor del av deres virksomhet.

– Jeg er mer opptatt av brukerne enn av at bydelspolitikere skal ha nok å gjøre, sier Listhaug.

– Et tegn på mistillit?

– Nei, men med ansvaret hos 15 ulike bydeler greide vi ikke å styre overordnet. Og bydelen har fortsatt pengene og ansvaret for brukerne.

Folk flest vil ikke merke overgangen.

– De skal ikke ha kontakt med etaten - med mindre de er veldig misfornøyde.

Listhaug regner med å måtte justere underveis.

– Det må man alltid når man innfører en reform, sier Listhaug som gleder seg til å snakke om eldreomsorg i valgkampen.

Viktigst i 2006

Mens Fagforbundet har gått mot den nye etaten, ønsker Norsk Sykepleierforbund (NSF) Oslo den velkommen. Selv om det til tider har gått vel fort i svingene, har NSF støttet Frp-byråden.

– Dette har vært den viktigste saken for NSF Oslo i 2006, sier fylkesleder Eli Gunhild By, som innrømmer at det er en opplevelse å være enig med Frp.

VIL INN: Over 700 har søkt jobb i den nye sykehjemsetaten. Av dem er mange sykepleiere.

– Denne saken viser at vi ikke er radikale bare for å være radikal, men vi ser på hva som er pasientenes beste.

– *Hva har dere kjempet for?*

– Vi har fått synliggjort hva som er viktig på sykehjem: Faglighet, kvalitet og kompetanse vil bli høyt vektlagt i etaten.

By viser til at det er opprettet stillinger som kvalitetskoordinatorer, og for tre områdedirektører med kompetansekrav.

Fylkeslederen håper at den nye organiseringen vil føre til flere spesialiserte sykehjem.

– Det kan for eksempel være innenfor områdene demens, smerte, kreft eller unge med fysiske handikap.

Ville utsette

Sykehjemssykepleierne i Oslo er nå ansatt i etaten. I praksis vil de ikke merke så mye til denne ordningen, tror By. Men hun hadde ønsket at Oslo kommune hadde vært flinkere til å informere de ansatte underveis.

– Derfor ville vi gjerne hatt oppstarten utsatt et halvt år. Sammen med Fagforbundet oppfordret vi til det, men bystyret ville noe annet.

By vet at mange sykepleiere har søkt på de nye stillingene i etaten.

Likner på helsereformen

Ap, SV og RV stemte mot denne reformen.

– Jeg er prinsipielt enig i at



når vi først har bydeler, så burde ansvaret ligge der. Men det er litt som med helsereformen: Foretakene gjør ikke sånn som eieren sier. I Oslo fungerte ikke sykehjemmene i praksis.

– *Satt det langt inne å være enig med Frp?*

– Nei, vi behandlet dette uavhengig av partier, men ut fra pasientens behov. Nå blir det

spennende å se hvordan det går med en direktør fra et helt annet område enn helsesektoren. Vi får sørge for at hun blir faglig oppdatert og at hun lytter til oss.

Selv om NSF og Fagforbundet har vært uenige om organiseringen av sykehjemmene i utgangspunktet, har de to forbundene samarbeidet godt for

å få sykehjemsetaten opp å stå, betyr By.

Og for ordens skyld: NSF er fortsatt uenig med Frp i synet på privatisering.

– Vi vil *ikke* ha flere private sykehjem i Oslo, understreker fylkeslederen.

24 sykepleiere mistet autorisasjonen

Stadig flere sykepleiere mister autorisasjonen. Rus er hovedgrunnen.

I 2006 mistet 24 sykepleiere sin autorisasjon. Det er seks flere enn i 2005. Totalt mistet 70 autorisasjonen som helsepersonell i 2006, mot 46 året før.

Mest rus

Rusmiddelmissbruk førte til at 34 helsearbeidere mistet autorisasjonen i fjor. Av disse utgjør sykepleiere den største gruppen – 19 av de 34 var sykepleiere. Andre årsaker til at helsepersonell mistet sin autorisasjon i 2006 var som følger:

- **Atferd** var årsaken til at 14 helsepersonell mistet sin autorisasjon. Dette dreide seg hovedsakelig om straffbare handlinger, som ble ansett uforenlig med virksomhet som helsepersonell.
- Fem mistet autorisasjonen på grunn av **seksuell utnyttning** av pasient.
- Fem mistet autorisasjonen på grunn av **egen sykdom**.
- Fire mistet autorisasjonen fordi at de på forhånd hadde **mistet annen nordisk autorisasjon** som lå til grunn for den norske.

- De resterende autorisasjonstapene skyldtes ulike alvorlige **brudd på helsepersonelloven**.

Virksomheter

Statens helsetilsyn behandlet 32 saker mot virksomheter i 2006. Kritikkk ble gitt til 30 virksomheter for utilstrekkelig organisering og mangelfullt internkontrollsystem.

– Det er i de fleste tilfeller Helsetilsynet i fylket som gir kritikkk mot ledelsen for svikt ved organisering eller styring av helsetjenesten som tilbys. Tallet på slike saker er derfor

relativt lavt i Statens helsetilsyn sett i forhold til det totale antall avsluttede saker, melder Helsetilsynet.

Klage på vedtak

Når det gjelder klager på Statens helsetilsyns vedtak, ble 44 oversendt til Statens helsepersonellnemnd i 2006. Av disse er 35 avgjort. I 31 saker ble Statens helsetilsyns vedtak stadfestet. I fire saker ble Statens helsetilsyns vedtak omgjort av nemnda. En person trakk sin klage etter oversendelse til nemnda.

Beskyldt for tablett-tyveri – mistet skiltet

Sykepleieren ble beskyldt for å naske fra medisinskapet, men mener hun er uskyldig.

Mange prøver å klage på Helsetilsynets avgjørelse om autorisasjon – slik sykepleieren under har gjort.

Det var mistanke om tyveri av medikamenter som gjorde at arbeidsgiver sendte brev til Helsetilsynet og tilsynsskade ble opprettet. Forholdet ble også politianmeldt og sykepleieren ble dømt i Salten tingrett 28. november 2005 for å ha stjålet 27 tabletter Imovane i tiden 23.-30. november 2004.

Statens helsetilsyn tilbakekalte klagerens autorisasjon 7. april 2006. Helsetilsynet mente at sykepleieren var uegnet til å utøve sykepleieryrket forsvarlig på grunn av rusmiddelmissbruk.

Det ble også påpekt at hun ved

minst en anledning hadde møtt alkoholpåvirket på jobb, og at det var sterke indikasjoner på at hun hadde tatt flere tabletter enn hun var dømt for.

Klager

Statens Helsepersonellnemnd fikk klagen i juni 2006.

Sykepleieren sier i klagen at hun er uskyldig dømt for tyveri av legemidler. At hun i en travel hverdag har brutt retningslinjer for medikamenthåndtering, er ikke det samme som at hun har stjålet medisiner og har et rusproblem.

Hun er heller ikke enig i at hun har et rusproblem som er uforenlig med yrkesutøvelsen. Ifølge henne selv hadde hun i 2004 et uheldig drikkemønster, noe som medførte at hun ved en anledning kom på arbeid og luktet alkohol. Hun har senere gått i AKAN-oppbygg i regi av jobben og oppsøkt psykolog for å få hjelp. Siden

mars 2005 har hun ikke drukket alkohol.

Attester

Sykepleieren mener det er urimeleg at Helsetilsynet i sitt vedtak har lagt til grunn at det ikke foreligger dokumentasjon som underbygger rusfrihet.

I AKAN-avtalen var et av kravene at hun skulle la seg teste dersom det forelå mistanke om at hun ruset seg. Det skjedde aldri, og hun ble derfor ikke testet, ifølge sakspapirene.

Sykepleieren har fått positive uttalelser fra sin fastlege og hun har sendt bekreftelse på at rusmiddeltesting er påbegynt.

Sykepleieren begynte på et høgskolestudium i Rusproblematikk og psykiske lidelser i 2006. Hun har også lagt frem tjenestuttalelse fra Rehabiliteringsavdelingen i den kommunen hun arbeidet fra november 2004 til mai 2006.

Statens helsetilsyn mente at sykepleieren ikke kom med nye opplysninger og ville derfor ikke gjøre om vedtaket. Heller ikke Helsepersonellnemnda ville gi sykepleieren medhold.

Deres begrunnelse var i hovedsak at å stjele medisiner ikke er forenelig med yrkesutøvelse som sykepleier. Nemnda er dessuten av den oppfatning at sykepleieren i hvert fall hadde et rusmiddelmissbruk høsten 2004 og at rusmiddelmissbruket må ha vært omfattende.

Betydelig fare

Å bruke rusmidler når man arbeider som sykepleier utgjør etter nemndas mening en betydelig fare for kvaliteten og sikkerheten i helsetjenesten.

Helsepersonelloven § 8 har også et uttrykkelig forbud mot å innta alkohol eller andre rusmidler i arbeidstiden.

- Lavdosert p-pille – 20mcg EE¹
- Ingen vektøkning²
- 35% reduksjon av akne-lesjoner¹

MER ENN 30 ÅRS
ERFARING MED
HORMON-
KOMBINASJONEN
I NORGE³.

LOETTE



LEVONORGESTREL 100µg / ETINYLØSTRADIOL 20µg

Trionetta forsvinner, men hormonkombinasjonen består!

	Trionetta	Loette	Microgynon	Mercilon	Marvelon	Yasmin	Yasminelle
Etinyløstradiol (mcg)	30/40/30	20	30	20	30	30	20
Levonorgestrel (mcg)	50/75/125	100	150				
Desogestrel (mcg)				150	150		
Drospirenon (mg)						3	3

Tabellen viser hormoninnholdet i Trionetta og de monofasiske p-pillene tilgjengelige i Norge. Loette leveres av Wyeth – en av verdens ledende produsenter av kvinnehelseprodukter.

Navn: Åge Danielsen**Alder:** 64 år**Hvorfor:** Fordi han er administrerende direktør på Rikshospitalet-Radiumhospitalet og synes det er på tide å slå sammen Helse Sør og Helse Øst.

Fusjonselskeren

De ansatte på Riksen er så flinke til å behandle pasienter at sykehusdirektør Åge Danielsen kan drive med større ting. Fusjoner, for eksempel.

Men mye kan dukke opp i en sykehusdirektørs liv. En Sudbø. En sparekniv. Eller en streik. De siste dagene har Danielsen fått mange løpesedler stukket i hånden. Hver gang han passerer inngangsdøren på Rikshospitalet gjør streikevaktene jobben sin.

– De lager arbeid for oss, konstaterer han uten merkbar irritasjon.

– Vi prøver å ikke la det gå ut over liv og helse.

En ørliten pause.

– Det får vi til.

Han vet ikke nå at Akademikernes streik skal vare en uke til og føre til 42 avlyste operasjoner.

Direktørkontoret i fjerde etasje har fjordutsikt, men er ellers lite prangende. Ikke større enn at skrivebordet nesten fyller halve rommet.

Da Danielsen ble direktør på Rikshospitalet i 1997, kom han fra tilsvarende stilling i Statskonsult. Før det var han byråkratsjef i Forsvarsdepartementet og fylkesrådmann i Nordland. Han har hatt en drøss med styreverv, blant annet i ulike forskningsråd. Nå er han styreleder i Krefregisteret.

En gedigen flyttesjau sto foran ham da han begynte i helsesektoren. Etter fire utsettelse flyttet Riket i 2000 fra sin over hundre år gamle tilværelse i Pilestredet. På Gaustad ventet flunkende nye lokaler som var for små allerede før innflyttingen.

Danielsen begynte straks å omorganisere. Det innebar mannlige legedere på så å si alle avdelinger.

Det likte sykepleierne dårlig. Sjefsykepleierstillingen forsvant. Linjen til toppen ble kuttet.

Ingen sykehus slipper unna sparekniven. Fra Riksen kommer jevnlig hjertesukk fra overlegene, men sykehusets særstilling har vært forskånet for de verste kuttene. Men i år vil styret spare 250 millioner kroner.

– Vi tilpasser oss det myndighetene sier. Det blir lange ventetider, er Danielsens kommentar til mediene, som han ikke florerer i. Beskjeden og formell, blir det sagt om ham.

Døren for de tillitsvalgte er ikke direkte åpen, men heller ikke stengt, opplever de. Om sjefen ikke flyr beina av seg for å vise seg fram for de ansatte, så oppfattes han likevel å være på deres lag.

– Dette kan jeg vel ikke si, sier en av de tillitsvalgte.

– *Hva da?*

– At jeg er glad i direktøren vår.

Det er bare to år siden Rikshospitalet fusjonerte med Radiumhospitalet. Danielsen fikk jobben på toppen.

Nå er det større fusjoner på gang. Det dreier seg om Helse Øst og Helse Sør. Helseministeren er på glid. Danielsen er for.

Drømmen om å fusjonere de to regionene er ennå ikke gått i oppfyllelse. Det er fredag på den tiden statsrådene pleier å gå til Kongen.

– *Følger du med på hva som skjer i statsråd i dag?*

– Det er ikke i dag.

– ?

– Kongen er ute på utenlands-

reise, det var i går. Da fulgte jeg godt med.

Danielsen ser ikke det spor skuffet ut selv om ikke noe ble avgjort på Slottet denne gangen. Han regner uansett med at Helse Øst og Helse Sør blir slått sammen i løpet av kort tid.

– Det håper vi på. Vi eies av Sør, men tyngden av pasientene er fra Øst. Det er ikke så veldig praktisk, påpeker han.

Han føyer til at problemet ikke er veldig stort.

– Ansatte og pasienter vil være hos oss.

– *Du liker sammenslåinger?*

– Det er et veldig økonomisk press. Ved å slå sammen er det lettere å sørge for et likt medisinsk behandlingstilbud og gjøre det mer effektivt, sier Danielsen, som er sosialøkonom.

Han ramser opp småinstitusjonene som også er slått sammen med Riksen og Radium. Han passer på å få med alle, fra hjertesykehus og Voksentoppen til ortopediklinikker og revmatismesykehus.

– Et stort antall fusjoner. De aller fleste er integrert i våre klinikker.

En lang arm ligger utover bordet, en stor neve holder en hvit kaffekopp. Han liker å hogge ved, har kolleger fortalt.

– *Kan det bli for mye økonomitenkning?*

– Vi har beskyttet vårt behandlingstilbud ved å slå sammen. Vi har renndyrket gode pasientforløp. Vi synes det er mye fokus på økonomi.

Han presiserer på Narvik-dialekt:

– Det synes æ.

Han poengterer at Norge bruker mer penger på sykehus enn det andre land gjør.

– Da må vi få respekt for at vi må gjøre det effektivt. Det er behov for god logistikk, effektive støttefunksjoner og at behandlingstiden ikke er lenger enn nødvendig. Mange små sykehus er kostbart.

– *Hvor viktig er sykehushusøkonomi på en skala fra én til ti?*

– Vi har ikke sykehus for å spare penger. Hos oss er det to til tre. Myndighetene ligger på sju-tallet.

Dette krysspresset er grunnen til at sykehuslederne forsvinner så fort, mener han.

– Ingen andre steder er omsetningen større.

Selv kan han feire ti-årsjubileum i disse dager. Kan det skyldes hans evne til å unngå konfrontasjoner? Før ham satt direktørene på Riksen halvannet år i snitt. Nå er det bare Knut Schrøder i nord som slår ham i tid i direktørstolen. Men presset nedenfra og enda hardere ovenfra, merker også Danielsen.

– *Hva er det med deg?*

Han smiler lurt.

– Det er ikke så mye med meg. Etter anarkiet som var her, er det blitt mer strukturert.

Han liker å manøvrere mellom eiers krav til effektivitet, de faglige kravene og hvordan foretaket skal klare å ligge i front med avansert behandling.

– Jeg synes det er gøy, ellers ville jeg ha sluttet. Det har vært tunge saker, både flytting og fu-

sjon har vært krevende. Men jeg er en stayer, gir meg ikke. Det er viktig ikke å legge seg flat.

– *Har du et yndlingstall?*

– Æhh, jeg skjønner ikke hva du mener...

– *Noen fine millioner, kanskje, eller pene prosenter?*

– Vi registrerer stadige forbedringer. Tre til seks prosent hvert år.

– *Som er?*

– DRG-inntekter per utgiftskrone.

– *Akkurat...*

DRG betyr diagnoserelaterte grupper. Om han liker prosentene sine, er han ikke fornøyd med *systemet*.

– Systemene sykehusene styrer etter har betydelige svakheter. Jeg har jobbet mange andre steder i samfunnet, men dette området er det samfunnet styrer dårligst.

– *Hva er ille?*

– At de som styrer ikke greier å kombinere den medisinskfaglige og teknologiske utviklingen med pasientrettigheter og økonomi. Alle er enige i at i Norge skal alle ha samme rettigheter. Men politikerne vil ikke prioritere. Danielsen opplever å bli sittende med ganske tøffe valg.

– Jeg prioriterer altfor mye. Det burde være mer politiske beslutninger.

Danielsens dilemma kan for eksempel være: «Hvor fort skal vi sette i gang med nye medisiner?» Eller: «Skal vi bruke den nye teknologien med implantater?» Eller: «Vi klarer å lage kunstige hjerter. Men skal vi gjøre det?»

– Våre folk er flinke til å finne nye metoder, men vi har ikke et



system for hvordan vil skal velge.

- *Og spesialistene presser på?*
- Ja, men det kan vi diskutere hyggelig internt. Det er mer press utenfra om siste skrik.
- *Fra folk?*
- Både politisk press og fra pasientorganisasjonene.

– **Sykepleie** – nå må vi snakke om det.

– Ja, der vet jeg mye!

Han livner litt til og tenker på konen Åse, som han har kjent siden barndommen. Hun er kreftsykepleier og leder et eldresenter, men er i ferd med å trappe ned.

Den ene datteren er også sykepleier.

At han vet *nok* om sykepleie, vil en del av hans ansatte protestere på. Riktig nok opprettet han et sykepleieråd i fjor, og sykepleieforskningen har eget senter, men ingen har det overordnede ansvaret for sykepleietjenesten.

– *Hvorfor la du egentlig ned sjefspsykepleierstillingen?*

– Vi har reorganisert i flere etapper. En av dem var å organisere profesjonsfritt, uten sjeflege og uten sjefspsykepleier. Vi har tunge

Jeg er en stayer, jeg gir meg ikke

klinikker med 4-500 ansatte.

– *Konservativt og legestyrkt?*

– Det er det jo. Det har sammenheng med dette sykehusets profil. Sammen med universitetet står vi for halvparten av den kliniske forskningen. Da blir legene tunge i miljøet.

Han kan minne om en snill rev. Han har hodet litt på skakke og øynene er smale og våkne.

– *Sykepleierne er ikke fornøyde?*

– Man kan ikke styre sykehuset etter hver profesjon. Det er mange: Kjemikere, fysioterapeuter, legespesialister, ingeniører. 2 700 sykepleiere. Vi organiserer etter produksjon eller behandlingsforløp. Alle vil gjerne organisere etter sin profesjon - men det gjør vi ikke.

– *Merker du sykepleierne knurring?*

– Neeiii, de er en ny generasjon.

Om man er opptatt av det som tjener pasienten, blir man mindre opptatt av å organisere fagene slik at man blir seg selv nok.

– *Hva sier konen?*

– Hun mener sitt om ting, men vi har et godt ekteskap.

En rå strateg, har noen sagt.

– Hvem har du spurt, ler han, men bare noen få sekunder. Han vil heller snakke om hvordan bærekraften til Rikshospitalet ble utvisket da helsereformen kom. Han var *for* reformen, men skeptisk til regioninndelingen.

– Det var kjempeviktig at referansesykehuset skulle leve videre. Ellers ville mange pasienter måtte bli behandlet i utlandet.

Det er ingen som går i fakkeltog for Oslo-sykehusene, men han er ikke lei seg for det.

– Når folk blir alvorlig syke, vil de gjerne hit. Det er betydelig viktigere for oss enn fakkeltog.

– *Er det for å få de ansatte til å løpe fortere at du ga dem skrittellere til jul?*

– Nei, effektivitet har mer med hodet å gjøre enn med beina. Vi er 8 000 ansatte. Sykefraværet var økende. Alle fusjonene var krevende. Vi ville ha en passende gave. Fysioterapeutene var veldig glade.

Plutselig ramler hans egen skritteller i golvet. Han sjekker før han fester den i bukselinningen igjen: 2 000 skritt, klokken halv tolv. Han skulle gjerne gått mer på jobben, men har ikke tid. Seks minutter tar det å gå ned til kollegene i Forskningsveien, den luksusen unner han seg. Formen er god og sykedagene svært få. Han har ikke tenkt «å snylte på behandlingsnivåene her».

Mange har takket for tellerne via e-post. Men én sykepleier skrev brev.

– Hun var veldig fornærmet og mente jeg ikke skjønte hva de drev med. På en av postene gikk de 22 000 skritt i løpet av helgen, skrev hun.

Han tror sykefraværet også kan skyldes mangel på engasjement.

– Folk må ha nok ansvar, så langt ned som overhodet mulig. Det kan



bringe mye kreativitet. Jeg tror ikke det fins en arbeidsplass med mer kompetanse enn her.

– *Sudbø, da?*

– At noen ikke fungerer profesjonelt, kan ikke gå ut over 8 000 ansatte.

Kreftforskeren laget skandale da han i fjor vinter ble tatt for fusk. Danielsen brukte masse tid på den saken.

– Forskningsomfanget vårt er så stort. Vi måtte gå rutine etter i sømmene. Vi kan ikke risikere at det skjer en gang til. Men når det først skulle skje i Norge, så måtte det skje her, siden så stor del av den medisinske forskningen foregår hos oss. Fusk skjer i hele verden, det har jeg lært masse om.

Det var dette med Danielsen og religion, som mange nevner og ingen er helt sikre på.

– *Er du læstadianer?*

– Jeg er vokst opp i et sånt miljø. Hvordan jeg håndterer min religiøse oppfatning er ikke et spørsmål for offentligheten. Jeg har ikke lyst til å snakke om det.

– *Du er ikke så glad i pressen heller?*

– Jeg leser aviser.

– *Jo, men intervjuer overlater du helst til andre?*

– Jeg har ikke et personlig eksponeringsbehov. Tror jeg kan oppnå bedre resultater ved å rette oppmerksomheten inn i organisasjonen. Men jeg har ikke noe imot å eksponere institusjonen når det er behov for det.

– *Tjener sykepleierne for lite?*

– Jeg er opptatt av om lønnen er konkurransedyktig, ikke selve nivået. Vi har mye innleid arbeidskraft og må sammenlikne med den.

– *Tjener legene for mye?*

– Vi prøver å være konkurransedyktige. Etter helsereformen er vårt relative fortrinn redusert. Men vi konkurrerer godt på miljø. Rettferdighet er utenfor mine muligheter.

– *Får du pes hjemmefra om lønn?*

– Min datter er bedriftssykepleier og tjener meget godt. Jeg har konstatert at det er store forskjeller.

Noen pasienter ringer ham dag og natt.

– *Om hva da?*

– Jeg prøver å stille diagnosen.

Han peker på et bord i hjørnet. Der ligger en lærebok i psykiatri. Han har lest mange kapitler, særlig det om paranoia.

– Jeg er hobbypsykolog.

– *Hva sier de som ringer?*

– Noen er veldig engasjerte i at de ikke møter forståelse hos behandlerne. Det kan være ganske krevende. Andre klager på at sengen er ti centimeter for snau, eller at det ikke er nok tv-kanaler. Det må vi ta med en klype salt. Men vi får mange spontane brev om godt stell.

Å prioritere sin egen tidsbruk synes han er både lett og slitsomt.

– Du har jo fanget opp at jeg er en rå strateg, og det er viktig å gjøre de rette påvirkningene og skaffe resultater. Lange møter om trivielle ting er ikke effektive for meg. Noen er ikke enig. Her får du alltid dårlig samvittighet for alt du ikke gjør.

– *Svarte du sykepleieren som skrev til deg? spør fotografen.*

– Nei.

Danielsen bruker lite tid på å svare på brev. Ellers fikk han ikke gjort annet.

– *Hva har du lært om paranoia?*

– Jeg merker fort når folk føler at noen er ute etter dem. Derfor er det viktig for oss å informere og være åpen og gi minst mulig grobunn for mistanke.

Hvis han skulle gå seg vill i strategiene ved skrivebordet kan han løfte hodet og kikke på maleriet svigerfar har malt. Et skip seiler i urolig sjø med lofotfjellet Vågakallen i bakgrunnen.

– Det henger der så jeg skal huske hvor jeg kommer fra.

Den 31. januar fikk Danielsen rett. Det blir fusjon.

Uklart hvorfor bare sykepleiere fikk kreft

Både sykepleiere og leger var tilstede da det ble utført angiografi på 80- og 90-tallet. Men bare sykepleiere fikk kreft. Hvorfor fikk ikke legene kreft, spør enkelte.

På et internt strålevernmøte ved Sykehuset Sørlandet, avdeling Arendal, diskuterte man nylig saken. Hvorfor er det bare sykepleiere som har fått påvist kreft, var et spørsmål mange stilte seg.

– Vi har ikke noe svar, men vi undrer oss over at det bare er sykepleiere som har fått kreft, sier avdelingssykepleier Anne Maria Lien til Sykepleien.

Heller ikke ved Haukeland sykehus har man i dag noe klart svar på hvorfor det kun er sykepleiere som har fått kreftdiagnosen.

En forklaring går på at de legene som utførte undersøkelsen sto vinkelrett på strålingskilden og i tillegg hadde en blyskjerm mellom seg og kilden. Dette gir små sjanser for stråling. Syke-

pleierne var på sin side mer i bevegelse i sine oppgaver og kunne lettere komme inn i felt med stråling.

– Det er i alle fall én mulig forklaring, forteller hovedtillitsvalgt ved hjerteavdelingen på Haukeland sykehus, sykepleier Marion Hammer.

Skremmende

De undrer seg også i Trondheim. Hjertemedisinsk avdeling ved St. Olavs Hospital gjennomførte i 2003 ca. 3050 angiografier.

– *Ble dere sjokkert da man ved Haukeland sykehus avdekket åtte krefttilfeller ved en tilsvarende avdeling som den dere har i Trondheim?*

– Det er klart det er en skremmende avsløring. Jeg vet ikke om

sjokkert er det riktige ordet. Vi ble kanskje mer overrasket og undrende. For hvordan er slikt mulig? Hvis man følger grunnleggende regler for strålehygiene, burde ikke dette være noe problem, sier avdelingssykepleier Brigitta Tuset Jenssen, som har vært røntgen-sykepleier i en årrekke. I 1997 fulgte hun med over på medisinsk avdeling da angiografien ble utskilt fra røntgenavdelingen.

Virker merkelig

– *Det står i rapporten om tilfellene i Bergen at den sykdomsfremkallende strålingen trolig skjedde som en følge av at verneutstyret var for dårlig, for eksempel at blyet samlet seg nederst i frakkene. Hva tenker du om det?*

– Det høres merkelig ut. Hos

DETTE ER SAKEN:

- Åtte sykepleiere har fått kreft, sannsynligvis som følge av stråling i hjerteavdelingen ved Haukeland sykehus.
- NSF krever strakstiltak ved den aktuelle avdelingen, og at liknende avdelinger i andre sykehus undersøkes.

Hvordan er slikt mulig?

Birgitta Tuset Jenssen, avdelingssykepleier

oss gjennomlyser vi frakkene en gang i året nettopp for å avsløre tegn på slitasje eller andre feil.

– *Hare dere satt i gang noen formelle tiltak i kjølvannet av avsløringene ved Haukeland?*

– Nei, men vi har regelmessig undervisning om temaet, tett kontakt med de strålevernansvarlige ved sykehuset og har ganske nylig oppgradert utstyret. Som utdannet røntgen-sykepleier føler jeg meg rimelig trygg på at når vi bruker den kunnskapen vi har om strålevern, er risikoen for strålefare minimal.

Kritisk til Strålevernet

NSF-leder Bente Slaatten er kritisk til både Strålevernets og helseministerens holdning i kreftsaken.

Hun mener begge forhåndskonkluderer.

Bente Slaatten reagerer på uttalelsen fra Statens strålevern om krefttilfellene i Bergen til Sykepleien.no, der seniorrådgiver Anders Widmark sier:

– Ut fra vår erfaring og kunnskap om helsevirksomheter, har vi ingen grunn til å tro at noe stort

antall helsearbeidere er blitt utsatt for uforsvarlig røntgenstråling.

Han viser til deres målinger som viser at ingen av sykepleierne ved hjerteavdelingen på Haukeland er blitt eksponert for høye stråleverdier. Målinger tilbake til 1991 viser verdier godt under årstdosegrensen, som er 20 mSv per år.

Slaatten mener det er urealistisk at krefttilfellene ikke har sammenheng med miljøet.

– Det er utvilsomt dokumentert opphopning av sykepleiere med strålerelatert kreft.

Hun viser til den opprinnelige rapporten, som konkluderer med

at for åtte av sykepleierne som fikk kreft, er det en sannsynlig sammenheng med arbeidsmiljøet.

– For enkelt

Slaatten er heller ikke fornøyd med helseministerens uttalelser i spørretimen. På spørsmål fra stortingsrepresentant Laila Dævøy viser Sylvia Brustad til Strålevernets jevnlige målinger. Hun sier at hun har fått opplyst at det ikke er direkte sammenheng mellom apparatene, strålingen og sykdommen.

Slaatten ønsker en mer åpen holdning til at avdelingen har

hatt et strålingsproblem og svikt i rutinene.

– Nå må alle risikofaktorer vurderes for å ta vare på de ansatte. Vi ser jo at sykepleierne er blitt syke og dør. Det blir for enkelt å feie det av banen.

Venter

1. februar hadde representanter fra Strålevernet, NSF og Haukeland møte på sykehuset. Der kom Strålevernet med generell informasjon. Nå venter NSF på svar fra alle tre instansene.

Se også side 85 og www.sykepleien.no

Sykepleie etter tsunamien



De drar fra Elverum til den strengt muslimske Aceh-provinsen i Indonesia for å lære bort sykepleie. Mange helsearbeidere der ble tatt av tsunamien.

VERST RAMMET: Aceh-provinsen mistet opp mot 200 000 mennesker i bølgene for to år siden.

Tsunami-katastrofen 26. desember 2004 utløste et voldsomt engasjement hos folk og organisasjoner som ville hjelpe. Særlig ille rammet bølgen Aceh-provinsen på Sumatra i Indonesia.

– Det sies at 150-200 000 omkom i provinsen, og at svært mange helsearbeiderne ble drept, men tallene er usikre, forteller Margrethe Valen Gillund, lektor på Høgskolen i Hedmark.

Ikke visste hun da at hun selv skulle bli involvert i hjelpearbeidet. Men høsten 2005 tok Norges Røde Kors kontakt med skolen på Elverum. Røde Kors

ville jobbe langsiktig, og skolen hadde erfaring blant annet fra Polen og Litauen med å undervise sykepleielærere.

Edens hage

I januar i fjor dro Gillund og en kollega på første besøk. Opplegget er to lærere, én måneds opphold, fire ganger i året.

– Målet er å heve kompetansen for sykepleielærerne, sier Gillund.

60 prosent av byen Banda Aceh ble ødelagt. Aceh er en perifer provins nord på Sumatra som gjennom historien har vært delvis isolert fra resten av Indonesia. Skolen ligger på øyen Sabang – en times båttur fra Banda Aceh.

– Det var som å komme til Edens hage, med masse eksotiske frukter.

Skolen, en gammel trebygning uten glassruter i vinduene, har vært internat for pilegrimer.

– Den ble fylt av bølgen, men ble stående fordi vannet strøm-

met gjennom. Bygningen av betong ved siden av ble knust. Men alt utstyr på skolen ble ødelagt. Vi kjente lukten av muggsopp slå imot oss da vi kom inn i øvingsrommet, som Røde Kors har kjøpt nytt inventar til, sier Gillund.

Her arbeider studenter og lærere tidlig og sent for å lære seg sykepleie.

Noen av de indonesiske sykepleierne har fire års bachelorutdanning fra universitetet uten en dag i praksis. Andre har i tillegg halvannet års praksis. Sykepleielærerne har ofte bare bachelor.

– De er unge og uten erfaring. Skolen på Sabang utdanner sykepleiere på høyskolenivå i Indonesia.

13 000 øyer

Rektor Mrs Suwarni er headhun- tet til skolen og er en drivandes dame, synes Gillund. Hun er engasjert i sykepleierutdanningen i hele Indonesia.

Landet består av 13 000 øyer

og har 230 millioner innbyggere. Det er mange folkeslag, språk og kulturer.

– Når vi har seminar, kommer folk helt fra Jakarta. Rektor klarer å skape oppmerksomhet om skolen.

Før underviste de ved å lese rett fra boken. Nå sørger Elverums-lærerne for gruppearbeid, rollespill og ikke minst praksis- trening på øvingsrommet.

– Vi lærer lærerne å kateterisere, sette injeksjoner og legge magesonder. Vi lærer dem sårstell – og håndvask. Det er en utfordring, det er jo ikke rennende vann.

Rollespillene kan for eksempel handle om hvordan de skal forholde seg til narkotika og aids. Dette er svært følsomme tema for dem.

Kliniske instruktører fra sykehuset i Banda Aceh kommer på seminar på skolen.

– Det er de som tar seg av studentene i praksis. Vi har lært dem å reflektere ved å bruke loggbok.



LANGT: Margrethe Valen Gillund og kollegene veksler på å dra til Aceh.



SAMARBEID: Snart er de sykepleiere – med hjelp fra Elverum.

LÆRER: Barnesykepleierlærer – kledd til bryllupsfest.



Mange studenter er redde for å gjøre feil og mest opptatt av å vise hva de kan. Da lærer de dårlig. Vi tar opp at det viktigste er å konsentrere seg om å lære, og prøver å styrke selvfølelsen gjennom positive tilbakemeldinger.

Til våren skal et nytt skolebygg stå klart.

– Men de er ellers interessert i forandringer som ikke koster penger. Kunnskap og holdninger koster ikke.

Kuala Lumpur

Gillund har vært der to ganger.

– Det er krevende og lange dager. Men vi går mer og mer over til å veilede lærerne mer enn å undervise studentene – hjelp til selvhjelp.

De har besøkt flere sykepleierskoler i provinsen og prøver å stimulere til samarbeid skolene imellom. Det er også planer om å samarbeide med sykepleierutdanningen i Kuala Lumpur i Malaysia, som har samme språk og religion.

Elverums-lærerne er avhengige av tolk, som oversetter fra engelsk til indonesisk og omvendt.

Den muslimske veranda

Gillund forteller at alle er rammet av tsunamien.

– Jeg er kjempeimponert over folket. De måtte begynne fra bunnen igjen og reise seg. Mange måtte finne ny familie, skaffe seg ny jobb og nytt hus.

Indonesia er et av de mest muslimske land i verden, og i Aceh er det ekstra strengt. Den kalles den muslimske veranda, antakelig fordi det var et vanlig stoppested for pilegrimer på vei til Mekka.

– Religionen praktiseres nok mer enn andre steder og er veldig strengt regulert.

Det ble enda strengere etter tsunamien, som av flere ble tolket som en straff fra Allah.

Gillund synes det er ekstra interessant å arbeide i et så strengt muslimsk land.

– Det stiller krav til oss og

vår respekt for de muslimske skikkene.

De må gå i fotside, tette klær, med lange ermer.

– Vi er godt påkledd i varmen, men slipper heldigvis hodetørkle.

Det er strenge regler for kontakt mellom kjønnene.

– Vi må respektere deres grenser for samhandling. Kvinner stiller kvinner, menn stiller menn. Det ytre er også viktig, og sykepleierne skal alltid smile.

– *Det må være slitsomt?*

– Ja, det kan jeg tenke meg.

Stor sorg

– Vi jobber jo mye med psykisk helse i Hedmark, og vi prøver å ta litt av det med dit. De ser psykiske lidelser blant annet som streng dom fra Allah, og vil gjemme dem som er psykisk syk. Så når vi underviser om dette, må vi vektlegge tillit og åpenhet, for å få studentene til å diskutere sine erfaringer med psykisk syke.

Mange måtte finne ny familie, skaffe seg ny jobb og nytt hus.

Margrethe Valen Gillund, lektor

Gillund håper de likevel kan hjelpe litt med den store sorgen de har.

– Vi har valgt ikke å spørre dem ut om hendelsen med tsunamien. Det ville bare bli å skrape i skorpen etter de vonde opplevelsene. Men vi opplever at de forteller selv. Om at de sprang for livet, mistet hjemmet sitt og familien. Det er mye sorg som absolutt alle er berørt av. Et bilde sitter ekstra sterkt igjen på netthinnen hennes: Langt inn på land lå en båt oppå taket av et hus. Under lekte leende unger med ping-pongballer.

– Det var kontrasten: Katastrofen som var, og tiden som går videre.

Gode nyheter til dine psoriasispasienter

Behandling med Daivobet®
1 gang daglig i opptil 52 uker
er effektivt og veltolerert¹.

Nå kan dine psoriasispasienter
bruke Daivobet® både i start-
og vedlikeholdsfasen av
sin psoriasisbehandling!

Prisen på Daivobet® er fra den
1. desember 2006 senket med 15%

To feel the breeze on my legs

C Daivobet® LEO
Middel mot psoriasis.

ATC-nr.: D05A X52

T SALVE: 1 g inneh.: Calcipotriol 50 µg, betametasondipropionat tilsv. betametason 0,5 mg, flytende parafin, polyoksypropylen-15-stearyleter, α-tokoferol, hvit vaselin til 1 g. **Indikasjoner:** Behandling av stabil plaque psoriasis vulgaris egnet for lokal terapi. **Dosering:** Påsmøres det affiserte område 1 gang daglig. Den anbefalte behandlingsperiode er 4 uker. Etter denne periode kan gjentatt behandling med Daivobet initiertes etter legens anbefaling. Maks. daglig dose 15 gram, maks. ukentlig dose 100 gram. Behandlet område skal ikke være mer enn 30% av kroppens overflate. Anbefales ikke til barn eller ungdom <18 år. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. Pga. innholdet av calcipotriol er preparatet kontraindisert hos pasienter med forstyrrelser i kalsiumstoffskiftet. Pga. av innholdet av kortikosteroid er preparatet kontraindisert ved viruslesjoner i huden (f.eks. herpes eller varicella), sopp- eller bakterieinfeksjoner i huden, infeksjoner forårsaket av parasitter, hudmanifestasjoner i forbindelse med tuberkulose eller syfilis, rosacea, perioral dermatitt, akne vulgaris, atrofisk hud, atrofisk striae, skjørhet av hudvener, iktyose, akne rosacea, hudsår/-skader, perianal og genital kloie. Ved guttatt, erytrodermi, eksfoliativ og pustulos psoriasis. Ved alvorlig nyreinsuffisiens eller alvorlig leversykdom. **Forsiktighetsregler:** Unngå applikasjon og utilsikket overføring til hodebunn, ansikt, munn og øyne. Hendene må vaskes etter hver påsmøring. Samtidig behandling med andre steroider må unngås. Hemmet binyrebarkfunksjon eller innvirkning på den metabolske kontroll av diabetes mellitus kan forekomme pga. systemisk absorpsjon. Applikasjon på store områder av skadet hud, under okklusjon, på slimhinner eller i hudfalter bør unngås, da det øker det systemiske opptak av kortikosteroider. Huden i ansiktet og genitalia er svært følsom for kortikosteroider. Langtidsbehandling av disse kroppsdeler bør unngås. Disse områdene bør behandles med svaker steroider. Når lesjonene blir sekundærinfisert bør antimikrobiell behandling gis. Behandlingen med kortikosteroider bør stoppes om infeksjonen forverres. Når en behandler psoriasis med topiske kortikosteroider kan det være en risiko for utvikling av den pustulose form eller «rebound»-effekt ved seponering. Det er økt risiko for lokale og systemiske kortikosteroidbivirkninger ved langtidsbehandling. Behandlingen bør seponeres hvis bivirkninger oppstår som følge av lang tids bruk av kortikosteroider. Det er ingen erfaring med bruk av produktet i hodebunnen. Det er ingen erfaring med samtidig bruk av andre psoriasismedler gitt lokalt eller systemisk, eller samtidig bruk av fototerapi. **Graviditet/Amning:** Overgang i placenta: Det foreligger ingen data for bruk til gravide. Bør derfor kun brukes under graviditet der fordelen synes større enn risikoen. Overgang i morsmelk: Betametason går over, men risiko for barnet synes lite sannsynlig ved terapeutiske doser. Det foreligger ingen data på overgang av calcipotriol i melk. Forsiktighet bør utvises ved forskrivning til ammende. Skal ikke smøres på brystene ved amning. **Bivirkninger:** Hyppige (>1/100): Hud: Kløe, utslett, sviende følelse i huden. Mindre hyppige: Hud: Smertes i huden eller irritasjon, dermatitt, erytem, forverring av psoriasis, follikulitt, pigmentforandringer i huden på applikasjonsstedet. Sjeldne (<1/1000): Hud: Pustulos psoriasis. Calcipotriol: Rapporterte bivirkninger omfatter lokale reaksjoner, kløe, hudirritasjon, en sviende og stikkende følelse, tørr hud, erytem, utslett, dermatitt, eksem, forverring av psoriasis, fotosensitivitet og overfølsomhetsreaksjoner inkl. meget sjeldne tilfeller av angioedem og ansiktsoedem. Systemiske effekter ved lokalbehandling kan i meget sjeldne tilfeller forårsake hyperkalsemi eller hyperkalsiuri. Betametason: Lokale reaksjoner kan inntre, særlig ved langvarig anvendelse, inkl. hudatrofi, teleangiectasia, striae, follikulitt, hypertrikose, perioral dermatitt, allergisk kontaktdermatitt, depigmentering og kolloid milia. Ved behandling av psoriasis er det en risiko for utvikling av den pustulose form. Systemeffekter ved lokalbehandling av kortikosteroider er sjeldne hos voksne, men de kan være alvorlige. Adrenokortikal suppressjon, katarakt, infeksjoner og økt intraokulært trykk kan forekomme, særlig ved langtidsbehandling. Systemeffekter sees oftere ved okklusjonsbehandling (plast, hudfalter), ved påsmøring av store områder og ved langtidsbruk. **Overdosering/Forgiftning:** Symptomer: Bruk av mer enn anbefalt dose kan føre til forhøyet serumkalsium, som faller raskt når behandlingen seponeres. Overdreven langvarig bruk av topiske kortikosteroider kan hemme binyrebarkfunksjonen og gi sekundær adrenal insuffisiens, som normalt er reversibel. Behandling: Adrenal insuffisiens behandles symptomatisk. Ved kronisk toksisitet skal preparatet seponeres gradvis. **Egenskaper:** Klassifisering: D-vitaminanalog i kombinasjon med gruppe III kortikosteroid (sterke). Virkningsmekanisme: In vitro-data tyder på at calcipotriol stimulerer differensieringen og hemmer proliferasjonen av keratinocyttene. Dette anses å være bakgrunnen for dets effekt ved psoriasis. Betametason har antiinflammatoriske, klostillende, vasokonstriktiv og immunundertrykkende egenskaper. Ved okklusjon øker effekten med en faktor på ca. 10, pga. økt penetrasjon gjennom stratum corneum. Kortikosteroidenes antiinflammatoriske virkningsmekanisme er ikke klarlagt. Absorpsjon: Systemisk absorpsjon av hhv. calcipotriol og betametason er <1% på frisk hud. Absorpsjonen av topiske kortikosteroider kan øke ved påsmøring på psoriasis plaque og under okklusjon. Absorpsjon gjennom skadet hud er ca. 24%. Proteinbinding: Ca. 64%. Halveringstid: Betametason: Etter i v. tilførsel 5-6 timer. Pga. dannelsen av et depot i huden, skjer eliminasjonen etter dermal påføring over dager. Metabolisme: Betametason metaboliseres hovedsakelig i leveren, men også i nyrene. Utskillelse: Via urin og feces. **Oppbevaring og holdbarhet:** Åpnet tube må brukes innen 12 måneder. **Pakninger og priser:** 60 g kr 475,60, 120 g kr 916,70.

T: 31h).
Sist endret: 01.12.2006

Ref 1. Kragballe K. et al. Br J Dermatol 2006;154 (6):1155-1160.



LEO Pharma AS

Lilleakerveien 25 · 0283 Oslo · Norge
Tlf. 22 51 49 00 · Fax. 22 51 49 01
www.leo.no · Info.no@leo-pharma.com

LEO®



Daivobet®
calcipotriol/
betametason dipropionat

Fast and lasting psoriasis therapy™

Barth Tholens om telle-regimer

Stilling: Redaktør i Sykepleien

E-post: barth.tholens@sykepleien.no



Resultater, fru statsråd?

Ansvarlige politikere stiller tøffe krav til all offentlig virksomhet. Det er resultatene som teller. Men hvorfor er da politikere selv unntatt fra denne regelen?

I forskningsmiljøene i Norge har det vært uro over at myndighetene ønsker å stille krav til forskningen før pengepungen åpnes. Forskere skal ikke lenger kunne forske i det stille. De må legge fram «bevis» for sin forskning i form av publikasjoner i vitenskapelige tidsskrifter. Forskes det for lite, risikerer forskningsinstituttet å få mindre penger. Oppnådde resultater skal i neste omgang avgjøre størrelsen på bevilgningene. Nå ligger det et forslag på bordet om at også kronikker, sitater i ikke-vitenskapelige publiseringer og andre målbare ytringer skal telle med.

Ikke alle er glade for denne utviklingen. Realister, som er vant til å jobbe med harde fakta, har lite problemer med matematikken i et slikt telle-regime. Humanister og samfunnsvitere steiler. De mener myndighetene umulig kan telle alt de holder på med, og de frykter å komme dårlig ut av det.

Det er ikke noe nytt at myndighetene krever strammere resultatstyring i offentlig virksomhet. Forsknings-Norge er egentlig relativt sent ute. New Public Management har for lengst inntatt kommune-Norge. Rådmenn talte nøkkeltall over en lav sko allerede på 90-tallet. Det er det samme overalt: Om kommune X bruker mer enn gjennomsnitt på omsorgen for sine rusmisbrukere eller på de eldre på sykehjemmet, vil kommunen i neste omgang bli «straffet» for det. De får ikke mer penger – tvert om får de relativt sett mindre penger. På den måten tvinger myndighetene kommunen til å bruke sine ressurser mer effektivt.

Mange av oss som har en humanistisk innfallsvinkel for vår tenkning, sliter med at alt må telles: Antall senger på sykehuset pluss antall behandlede pasienter per komplikasjon ganger ventelisten dividert på antall leger minus kvadratrotten til en sykepleier – og vips der nærmer du deg kanskje taksten som direktøren for helseforetaket til slutt mottar fra Sylvia Brustad.



KJEFTER: Folkets dom er kanskje den mest ekstreme form for resultatstyring. Men kan sykehuseier Sylvia Brustad bare skyve ansvaret for dårlige resultater nedover i systemet fordi det er to år til neste valg? Foto: Marit Fonn

Har vi glemt at det handler om syke mennesker, vil mange i helsevesenet tenke, oppgitt over en slik tilnærming.

Men vi kommer ikke utenom det. Offentlig virksomhet kan umulig styres etter et gjennomgående prinsipp om at kun det beste er godt nok. Trolig er det omvendt: For myndighetene vil det som er godt nok, ofte være best. Da vil de få mest ut av hver krone.

At forskerne nå lokkes ut av skapet og blir tvunget til å stå fram med sine resultater, kan

i neste omgang gi en mer målrettet forskning. Og helseforetak som blir pålagt å legge fram nøkkeltall om ventetid, feil og sykehusinfeksjoner, vil passe butikken bedre når røde tall blir til en budsjett-boomerang.

Ledere i offentlige virksomheter har etter hvert akseptert at de må dokumentere sine resultater for å være «verdige» bevilgninger fra ansvarlig statsråd. De eneste som ikke lever opp til kravene om resultatstyring, er ironisk nok de ansvarlige politikerne selv.

Ta for eksempel helseminister Sylvia Brustad. Hun eier landets sykehus og er ansvarlig for «sin» del av statsbudsjettet. I fjor brukte sykehusene langt mer penger enn de hadde til rådighet. Enten har Brustad budsjettet med altfor lite penger til at sykehusene skal kunne gjøre jobben sin. Det er i så fall en kardinalfeil og definitivt hennes ansvar. Eller så har sykehusene ikke gjort jobben sin. Det er også helseministerens ansvar.

Er det bare jeg som forundrer meg over at Brustad kjefter litt nedover i systemet, men selv blir sittende som om ingenting har skjedd? Statsminister Jens Stoltenberg teller tydeligvis ikke resultatene til sine statsråder. Brustad får lov til å bli sittende selv om fjorårets «resultat» sprakk med en milliard eller tre. Hun får lov til å gjøre et nytt forsøk i 2007. Det gjør nok også statsråd Øystein Djupedal, som foreløpig ikke har vært i nærheten av å nå målene i sin «kvalitetsreform» for høyere utdanning.

Nå kan man ha sympati for regjeringens gode intensjoner. Det er dessuten menneskelig å ikke alltid nå sine mål. Men kanskje de to ministrene skulle huske det når de skal vurdere innsatsen på områdene de er satt til å lede.

Å stille krav er helt ok. Å kreve det umulige, er bare dumt.



Total og kronisk





utladning

Myalgisk Encefalopati (ME) rammer ifølge ekspertene drøyt 10 000 nordmenn. I helsevesenet er behovet for kunnskap enormt. Men sykdommen er fortsatt en gåte.



Dette vet vi:

ME Myalgisk Encefalopati rammer voksne og barn i alle aldre, og begge kjønn. Den kjennetegnes spesielt ved hurtig tretthet i muskulaturen og sentralnervesystemet ved minimal anstrengelse og aktivitet, og unormal lang restitusjon av muskelstyrke og intellektuell kapasitet. Pasientene er intolerante til aktivitet og anstrengelse utover sine grenser.

ME I 80 prosent av tilfellene oppstår sykdommen akutt etter en infeksjon, men kan også utløses av vaksiner, miljøgifter, fysiske skader, eller oppstå etter operasjoner.

ME Symptomene svinger i art og intensitet. Utmattelse (ekstrem energisvikt), influensafølelse, sår hals, problemer med hukommelse, konsentrasjon, hodepine, søvnforstyrrelser, temperaturreguleringsforstyrrelser med nattesvette og lav feber og/eller frysninger, unormal kroppstemperatur, blodtrykks- og hjerterytmeforstyrrelser, overfølsomhet overfor lys, lyd, lukt og berøring, muskel- og leddsmerter, samt muskelrykninger og mage-/tarmforstyrrelser.

ME Matintoleranse er vanlig. Undersøkelser viser at dette oftest gjelder gluten, sukker og melkeprodukter. Det er vanlig å ha nedsatt toleranse for medikamenter og alkohol.

ME Det finnes ingen kur eller anerkjent behandling utover å lære seg mestrings- og energiteknikker som aktivitetsavpassning og energioptimalisering.

(Kilde: Norges ME-forening)

▶▶ Side 26-29

En usynlig sykdom

RIKSHOSPITALET: – Den typiske pasienten hos oss er en skoleflink, aktiv ungdom, som har presset seg for hardt, sier ME-lege Vegard Bruun Wyller.

– Min interesse for ME startet for fire år siden, da en 13 år gammel gutt var innlagt på Rikshospitalet med denne diagnosen, forteller Vegard Bruun Wyller, lege og stipendiat ved Barneklubben Rikshospitalet-Radiumhospitalet, og ved Avdeling for fysiologi, Universitetet i Oslo.

– I tillegg til sterk utmattelse, hadde gutten en rekke symptomer som gjorde meg faglig nysgjerrig på hva dette kunne være for noe. Han hadde problemer med å stå oppreist, da han fikk kraftig hjertebank, ble svimmel og nesten besvimte. Denne ustabiliteten i blodstrømmingene er et fenomen som er beskrevet ved ME, og førte til en dobbel diagnose; ME og ustabilitet i blodtrykksreguleringen. Kombinasjonen vekket min interesse for å forske på området, sier Bruun Wyller.

Total energisvikt

– *Hva er symptomene på kronisk utmattelsessyndrom?*

– Fellestrekket for sykdommen er en utmattelse som er langt kraftigere enn hva vi forbinder med normal tretthet og slitenhet. ME-syke opplever en total energisvikt, som om batteriene er fullstendig flate. Dagligdagse, små gjøremål kan ofte forverre tilstanden, og søvn og hvile hjelper lite. Typiske tilleggspilager hos en ME-pasient er kroniske ledd- og muskelsmerter, hodepine, svimmelhet, ustabil blodtrykk, økt svettetidens, kvalme og tarmproblemer, sier han.

– De hardest rammede får problemer med normale sanseintrykk,

og blir svært følsomme for lys, lukter og lyder. Dårlig konsentrasjon og hukommelse er også vanlig. På toppen av dette kom-

mer den psykososiale delen man skal forholde seg til, med familie, venner, jobb og økonomi. Det er svært viktig at en diagnose stilles

tidlig, slik at problemene ikke tårner seg opp, forklarer Wyller.

Ta pasienten på alvor

– *Hva bør sykepleiere vite i møte med en ME-pasient?*

– Det er viktig å kunne det grunnleggende om sykdommens mekanismer, både i forhold til behandlingsprinsippene og kommunikasjonen med pasienten. Riktige holdninger er avgjørende. Møt pasienten med tillit og respekt. Min klare oppfatning er at mange ikke tas på alvor. Men det er ikke nødvendigvis en kritikk til fastleger og sykepleiere, da det i stor grad skyldes mangel på kunnskap.

– *Hvordan kan ME behandles?*

– Vi har to behandlinger som er dokumentert effektive. Det ene er kognitiv atferdsterapi, en psykologisk tilnærming som kan hjelpe de fleste. Det andre er gradert treningsterapi, som kort sagt handler om å gjøre det man orker å gjøre, og ikke presse seg lenger enn det. Over tid kan man så forsiktig og gradvis venne seg til å gjøre mer. Pasienter som gjør dette trenger en individuelt tilrettelagt plan for aktivitet. Man kan forestille seg at man på denne måten lærer kroppen å fungere bedre.

Uholdbar situasjon

– *Hvilket behandlingstilbud møter pasienter med ME i dag?*

– Det er altfor dårlig. Vi har søkt myndighetene om ekstra midler, men prosessen går tregt. Vi trenger ressurser til kompetanseoppbygging, og de alminnelige driftsmidlene dekker ikke dette behovet. På poliklinikken har



INTERESSERT: Vegard Bruun Wyller forsker på ME.

I tillegg til sterk utmattelse, hadde gutten en rekke symptomer som gjorde meg faglig nysgjerrig.

Vegard Bruun Wyller, lege og stipendiat



NORGES ME-FORENING

Frivillig pasientforening for ME-syke, stiftet i 1987. Ved årsskiftet telte foreningen 1368 medlemmer. Foreningen har kontakter over hele verden, og arbeider aktivt både nasjonalt og internasjonalt med å fremme forståelse og kunnskap, samt spre informasjon om sykdommen. Norges M.E. Forening har dannet likemannsgrupper i mange fylker, og er medlem av FFO.

Kilde: Norges M.E. Forening www.me-forening.no

vi per i dag kapasiet til å se én pasient i uken, og vi har ventelister frem til august. Det er en uholdbar situasjon for pasientene som trenger hjelp her og nå, sier Wyller, og legger til at det er viktig å tilrettelegge behandlingen der pasienten bor.

– Det må være et samarbeid i det lokale hjelpeapparatet. Den som er syk trenger et engasjert team rundt seg. Fastlegen, fysio- og ergoterapeut, og barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling ved nærmeste sykehus er aktuelle nøkkelpersoner.

– **Skiller ME hos barn og unge seg fra ME hos voksne?**

– Slik pasientene beskriver sin egen situasjon, er det nokså likt. Men konsekvensene er annerledes for ungdom. Sykdommen kommer på toppen av de vanlige utfordringene i tenårene, og gjør at man faller ut av skole og vennemiljø. Barn og unge har imidlertid bedre prognoser enn voksne. Tall fra utlandet viser at omtrent seksti til åtti prosent i denne gruppen blir bedre eller helt friske. Hos voksne opptrer sykdommen mer kronisk.

– **Hva kan utløse sykdommen?**

– Den utløsende faktoren er vanligvis en infeksjon, som for eksempel kyssesyken. Hos drøyt halvparten av pasientene starter det med en infeksjon. En annen utløsende faktor kan være dramatiske hendelser eller livsendringer.

Arv og personlighet

– **Er noen mer disponert enn andre?**

– Ja, det ser ut til å være noen

disponerende faktorer. Vi vet at arv sannsynligvis spiller en rolle. Mye tyder også på at personlighetstrekk har en viss betydning. En typisk pasient hos oss er en skoleflink, pliktoppfyllende, aktiv ungdom, som kanskje har fått en infeksjon, og presser seg for langt. Denne kombinasjonen ser vi ofte.

– **Kan ME føre til andre sykdommer?**

– Nei, ikke det vi vet. Depresjoner kan imidlertid oppstå, som en følge av utmattelsessyndromet.

– **Hvordan skiller man mellom ME, kronisk tretthet og fibromyalgi?**

– ME og fibromyalgi er beslektet, og har noene av de samme fenomenene, i forhold til smerte og utmattelse. Tretthetssyndrom blir galt fordi det ikke handler om vanlig tretthet som kan kureres med søvn, men om en mer gjennomgripende utmattelse.

– **Er dette en ny sykdom?**

– Mye tyder på at ME har eksistert bestandig. Fra 1700-tallet leser vi om sykdomsbetegnelsen febricula (liten feber), som har flere fellestrekk med denne sykdommen. ME er kanskje økende i vår tid, uten at vi vet hvorfor. Den vestlige delen av verden er mest utsatt, men det finnes tilfeller også i Kina og India.

– **Er det mulig å forbygge ME?**

– Det vet vi ikke så mye om, men ta det med ro og lytt til kroppen hvis du har en infeksjon. Ikke press deg for hardt. Det er kanskje det viktigste du kan gjøre.

– ME-rapporten en skandale

ME-foreningen mener den store sykdomsrapporten som ble lagt fram i fjor, har vært mer til skade enn gagn for pasientene.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten la våren 2006 frem den første, store rapporten om den uforklarlige sykdommen, med tittelen: «Diagnostisering og behandling av kronisk utmattelsessyndrom/myalgisk encefalopati (CFS/ME). Følgende forfattere sto bak rapporten: Vegard Bruun Wyller, Arvid Bjørneklett, Oddbjørn Brubakk, Lillian Festevåg, Inghild Follestad, Ulrik Malt, Kirsti Malterud, Harald Nyland, Harald Rambøl, Bjarte Stubhaug og Lilleth Larun. Reidun Gran Alkanger og Eva Stormorken stilte som brukerrepresentanter for ME-foreningen, som til slutt trakk seg fra prosjektet, da de blant annet mente brukernes erfaringer og kunnskap ikke var tatt tilstrekkelig hensyn til.

Flere ting tyder på at enkelte pasienter har fått det verre.

– Rapporten bør trekkes

– Selv om det i rapporten står at det var bred konsensus om innholdet, vet jeg at det ikke var det, sier Eva Stormorken. – Rapporten er av flere med inngående kunnskap til ME karakterisert som en skandale. Jeg og mange med meg mener at rapporten er av dårlig kvalitet. Ingen av brukerrepresentantene som deltok i prosjektet støtter rapporten. Dette er Sosial- og helsedirektoratet, som bestiller av rapporten, godt informert om. Etter mitt skjønn bør rapporten trekkes for ikke å gjøre enda mer skade for pasientgruppen. I månedene som har gått er det skjedd flere ting som tyder på at enkelte pasienter har fått det verre, sier hun.

– Vi informerte dessuten om store brukerundersøkelser i England som viste at CBT/GET (kognitiv atferdsterapi og gradert fysisk trening) stort sett enten ikke hjalp eller førte til skade. Utredningsgruppen ønsket ikke at dette skulle tas med i rapporten, sier Stormorken, og viser til at kommentarer til rapporten i sin helhet finnes å lese på ME-foreningens hjemmesider.

– Et fremskritt for ME-syke

ME-foreningen reagerte også på at rapporten ble for mye preget av psykiaterne. Vegard Bruun Wyller ledet gruppen bak rapporten, og uttalte følgende til aftenposten.no da rapporten var lagt frem:

– Vi sier klart at dette er en reell, alvorlig diagnose som både kan og bør stilles. Vi sier at bedre hjelp trengs, og at gruppen ikke er blitt tatt nok på alvor. Dette er fremskritt for ME-syke. Sykdommen er sammensatt. Derfor kan ikke ME-foreningen bestille at dette skal være en fysisk sykdom. Vi må akseptere det som finnes av kunnskap, og være ydmyke for det som ikke vites. (Se også intervju side 29.)

– Pasientene blir ikke trodd

– Det var et sjokk å komme fra helsevesenet, og se fra den andre siden hvordan ME-pasienter blir møtt, sier Reidun Gran Alkanger. Hun er sykepleier – og har ME.

Nestleder i Norges Myalgisk Encefalopati Forening gjennom tolv år, Reidun Gran Alkanger, er sykepleier med bakgrunn fra hjemmesykepleien, Sunnaas og Rikshospitalet. For fjorten år siden ble hun selv rammet av sykdommen.

– Det finnes svært lite kunnskap om denne sykdommen blant helsepersonell, og feildiagnostisering og feilbehandling med alvorlige konsekvenser er helt vanlig. Behandlere tyr til det de har lært og erfart når det gjelder andre sykdommer, og pasientene blir ikke trodd når de forteller at de blir dårligere av behandlingen. Dette mottar vi daglig tilbakemeldinger på. Den vanligste feildiagnosen er depresjon. En viktig del av behandlingen for depresjon er fysisk aktivitet, men for en ME-pasient kan det føre til alvorlig forverring og være katastrofalt, sier hun.



KRITISK: Reidun Gran Alkanger etterlyser faktakunnskaper hos sykepleiere som jobber med ME-syke.

Mange misforståelser

Alkanger tror at misforståelsene rundt sykdommen er mye av grunnen til feilbehandlingen.

– ME er på mange måter stikk motsatt av det de fleste kjenner til eller tror, og dette gjør at det lett kan oppstå misforståelser. Derfor er det helt avgjørende at sykepleiere får faktakunnskap om ME. Det er ingen kur for sykdommen, men desto viktigere må det være å forebygge forverring. De må vite hva som fører til forverring, og hvordan man kan legge til rette for bedring, mener hun.

Ifølge Alkanger viser erfaring at mestringsteknikker som aktivitetsavpassning og energiøkonomisering er det som fungerer best.

– Pasientene må finne ut hva de tåler både fysisk og kognitivt, og legge opp hverdagen innenfor disse rammene. De fleste har problemer med å klare selv dagligdage oppgaver, og trenger

ME-FORUM

Møteplass på nettet for mennesker som har Myalgisk Encefalopati, deres pårørende og andre interesserte.

www.meforum.diskusjonsforum.no

En liten gruppe er fullstendig pleietrengende og må sonderes.

Reidun Gran Alkanger

DISSE UTREDER

Klinikker og sykehus i Norge:
Ullevål universitetssykehus,
Rikshospitalet, ME-klinikken,
Haukeland sykehus og
St. Olavs Hospital.



ME - NETTVERKET I NORGE

En forening for dem som er berørt av sykdommen M.E., med medlemmer fra atten fylker. Foreningens formål er å fremme pasientgruppens behov og interesser. Den tilbyr hjelp og støtte til dem som er berørt av sykdommen, arbeider med å gjøre sykdommen bedre kjent og akseptert, og bidrar med faglig informasjon til leger og behandlere. Foreningen utarbeider informasjonshefter for pasienter og deres pårørende, arrangerer møter og utgir medlemsbladet M.E.-Kanalen, og samarbeider med spesialister ved nvrologisk avdeling, Haukeland sykehus, og Viruslaboratoriet ved Universitetet i Bergen.

For mer informasjon: www.menin.no

hjelp og avlastning. En liten gruppe er fullstendig pleietrengende og må sonde mates. Det er viktig at sykepleiere vet at disse ikke tåler aktivisering og stimulering som andre pasienter.

For dårlige trygdeordninger

Alkanger mener de trygderettslige forholdene for pasientgruppen må bedres betraktelig, da selv totalt pleietrengende ikke får innvilget uføretrygd.

– Vår erfaring er at mange opplever alvorlig og langvarig forverring av sykdommen på grunn av urimelige og u hensiktsmessige krav fra trygdekontorene. Krav om å forsøke yrkesmessig attføring før uførepensjon kan få alvorlige og varige følger, og bidra til dårligere prognose. De fleste er så syke når de til slutt får diagnosen, at attføringstiltak er helt uaktuelt, de har mer enn nok med å stabilisere sykdommen og klare seg i hverdagen.

Dette kravet er spesielt strengt når det gjelder unge mennesker, og er mot sin hensikt for mange med ME, fordi de trenger ro og tid for å bli bedre. Det burde være slik at man var spesielt opptatt av å la de unge, som har et langt liv foran seg, få en sjanse til å bli bedre og kanskje på sikt bli i stand til å forsøke seg i skole eller arbeidsliv. Eller i hvert fall få lov å bli selvhjulpne og skape seg en viss livskvalitet, sier Alkanger.



Er genfeil årsaken?

Forskere i Skottland har ifølge BBC nylig identifisert en funksjonsfeil i gener hos ME-pasienter. Denne feilen ser ut til å forårsake at immunsystemet «jobber på overtid», og gjør at pasientene føler seg ekstremt utmattet.

Kurses i sykdommen

Skreddersydd mestringskurs gir nå ME-pasienter håp.

– I august 2003 tok jeg og brukerrepresentant Wenche Jakobsen kontakt med Læresenteret på Ullevål universitetssykehus, med spørsmål om å starte et mestringskurs for ME-pasienter. Vi ble tatt godt imot, sier Eva Stormorken. Stormorken er sykepleier med videreutdanning i anestesi, praktisk pedagogikk, helse- og sosialadministrasjon, hun har hovedfag i sykepleievitenskap og har arbeidet som høyskolelektor. For ni år siden fikk hun ME. De siste årene har Stormorken arbeidet med å oversette faglitteratur om ME, hun har holdt foredrag for helsepersonell, pasienter og pårørende, i tillegg til å utarbeide mestringskurset for ME-pasienter.

Seminar

Resultatet av møtet med Læresenteret ble først et halvdagsseminar for helsepersonell på infeksjonsmedisinsk avdeling, der avdelingsoverlege Oddbjørn Brubakk underviste om sykdommen ME.

– Wenche fortalte om sin private sykehistorie, og jeg holdt innlegg om møter med helsepersonell, forteller hun.

Ventelister

I tiden etter seminaret ble det avholdt flere planleggingsmøter hvor et tverrfaglig team av ernæringsfysiolog, ergoterapeut, fysioterapeut, lege, sykepleier, to brukerrepresentanter og en fra Læresenteret deltok. Brukerne fortalte om sine erfaringer innenfor ulike områder, slik at helsepersonellet kunne forstå pasientgruppens behov. En kurspakke skreddersydd for ME-pasienter ble utformet, og det første kurset ble avholdt våren 2004.

– Så langt er det gjennomført seks kurs, og det syvende startet 16. januar i år. Varigheten er to timer én gang i uken i en åtteukers

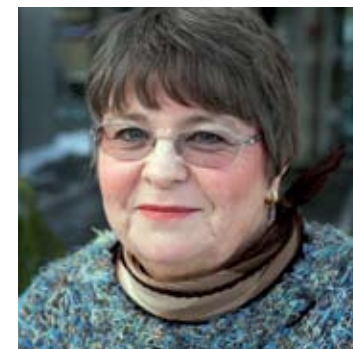
periode. Antall deltakere har variert fra 10-15, og det er ventelister for å komme inn, forklarer Stormorken.

På kurset kan deltakerne ligge på matter på gulvet dersom de er for syke til å sitte oppreist. Lyset er dempet, og lyden redusert, slik at pasientene ikke blir utsatt for alt for store sansebelastninger. Det er lagt inn en 30 minutters pause med avspenning for dem som ønsker det. Stormorken legger ikke skjul på at det ligger mye arbeid og grundig planlegging bak kurset.

På pasientenes premisser

– Man kan kanskje si at jeg er arktekten bak kurskonseptet, selv om det er endelig utformet i samarbeid med den andre brukerrepresentanten og fagpersonalet. I utarbeidelsen av kursopplegget er det tatt hensyn til ME-pasienters behov for kunnskap om sykdommen, om ulike hjelpemidler, aktivitetsavspenning/avspenning/fysisk aktivitet, følelsesmessige aspekter, ernæring, trygderegler/rettigheter innenfor kommunehelseloven og mestring av sykdommen, sier hun.

Stormorken bidrar også med opplæring av det faglige teamet, og holder faste innlegg om mestring av sykdommen. Kursdeltakerne får kopier fra forelesningene, og egne skriv om mestring av ME.



IKKE FORNØYD: Brukerrepresentant Eva Stormorken er ikke fornøyd med innholdet i rapporten om ME som kom i 2006.

Trine-Lise Jansen og Kristin Heggen
om helse og moral



Den rene kroppen

Kroppsindustrien vet å utnytte starten på et nytt år med forbrukernes vilje til å leve et såkalt sunnere liv.

Tilbudene om å rense kroppens innside for giftstoffer og avfallsprodukter er i klar fremvekst. Nordmenn gjør som Hollywood-eliten. Vi kjøper oss i økende grad avgiftningskurer og streber etter en renere kropp, økt velvære og bedre helse. I ukepressen kan vi jevnlig lese om folk som har fått et bedre liv med en renere kropp. Det er koblingen mellom ren kropp og bedre liv

tarm. Danmark kommer etter og Tyskland har allerede to tusen klinikker (www.colonklinikken.dk). Tilbudene begrunnes ofte i det «faktum» at stressende hverdagsliv, ufornuftige levemåter og matvaner, forurensing og stigende alder fører til en opphopning av mer eller mindre giftige stoffer som kroppen selv ikke kvitter seg med. I disse dager er det selvsagt all julefeiringen vi betaler

gjennomskyttet med 80 til 100 liter væske og rensed for slaggstoffer. Det må sies å være kraftig medisin og kostbar renset som foregår på spesialiserte klinikker, de såkalte colonklinikker. Det er klinikker som delvis drives av sykepleiere. Utrensingen skal angivelig ha effekt på plager som whiplash-skader, konsentrasjonsvansker, fibromyalgi, slapphet og vektproblemer, dårlig ånde, parasitter, depresjon, reumatiske sykdommer, hudsykdommer og soppvekst. Avgiftning skal gi energi, større overskudd, bedre immunforsvar og økt velvære.

av avgiftning og nye renhetsidealene også kan være uttrykk for endringer i moralforståelse. Det er her vi vil komme med noen argumenter og spørrende refleksjoner, og starter med en kulturdiagnose.

Ro og ritualer

Kultur dreier seg om å skape og opprettholde orden. Med to ord karakteriseres ofte dagens vestlige kultur av flytende grenser og uro. Professor i sosiologi Zygmunt Bauman har i flere av sine forskningsarbeider vist hvordan samfunnsutvikling og kulturen synes å gå mot en forskyvning av oppmerksomhet fra fellesskap til det individuelle. I større grad savner vi koder, regler og mønstre som vi tidligere kunne overholde og velge som stabile orienteringspunkter. Å skille det rene fra det urene er også et område som er praktisert og legitimert på ulike måter i ulike kulturer gjennom tidene. Antropologer (eksempelvis Mary Douglas) beskriver hvordan det i kulturer preget av uorden og flytende grenser oppstår mer detaljerte urenhetsforestillinger og rensesritualer.

Shopping and fucking

I «Shopping and fucking» fra 1997 gir dramatikerken Mark Ravenhill et presist uttrykk for

Kroppen kan detoxes ved å ta piller og miksturer eller smøre seg med avgiftende hudkrem.

som har fanget vår interesse. Vi vil diskutere om kroppslig renhet og helse kan forstås som tegn på endring av moral. La oss starte med en presentasjon av avgiftningspraksiser.

Detoxing

Detoxing er den internasjonale samlebetegnelse for kurer og behandlinger hvor kroppsavfall og gift dreneres, svettes og tømmes ut. Et søk på ordene detox/detoxing på Google gav 913 000 treff på 0,18 sekunder, noe vi mener indikerer interesse for kroppslig renset. Norge har nå anslagsvis tjue klinikker hvor vi kan kjøpe rensing av

for med opphopning av avfall og kroppslig urenheter.

Kraftig medisin

Den avgiftende terapien finnes i mange varianter til innvortes og utvortes bruk. Kroppen kan detoxes ved å ta piller og miksturer eller smøre seg med avgiftende hudkrem. Det selges plaster, det såkalte netterumaniplasteret, som festes under føttene om kvelden og drar giften ut av kroppen mens man sover. Rensing av tarm er imidlertid god gammel medisin. Den nye formen for tarmrensing kalles ikke klyster eller faste, men colonhydroterapi. Ved hjelp av avansert utstyr blir tarmen

Urene kvinner

Hvorvidt reklamen holder det den lover, er *ikke* vårt anliggende. Vi undrer oss derimot over hvordan et tilsynelatende økende behov for å avgifte kroppen og gjøre den renere kan forklares. Det er ikke nytt at noen (som oftest kvinner) oppfattes som urene. Eksempelvis er rensing i form av fasting en gammel tradisjon som er både helsemessig og religiøst begrunnet. I dag er det imidlertid fristende å gi markedsøkonomiske forklaringer på detoxing. Selvfølgelig er det god butikk å få flest mulig til å kjøpe en pille for alt som er ille. Men kan det også tenkes andre forklaringer? Ja, vi tror fremvekst

Det er ikke nytt at noen (som oftest kvinner) oppfattes som urene.

sentrale dilemmaer i den moderne flytende kultur. Han sier at «for lenge, lenge siden fantes det store historier. Historier så store at du kunne leve et helt liv i dem; troen på Gud, streben etter opplysning, marsjen til sosialismen. Men nå er de døde alle sammen - så nå må hver og en av oss lage våre egne historier, små historier som bare er våre». Med andre ord må vi finne nye måter å skape orden, fastere rammer, grenser og større klarhet i hva som er rent og urent, rett og galt og felles verdier. Kan deltagelse i praksiser for å rense og avgifte kroppen være en av flere måter å beherske en urolig og flytende kultur på? Kan fokus på den rene kropp, helse og livsstil forstås som et område hvor behovet for kontroll, orden og mening imøtekommers når det flytende blir for påtrengende?

Moralske tarmar

Både professor i helsefag Gunn Engelsrud og psykiateren Finn Skårderud tematiserer renhet og kropp og viser hvordan den såkalte idealkroppen er blitt et klart symbol på vellykkethet. Kroppen er blitt personens eget produkt, noe vi selv skaper og har ansvar for. Den forurensete kroppen kan forstås som en forsømmelse og en indikasjon på usunn livsstil og manglende viljestyrke. Behov for detoxing

forklares gjerne med feilernæring, for mye kaffe, vin og cola, for mange sigaretter, høyt medikamentbruk, stress, for store måltider og en stillesittende livsstil. De mange renselsestilbudene løfter frem betydningen av en ren, tom og sunn kropp. Det er mulig vi nærmer oss verdsettelsesmønstre hvor slett moral avsløres i våre tarmar, våre blodårer, på vår hud, i de indre organer, i en fet kropp og et tregt lymfesystem. Det kan se ut som vår dårlige samvittighet så å si utspiller seg rundt området helse og kropp og at den «skitne» kropp vitner om mangel på kontroll og viljestyrke.

Risiko for den enkelte?

Vår ambisjon er å vise at streben etter en ren kropp kan handle om et ønske om å oppleve og fremstille seg som en moralsk person. Det å søke helse og velvære og sørge for en ren kropp blir regnet som godt og riktig i seg selv. Er det slik at vi bedømmer vår neste etter hennes og hans helseatferd, og kanskje lar karakteristikker om helse og renhet gli over i vurderingen av vår nestes personlige egenskaper og moralske karakter? Er en sunn, ren og avgiftet kropp i ferd med å bli et uttrykk for en persons moralske styrke, og kan streben etter nettopp dette fungere som en ny felles og udiskutabel moralsk verdi?

Detoxing må diskuteres fra ulike

innfallsvinkler. Mulig helsegevinst og risiko for den enkelte bruker av renselsesbehandling er selvsagt et område som bør gjennomlyses. Vi håper at vi med vårt innspill kan inspirere til samtaler om de moralske aspektene ved det nye renhetsidealet: kroppen som arena for å demonstrere moralsk ansvar.

Trine-Lise Jansen, cand.san.,
Universitetet i Oslo

Kristin Heggen, professor,
Universitetet i Oslo

Tekst og foto **Anders Førde**





DETTE ER SAKEN:

- På bakgrunn av enkelt-episoder har Helsetilsynet kommet med kraftig kritikk av sikkerhetsforholdene ved Regional sikkerhetspost (RS) på Sandviken sykehus
- Arbeidstilsynet har også pålagt Helse Bergen å utbedre arbeidsforholdene ved RS, både på organisatorisk og mellommenneskelig nivå
- Dette har ført til massiv medieomtale av posten de siste månedene



Rapport fra innsiden

SANDVIKEN SYKEHUS, BERGEN:

Hvordan er det å gå på jobb når arbeidsplassen er utsatt for massiv og kritisk medieomtale? Sykepleien var på Regional sikkerhetspost ett døgn i januar.





Folk er drittlei journalister!

Geir Olsen, psykiatrisk sykepleier

Det er fredag ettermiddag på Regional sikkerhetspost i Sandviken utenfor Bergen.

– Du får ta bildene dine og reise nå. Folk er drittlei journalister, smiler HMS-rådgiver og psykiatrisk sykepleier Geir Olsen.

Han har vært veiviser på avdelingen. Han har vist skjermingsposten, isolatet, beltesengen, treningsstudioet, klatreveggen, luftgården med tykt gitter.

Han har fortalt om dagnadsarbeidet. Pasienter og personalet samarbeider om hage med fiskedam.

Han har også vist buskene kamerafolkene til TV2 lå og smugfilmet bak. Olsen gikk bort til dem og spurte om hva de holdt på med. Høye gjerdet, lukkede dører, farlige psykisk syke pasienter. Trengte han egentlig å spørre?

10 000 kr per dag

Vold, drap, rømminger. Sviktende rutiner, rusmisbruk og dårlige samarbeidsforhold. Sandviken sykehus omtales ofte i Bergens Tidende, Bergensavisen og TV2. Enkelte blant personalet har gått ut i mediene for å varsle om uholdbare forhold på sykehuset.

Anonymt eller ikke.

Arbeidstilsynet påla i begynnelsen av 2006 RS å utbedre en rekke forhold vedrørende sikkerhet og organisering. Det har blitt nevnt høy turnover, mange ufaglærte, høyt sykefravær, overbelegg, 1020 episoder med pasienter involvert, sanksjoner mot dem som søker saker tatt opp med ledelsen, og mangel på dialog og medbestemmelse. Helse Bergen klarte ikke å dokumentere at forbedringer er i gang. Heller ikke med utvidet frist til 20. desember. Fra 2. januar 2007 ble helseforetaket idømt dagbøter på 10 000 kroner.

Nevermind'n

Torsdag formiddag.

Den kremgule bygningsmassen er straks synlig fra busstoppet. Neevengården asyl, eller «Nevermind'n», som det het på folkemunne, åpnet i 1892 som det første kommunalt eide psykiatriske sykehuset i landet. Pasientene ble medisineret med opiumsdråper og brom. De utagerende havnet i remmer eller tvangstrøye, og lobotomering var vanlig praksis til innpå 1950-tallet. Helt fram til etter 2. verdenskrig tok bergens-

sere trikken ut hit for å kikke på pasientene gjennom gjerdet.

På 1970-tallet ble det belastede navnet Neevengården endret til Sandviken sykehus, og gjerdene ble revet ned.

I 1989 åpnet RS som følge av at Reitgjerdet ble nedlagt to år tidligere. En ny faglig plattform sikret et tilbud for alvorlig sinnslidende som kan være til fare for andre.

De eneste gjerdene på sykehusområdet befinner seg rundt sikkerhetsavdelingen, som består av Regional Sikkerhetspost (RS) og Lokal Sikkerhetspost (LS).

RS ligger et stykke oppe i fjellsiden. Massive gamle trær vrir seg mot regntunge skyer. Tar du stien til høyre oppover i fjellsiden, ser du at bygget er formet som et kors.

Se hva som skjer

Torsdag klokken 12.00

Det er bare noen få dager siden Jan Arild Ellingsen (Frp), nestleder i Stortingets justiskomite, møtte et tjuetalls ansatte fra sykehuset i et hemmelig møte. Til TV2 sier Ellingsen at han er sjokkert over beskrivelsen de ansatte ga av sin virkelighet ved sykehuset.

– Det er en fortvilet situasjon å sitte klokken 21.00 foran nyhetene for å se hva som kommer, sier assisterende avdelingsleder og sykepleier Geir Helge Møller.

Møterommet inneholder nye, svarte skinnmøbler. Veggene er beige. Ingen bilder.

RS har plass til ti pasienter. I dag er det ni pasienter på sikkerhetsposten. Kriteriet for å komme hit er høy risiko for voldelig atferd. En av fire er til forvaring som følge av alvorlige voldsepisoder.

Før var reglene strengere, og de gjaldt for alle. For 5-6 år siden fikk pasientene individuelle sikkerhetsplaner. Møller går et skritt inn i behandlingsfilosofien.

På en sikkerhetsavdeling kan en uskyldig kulepenn være et farlig våpen.

– Det hadde vært lett å forby alle pasientene å ha kulepenn. I virkeligheten er en eller to av pasientene her farlige med en kulepenn. Hvis jeg som sykepleier sier til alle at «du får ikke ha kulepenn», da lærer jeg pasienten at han er farlig med kulepenn.

Han sier det sjelden er fysisk håndgemeng her, men når det skjer noe, så skjer det til gangs.



Psykiatrien dekkes av kriminalreportere.

Ragnar Urheim, psykologspesialist



Han sier det tar tid å etablere tillit. Hvis personalet tar beslutninger som innskrenker pasientens frihet, er det med et håp om at pasienten forstår at det er til hans eget beste.

Sviket av NSF

Torsdag klokken 13.00

Møller henter to sykepleierne fra posten. Håvard Hogstad er den første tillitsvalgte for Norsk sykepleierforbund på sikkerhetsavdelingen. Christer Helgesen er verneombud.

Ingen av dem retter skytset mot ledelsen. De sier at NSF fulgte for dårlig opp da konfliktene bygde seg opp, og mediestormen herjet som verst.

– Jeg tok jobben fordi vi hadde en lite oppegående tillitsmannsordning, sier Hogstad.

Før holdt den eneste NSF-tillitsvalgte ved sykehuset til i en annen sykehusbygning. RS ble verken besøkt eller hørt. Derfor kom ansatte med medieutspill som ikke gikk tjenesteveien.

Beste eller verste år?

Torsdag klokken 14.00

Ragnar Urheim var med på å starte opp RS i 1989. I dag er

psykologspesialisten tilknyttet kompetansesenteret, men er ikke lenger med i ledergruppen. Han mener det oppsto store samarbeidsproblemer ved RS i 2002-2003. En gruppe av personalet så negativt på en mer liberal behandlingsfilosofi. Da Sandviken sykehus kom inn under Helse Bergen, slo i tillegg omorganisering av personalet uheldig ut. RS skaffet seg fiender.

– 2004-2005 var slik jeg ser det de beste årene ved RS. Ifølge Arbeidstilsynet er det de verste. Men Arbeidstilsynet har ikke gjort rede for metodene sine, og de har ikke sjekket tallene med avdelingen.

– Når det skrives fra somatikken bruker avisene ofte journalister med fagbakgrunn. Psykiatrien dekkes av kriminalreportere. Jeg tror mediene har endret seg de siste årene. De har et stereotyp og gammeldags syn på psykiatrien, sier han.

Urheim mener pressen begår alvorlige etiske overtramp. Han sikter blant annet til en mye omtalt rømming fra RS sommeren 2006. Navn og bilde ligger fortsatt ute på internett. Selv om en fjerdedel av pasientene ved RS

har en alvorlig voldsepisode bak seg, sier Urheim det ikke betyr at de alltid er farlige.

Urheim misliker at ledelsen godtar medieversjonen.

– Vi har blitt vingeklippet og mistet troverdigheten. Jeg ønsker meg en bra overskrift som slår tilbake.

Feil tall, ingen dialog

Torsdag klokken 17.00

HMS-rådgiver Geir Olsen oppfatter både mediene og Arbeidstilsynets behandling av RS som urettferdig. Begge opererer med feil tall, sier han. Det gjelder både svinn av tabletter og antall skademeldinger. Arbeidstilsynet har trukket påstanden om dårlig sikkerhet i posten. Han sier at antall skademeldinger er relativt lavere ved RS enn i resten av Divisjon psykiatri. Antall rømninger er ikke høyere enn ved andre regionale sikkerhetsposter. Kartleggingen som er pålagt fra Arbeidstilsynet er Helse Bergens bord.

– Mediene er veldig opptatt av sikkerhet, men kanskje de selv er den største trusselen mot sikkerhet. Jeg hører at «noen snakka med noen, men personen må være

anonym». Personen kan ikke stå fram av frykt for å bli straffa.

Olsen sier at ting sjelden tas opp internt.

– Verneombudet får ikke signal om hva som er galt. Hvis vi prøver å finne ut hvem som snakker med mediene, får vi høre at vi ikke tåler kritikk. Vi blir heller ikke spurt om anklagene er riktige.

Nytt år, nye muligheter

Torsdag klokken 17.30

Da det nye året begynte, håpet Siri Nome at mediekjøret hadde lagt seg. Nytt år, nye muligheter, tenkte avdelingslederen. Men 2. januar gikk Øyvind Hauge, en tidligere vernepleier ved avdelingen, ut i byens største avis med kritikk av blant annet ledelsen og personalhåndteringen ved sykehuset.

I innlegget sto det blant annet:

«Folk med kjennskap til fenomenet «whistleblowing» – varsling – hevder at media er den eneste kanalen som virker. Den kanalen prøvde Insteffjord å stenge i vinter da jeg fikk munnkurv av direktøren. I samme møte hevdet divisjonsdirektøren, med perso-

Vi må holde fast i virkeligheten slik vi kjenner den i avdelingen. Vi må holde fast på at vi har en jobb å gjøre.

Siri Nome, avdelingsleder



nalsjefen og Siri Nome til stede, at mine erfaringer ikke hørte hjemme i pressen. Hvor kan de ellers diskuteres, all den tid alle andre kanaler er stengt?»

Samme dag begynte dagbøtene fra Arbeidstilsynet å løpe.

Nome har kontor i kvinnefløyen fra det gamle Neevengården asyl. Ved siden av sitter fagfolk fra Kompetansesenteret for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri.

– Vi må holde fast i virkeligheten slik vi kjenner den i avdelingen. Vi må holde fast på at vi har en jobb å gjøre.

Nome er på farten døgnnet rundt, enten det gjelder brannslukking i mediene eller samhandling med Helse Bergen. Ofte er det to sider av samme sak. Hun er oppgitt over feil som oppstår i mediene. Feil i faktaboksene. Feil om hvem som rømte fra hvilken del av sykehuset. Feil om enkeltepiso- der. Feil om pasientenes rulleblad.

– Hvis jeg ikke var så involvert, hadde jeg sikkert synes det var ganske interessant. Men det er anstrengende for både personalet og pasientene. Hvem kan pasientene stole på? Vår hovedlinje er å få pasientene inn i en relasjon til

personalet, og da trenger vi tillit.

Hun forteller om et møte med journalister som sitter spikret i minnet. En journalist fra byens største avis ringte og sa de visste om en hendelse.

– Han spurte om vi ikke kunne møtes for å se i journalen sammen. Hvis jeg hadde gjort det, hadde jeg begått et lovbrudd. Når en journalist går fram med en slik agenda, da betyr det ingenting hva vi sier.

– Ingen kommentar

Torsdag klokken 19.30

Sykepleien møter en av dem som har vært i TV2 og kritisert forholdene ved avdelingen. Hun vil ikke gi noen kommentarer. Først vil hun se resultatet av den forestående intervjurunden som skal kartlegge samarbeidsforholdene.

– Vi får vente og se hva de finner ut, sier hun.

I løpet av kvelden møter Sykepleien flere av personalet, og noen svar går igjen. Alle sier de trives og vil fortsette å jobbe ved RS, men de er lei av medieomtalen. Lei av å bli spurt om forholdene ved posten. De ville aldri uttalt

seg til TV2, Bergensavisen eller Bergens Tidende. En sier han har blitt advart mot å snakke med Sykepleien. En ekstravakt sier at de som bare er negative, og ikke foreslår andre løsninger, ikke kan forvente å bli hørt. Alle sier at posten er for dårlig bemannet.

Ringvirkninger

Fredag klokken 12.30

– Det er tøft å stå i dette arbeidet over lang tid. Du kommer veldig tett på pasientene, sier psykolog Anne I. Nygård. Hun begynte 1. oktober, og har permisjon fra Bergen fengsel. I 1997 tok hun studentpraksis på RS.

– Når avisene skriver at personalgruppa ikke er bra nok, er jeg uenig. De som jobber her er kunnskapsrike og reflekterte. Det er godt gjort å stå i løpet med det store presset utenfra og samtidig gjøre en god jobb overfor pasientene.

Nygård er også sliten av mediepresset. Det gjør noe med den grunnleggende tilliten mellom pasienter og personalet.

– Hvis ikke pasientene tror vi kan verne om deres private sfære, blir det vanskelig å komme i

behandlingsposisjon. Mye energi går med til å stabilisere pasientene igjen etter slike oppslag i avisene.

Psykologen etterlyser mer værvarsom-filosofi hos redaktørene. Hun sier at ansatte som lekker taushetsbelagte opplysninger ikke ser for seg konsekvensene på sikt.

– Redaktørene bør tenke mer på hvilket ansvar de har, for dekingen står ikke i forhold til problemene ved avdelingen. Vi følger alle prosedyrer i forhold til kontrollkommissjonen og lovgivningen.

Hun påpeker at sykehuset ikke kan garantere at pasientene aldri gjør noe galt.

– Det eneste vi kan gjøre er å redusere sannsynligheten. Spørsmålet en bør stille seg er: Hva er en psykisk lidelse? Hvilken behandling kan man forvente? Mediene krever nulltoleranse, men det handler om mennesker som kan være svært psykotiske og redde.

På spørsmålet om mediene har en spesiell fascinasjon for den mest lukkede av de psykiatriske postene, svarer hun:

– Det kan hende mediene velger



sikkerhetspsykiatrien fordi den er mest lukket. Det skal selge, og de velger enkle løsninger.

Høvdingen

Fredag klokken 13.00

Plutselig står han der, tett ved. En eldre mann med markerte ansiktsstrekk og en mine som er en høvding verdig. Han spør om hva jeg driver med på bredt amerikansk. Dr. professor Gary VandenBos, forfatter og medforfatter av internasjonalt kjente fagbøker i psykologi, har vært tilknyttet RS siden starten.

– Jeg får ikke med meg alt som står i avisene. I så fall må jeg få noen til å oversette for meg.

For egen del regner han sikkerhetsavdelingen i Sandviken som en av de tryggeste avdelingene han kjenner. Han har snakket regelmessig med pasientene på RS i 17 år.

– Jeg har aldri følt meg redd. Her spiser personale og pasienter lunsj sammen en gang i uken. Kan disse pasientene være farligere?

Han sier størstedelen av volden er en eller annen form for selvskading. Dessuten ønsker

– Jeg har aldri følt meg redd.

Dr. professor Gary VandenBos

ikke de fleste voldelige pasienter å være voldelige.

Han viser en strategi. Ved å sette seg lengst inn i rommet, og la pasienten få være nærmest døren, unngår han fysiske angrep.

– Slik vet pasientene at de kan velge å forlate rommet. Jeg er ingen hindring for dem.

Han forteller om hvordan han trente sykepleiere fra en avdeling i Detroit til å håndtere vold. I utgangspunktet var oddsene dårlige. Små hvite kvinnelige sykepleiere på gjennomsnittlig femti kilo skulle håndtere to meter høye svarte menn.

– Hvordan kunne jeg hjelpe disse korte, lette kvinnene til å håndtere disse store mennene? Poenget er at en truende pasient som oftest er redd. Hvis du møter pasienten med vold, da vil den andre se vold som eneste alternativ. I virkeligheten er pasienter redde for å si at de er redde. Jeg fortalte sykepleierne at de skulle si: «I am not going to hurt you. I won't let anybody hurt you.» Forestill deg hvordan det er, hvis noen står truende over deg nå, sier han og går tett inntil. Det er psykologisk forsvar.

54 farlige pasienter

Sandviken i Bergen, Dikemark i Oslo og Brøset i Trondheim er de tre institusjonene hvor de farligste psykiatriske pasientene havner i Norge. Til sammen er det rundt 50 personer.

De 54 forsterkede sikkerhetsplassene er fordelt med ti senger hver til Sandviken og Brøset, mens Dikemark har 34. Sikkerhetspsykiatrien i Norge består i tillegg av cirka 170 fylkesdekkende, vanlige sikkerhetsplasser fordelt på 15 avdelinger for 18 fylker.

I 2005 var 20 prosent av pasientene ved de tre forsterkede sikkerhetsavdelingene dømt etter særreaksjonslovene til tvungent psykisk helsevern, det vil si at de hadde begått alvorlig vold eller drap, mens 70 prosent var dømt etter psykisk helsevernloven til tvangsinnleggelse. Dette er de nyeste tallene som finnes.

Særreaksjonslovene

I 2002 fikk vi særreaksjonslovene som skal sikre et behandlingstilbud til pasienter som har begått alvorlig vold eller drap. De er til sammen tre lover som del av straffelovens § 39:

- 1. Lov om dom til psykisk helsevern** – for de utilregnelige. Disse havner oftest først på en av de tre forsterkede, regionale sikkerhetspsykiatriske avdelingene. Senere kan de overføres til vanlige sikkerhetsavdelinger eller til allmennpsykiatrien.
- 2. Lov om dom til tvungen omsorg** – for de høygradig utviklingshemmede og utilregnelige. Disse havner på Sentral fagenhet for tvungen omsorg, som er en avdeling på Brøset. Der er det fem senger, men pasientene kan overføres til hjemkommunen og litt åpnere forhold etter hvert. I dag er det 11 personer som er dømt til tvungen omsorg.
- 3. Lov om dom til forvaring** – for de tilregnelige. Disse havner i fengsel, hovedsakelig på Ila, hvor det er cirka 60 forvaringsdømte i dag. Noen få kvinner er på Bredtveit. I alt er vel 110 personer dømt til forvaring siden loven kom i 2002. Noen av disse har fått dommen som en konvertering av tidligere sikring.

Flere til sikkerhetspsykiatrien?

Særreaksjonslovene skal etterkontrolleres av et utvalg som ledes av Øystein Mæland, direktør ved divisjon for psykiatri, Ullevål Universitetssykehus. Det er usikkert om utvalget vil utvide definisjonen av «utilregnelig», og inkludere ikke bare pasienter med psykose som i dag, men også dem med personlighetsforstyrrelser. I så fall vil det bli mange flere pasienter i sikkerhetspsykiatrien.

– Det er lite sannsynlig at dette vil bli tilfelle i annet enn ytterst liten grad. Det vil kunne oppleves som en oversvømming av psykiatrien med pasienter man ikke har kapasitet til å ta seg av, og som vil være lite motivert for den blandingen av tvangsinnleggelse og behandling som det medfører, mener Pål Hartvig, spesialist i psykiatri ved Kompetansesenter for sikkerhets- fengsels- og rettspsykiatri for Helseregion Øst og Helseregion Sør.

tekst **Eivor Hofstad**



SENSORSURR: Skal sensorene bruke A-F normativt eller kvalitativt og skal det praktiseres ulikt for bachelor- og masternivå? That's the question.

Karakter-rot på høyt nivå

Ikke rart karakterene kan virke tilfeldig for universitets- og høgskolestudentene. Etter at Norge ble med på et europeisk overføringssystem for karakterer og studiepoeng, har det blitt enda vanskeligere å være sensor.

Det felles overføringssystemet heter ECTS (European Credit Transfer System). Intensjonen er at dette omregningssystemet skal brukes relativt etter en såkalt normalfordeling, det vil si at man fordeler studentene prosentvis på en skala fra A til F, der C skal være gjennomsnittskarakteren. I Norden har vi innført skalaen, men tolker den på vår egen måte. Her bruker vi skalaen kvalitativt, det vil si at man ikke fordeler en klasse eller et

kull prosentvis, men vurderer hver enkelt student etter gitte kriterier. Dette ses særlig på høyeregradsstudier som masterstudier og oppover, der B normalt blir gjennomsnittskarakteren.

Ifølge Berlinkommunikéet bør det brukes av alle land som deltar i Bolognaprosessen. Til nå har Norge sammen med Danmark, Finland, Estland, Frankrike, Italia, Nederland, Malta, Slovakia, Slovenia, Tyskland, Ungarn og

Østerrike innført ECTS. Sverige planlegger innføring. Der har de i dag en tredelt karakterskala som de bruker kvalitativt.

– Det er ikke uproblematisk at vi skiller oss fra resten av Europa som er med på ECTS, spesielt siden departementet først ga inntrykk av at man skulle bruke normalfordeling og deretter gikk tilbake på dette og sa at man ikke skulle bruke den på den enkelte klasse eller kull, sier Trine Hvoslef Eide, leder av Utdanningsutvalget til Universitets- og Høgskolerådet.

Hun synes også det er problematisk at Norge har den samme skala som ECTS-skalaen (A-F), uten at det betyr det samme, siden den ene er en omregningsmåte og

den andre er en kvalitativ skala.

– Hvilke konsekvenser får det at vi bruker ECTS-skalaen ulikt?

– Hvis man holder seg til at hvert land har sin egen karakterskala som skal oversettes til ECTS, trenger det ikke ha noen konsekvens. Men siden vi i Norge bruker samme benevning (A-F) på vår nasjonale skala, er det verst for oss. På bachelornivå betyr det mindre fordi man her bruker hele skalaen slik at den blir normalfordelt over kull og flere år. På masternivå blir det skjevt fordi der brukes ikke hele skalaen av ulike grunner. Dette blir vi nødt til å diskutere i Utdanningsutvalget og komme med råd i forhold til.



NOVARTIS

Dårligere i Oslo etter rusreformen

Behandling og oppfølging av rusmisbrukere i Oslo er blitt dårligere etter at staten overtok ansvaret i 2004. – De sykeste taper mest, hevder kritiker.

Det viser en ny rapport bestilt av Rusmiddeletaten i Oslo kommune.

Hovedkonklusjonen i «Evalueringsrapport om den statlige rusreformen for brukere i Oslo kommune» peker i negativ retning.

Økt ventetid

Ventetiden ved behandlingstiltak er økt etter at reformen ble gjennomført, fra sju til bortimot ti uker i 2006. Halvparten av brukerne hadde en ventetid på to uker i 2003, mens det tilsvarende tallet for 2006 er seks uker. Situasjonen er dårligere for søkere fra

Oslo enn ellers i landet for ventetid til poliklinikk og døgntiltak.

Økningen i ventetiden skyldes ikke redusert kapasitet i spesialisthelsetjenesten, men en sterk økning i antall henvisninger.

Det er imidlertid store forskjeller i ventetider, og gjennomsnittet påvirkes av at et lite antall brukere er registrert med svært lange ventetider, i enkelte tilfeller over et år.

Økningen i ventetid er størst for private institusjoner med driftsavtale med Helse Øst RHF og er større for polikliniske tiltak enn for døgntiltakene.

Vanskelig samhandling

Sosialkontorene i Oslo opplever at de har dårligere kontakt med spesialisthelsetjenesten nå enn de hadde med Rusmiddeletaten før reformen, og at det var bedre kontinuitet og sammenheng i tiltakene. Andre konsekvenser for brukerne i Oslo er, ifølge sosialtjenesten, at det er flere feilhenvisninger enn tidligere og dårligere samsvar mellom klientenes behov og type behandlingstilbud.

Syke taper

For bystyremedlem Ivar Johansen (SV) bekrefter rapportens konklusjoner de antakelser han hadde

gjort seg før staten tok over ansvaret for rusbehandlingen i 2004.

– Kravet om resultater og antall behandlinger øker. Det fører til at behandlingsapparatet prioriterer ressurssterke klienter med forholdsvis gode prognoser. Det skaper kort liggetid og omløp i systemet, og det er akkurat det politikerne og ledelsen i helsevesenet etterspør, sier Johansen og stiller seg svært kritisk til en slik politikk.

– Det betyr at det er de dårligste, sykeste og mest krevende pasientene som taper.



NYSGJERRIG PÅ ET LIV UTEN SIGARETTER?

PRØV NICOTINELL NIKOTINTYGGEGUMMI! SAMME GODE SMAK, NÅ I NY PAKNING. LIKE MYKE OG LETTE Å TYGGE SOM FØR. PEPPERMYNTE, FRUKT, LAKRIS OG NØYTRAL – HVILKEN SMAK PASSER DEG?





Janecke Strøm, geriatrisk sykepleier



Susanne Linnestad, ergoterapeut

Dement midt i livet

Demens rammer ikke bare eldre mennesker, men også personer under 65 år. Noen får **symptomer allerede i 30-årene**. I Vestfold er det opprettet en støttegruppe for disse pasientene.

Hukommelsesklinikken

- Hukommelsespoliklinikken i Vestfold er et tilbud på spesialistnivå.
- Oppgavene til enheten er å utrede, diagnostisere, gi medisinsk behandling og anbefale tiltak. Utredningen foregår tverrfaglig.
- Enklere utredning blir vanligvis foretatt på kommunalt nivå. Sammensatte problemstillinger, samt utredning av yngre personer, gjøres på spesialistnivå.
- Veiledning til pårørende og kommunehelsetjenesten er en del av poliklinikkens tilbud. Pårørende kan få tilbud om støttesamtaler.

www.sykepleien.no

Les mer og finn
litteraturhenvisninger på
www.sykepleien.no

Tidlig demens

Søkeord:

Demens

Støttegruppe

Hukommelse

Når yngre personer får en så alvorlig diagnose som demens, er det nødvendig med tilpasset oppfølging fra helsevesenet. Mange av de rammede befinner seg i en fase i livet hvor karriere og barn står sentralt.

Utredning av demens er mer enn å stille en diagnose og innbefatter også å vurdere hva slags tiltak det er aktuelt å igangsette. Det har til nå ikke foreligget en fast standard for oppfølging av personer som har fått en demensdiagnose. For noen kan det oppleves godt å sette navn på problemene, dette fordi den bekrefter det de allerede har kommet fram til selv. Men hverdagen kommer og mange føler seg overlatt til seg selv etter at diagnosen er satt.

Høsten 2004 ble det startet støttegruppe for yngre personer med demens som en del av behandlingstilbudet ved hukommelsespoliklinikken i Vestfold. Formålet med støttegruppen var å gi yngre personer med demens et forum hvor det var mulig å møte andre i samme situasjon. Gruppen ble planlagt som et miljø- og støtte-tilbud.

Refleksjon mulig?

Vi ønsket å undersøke om yngre personer med demens kan nytte seg av et gruppetilbud. Er det mulig for personer med demens å reflektere om sin egen

situasjon og gi hverandre støtte? Prosjektperioden gikk over 18 måneder. I denne perioden var det tre grupper som gjennomførte åtte gruppemøter. Prosjektet ble planlagt som en kvalitativ studie med vekt på den enkelte deltagers opplevelse.

Behandlingsfilosofi

Demens er de pårørendes sykdom, sier Agneta Ingberg i boka «I slutet av minnet finnes ett annet sett att leva» (8).

Gruppetilbudet er basert på personorientert tilnærming til mennesker med demens - personen med demens i sentrum. Tom Kitwood (9) har vært viktig for vår behandlingstilnærming for gruppevirksomheten. Han formidler at følelser og innlevelse bør få mer plass i kontakten med mennesker med demens. Vi som jobber i demensomsorgen kan gjøre mer for den som er rammet enn hva som tidligere er gjort. Han mener symptomene på sykdommen ikke bare er hjerneorganisk betinget, men uttrykk for manglende forståelse og omsorg.

Videre hevder Kitwood at den primære oppgaven i demensomsorgen er å opprettholde personlig identitet på tross av sviktende åndsevner. Positiv oppfattelse av interaksjon med andre mennesker er den helende komponenten i omsorgen.

I vårt samtaletilbud la vi vekt på den sosialpsykologiske siden ved demens. I gruppa fikk alle deltakerne mulighet til å dele sine erfaringer og tanker om hverdagen. Vi fikk et innblikk i den subjektive virkeligheten til den som er syk. Vi la opp til at hver av deltagerne ble hørt og sett av oss andre og at deltagerne gjensidig kunne gi hverandre støtte på identitet og egenverd.

Alle har en oppfatning av egen sosial status. Denne statusen og de ulike rollene til den enkelte endrer seg når en får en demensdiagnose. Personer som utvikler demens, føler seg ofte mindreverdige. De kan slite med praktiske gjøremål, tape oversikt over eget liv, miste arbeid og evne til å kjøre bil. De har ofte opplevd mange tap som rammer selvbildet. For å styrke selvfølelsen er det viktig at kravene som stilles tilpasses evnen til den enkelte. Selvfølelsen styrkes dersom du greier det som forventes av deg (10).

Beskrivelse av utvalget

Samtlige var utredet på hukommelsespoliklinikken. Aktuelle deltagere til støttegruppen ble vurdert av behandlingsteamet sammen med de to lederne av gruppene.

Gruppelederne er spesialsykepleier og ergoterapeut i poliklinikken og hadde derfor

kjennskap til alle deltakerne på forhånd.

Kriterier for deltagelse i støttegruppene var:

- Demensdiagnose i en tidlig fase
- Alder under 65 år
- Bor hjemme
- Er motivert og ønsker å delta
- Noe innsikt i egen situasjon
- Intakt språkevne/lett redusert språksvikt

Ti personer var med på gruppene, tre av disse var med i to ulike grupper. Det var fire menn og seks kvinner og alderen varierte fra 53 til 66 år. I to av gruppene deltok fire personer og i den tredje gruppa fem. Det var en blandet kjønnsfordeling i gruppene.

Sju av deltagerne bodde sammen med ektefelle eller samboer, mens tre bodde alene. To hadde barn under 20 år som fortsatt bodde hjemme. Åtte var

uføretrygdet eller førtidspensjonert, mens en var sykemeldt og en husmor. Åtte hadde fortsatt førerkort, mens en aldri hadde kjørt bil.

Fremgangsmåte

I en canadisk studie i gruppevirksomhet for yngre personer med demens, hadde en god erfaring med å intervju aktuelle deltakere på forhånd. Vi har brukt deres fremgangsmåte som modell. Deltakerne ble kontaktet og forespurt om deltagelse. Det ble avtalt hjemmebesøk eller møte i poliklinikken for samtale og intervju. Vi kartla ønsker om samtaletemaer, forventninger og om deltakerne opplevde praktiske problemer i hverdagen. På denne måten kunne deltakerne være med på å forme innholdet i gruppene. Noen var skeptiske fordi poliklinikken ble forbundet med det

stedet de kom for å bli testet. Selv med små språkproblemer, var enkelte redde for å komme til kort i en samtalegruppe. Derfor var det viktig å avklare innholdet i gruppene.

I England har man de siste årene fått en del erfaring i å drive støttegrupper og det er beskrevet praktiske råd om tilrettelegging av tilbudet for yngre personer med demens (11). Vi la vekt på at gruppetilbudet skulle være enkelt å benytte seg av og godt tilrettelagt for hukommelsessvikt.

Støttegruppene gikk over åtte ganger med ukentlige møter. Samlingene varte i 1 1/2 time. Første time var strukturert, den siste delen mer uformell med kaffe og kake. Deltagerne fikk en mappe med regler i gruppa, informasjonshefter fra Nasjonalforeningen for folkehelse og en artikkel fra tidsskriftet Demens (12).

Struktur på timene:

- Velkommen
- «Uken som var»
- Oppsummering fra forrige gruppe
- Dagens tema
- Velge ut tema for neste gang
- Kort muntlig evaluering
- Avslutning av timen med oppsummering fra dagens samtale

En viktig oppgave for gruppelederen var å unngå å vanskeliggjøre samtalen, som å stille spørsmål deltakerne ikke kunne svare på. Vi unngikk for eksempel spørsmål med hvem, hva og hvilken (13). Vår oppgave var fokusert på å verdsette de erfaringene de delte med oss andre. Det var opp til hver enkelt deltaker om de ønsket å si noe om sine problemer.

Kartleggingsverktøy

Som tidligere nevnt, ble alle intervjuet på forhånd. Vi utarbeidet et



Foto: Scanpix

For å styrke selvfølelsen er det viktig at kravene som stilles tilpasses evnen til den enkelte.



UTFORDRENDE: Gryende demens i en fase hvor man er opptatt av karriere og kanskje hjemmeboende barn, er en utfordrende situasjon både for den enkelte og pårørende. Foto: Scanpix

skjema til denne samtalen (14). Et annet skjema ble utarbeidet for observasjoner under gruppe-møtene. Registreringen ble gjort umiddelbart etter hvert gruppe-møte (15). Vi registrerte om deltagerne gav hverandre støtte, om de kom med replikker og innlegg, om de delte de sine erfaringer og henvendte de seg til hverandre. Optimistiske og pessimistiske utsagn og gruppeleders intervensjoner, ble også skåret.

En uke etter siste gruppemøte ble deltakerne på nytt intervjuet.

På grunn av hukommelsessvikt, vil en person med demens ha vansker med å evaluere deltagelsen i etterhånd etter at møteperioden var over. Derfor fikk deltagerne også anledning til å gi en muntlig evaluering etter hvert gruppemøte. Dette hadde man god erfaring med i tilsvarende grupper i England (16). Det ble notert tilbakemeldinger fortløpende. Gruppeleder skrev

en rapport fra hvert møte.

Videre registrerte vi vår vurdering av den enkelte deltagers aktivitetsnivå fra gang til gang. Vi benyttet en skala fra en til ti og satte hver vår skåre.

Temaer som engasjerte

I intervjuene før oppstart hadde deltagerne få forslag til temaer. Men på gruppemøtene viste det seg at aktuelle tema ofte kunne komme opp i forbindelse med oppsummeringen av uken som var. Gruppelederne forberedte tema for hver gang, men vi la alltid opp til å ta imot innspill. Vi forberedte oss alltid på to tema for hvert møte. Dette for å være fleksible om det skulle vise seg at dagens tema ikke engasjerte til aktiv samtale.

Det ble tatt opp mange samtaletema, her er noen eksempler:

- Overgangen å gå ut av arbeidslivet

- Informasjon om hjelpestønad
- Deltagernes egne erfaringer fra hverdagen med demens
- Kommunens tilbud
- Hvordan snakke med de nærmeste og andre om sykdommen
- Samvær med familie og venner
- Hvordan deltagerne taklet tunge stunder
- Informasjon og utveksling av erfaringer med hjelpemidler
- Vansker med praktiske aktiviteter
- Bilkjøring.

De tre gruppene varierte i forhold til interesse for ulike samtaletema. Felles for alle gruppene var at deltagerne lot seg engasjere når følelsesmessige tema ble tatt opp. Når deltagerne ble engasjerte kom det fram mange meninger og erfaringer fra egne liv. Det ble ofte latter og god stemning. Dette var også erfaringen da vi viste film, «Å leve med demens» (17) som handler om yngre personer

som er rammet av demens. Vi får et innblikk i deres livssituasjon og møter deres familie og venner. Alle lot seg engasjere og var aktive i samtalen etter filmen.

Samspill i gruppene

Alle deltagerne var aktive og formidlet egne erfaringer til de andre i gruppa. I ni av ti tilfeller delte den enkelte deltager i løpet av et møte en eller flere ganger erfaringer med andre. Nesten like hyppig henvendte den enkelte deltager seg direkte til andre deltagere på møtet. I tre av fire tilfeller ga deltagere støtte til andre deltagere i løpet av et enkelt møte.

Noen var klart mer aktive, mens andre foretrakk mest å lytte til andre.

Deltagerne hadde varierende funksjonsnivå, men også de som hadde et lavt funksjonsnivå viste seg å være aktive og kunne gi

emosjonell og praktisk støtte til andre. Deltakere som i utgangspunktet ble med for å se hva dette var, kunne være de som var mest aktive og støttende. Det var ikke forutsigbart hvem som var mest aktive. Tidligere personlighet viste seg ikke alltid av betydning for aktivitetsnivå i gruppen.

Enkelte av deltakerne opplevde i liten grad problemer i hverdagen. Selv om de i gruppa ikke identifiserte seg med de problemene de andre presenterte, kunne de gi god støtte og positive innspill. Det er usikkert om disse personene hadde nytte av tilbudet i form av å mestre bedre, men i intervjuet etter avsluttet gruppe, angir noen av disse deltakerne at det har vært positivt å ha noe fast å gå til og at det hadde vært et godt tilbud sosialt sett.

Spøk og alvor

Vi erfarte at det oftest var en lett stemning når vi møttes. Deltagerne var positive og kom med forslag til hverandre på hvordan man kunne løse problemer i hverdagen.

I to av tre tilfeller kom den enkelte deltager en eller flere ganger med en optimistisk reaksjon i løpet av et møte. Meget sjeldnere – i et av fem tilfeller ga de uttrykk for en pessimistisk reaksjon.

Vi kunne merke på deltagerne at dagsformen kunne variere noe. Av og til var tonen mer pessimistisk. Vi valgte å la hver enkelt deltaker selv balansere hvor mye de ønsket å fortelle om sine erfaringer. Gruppeleder vurderte hele tiden om det var riktig å stille utdypende spørsmål eller ikke. Noen ga uttrykk for tunge tanker i forbindelse med konfrontasjon med sin svikt. De fikk da god støtte av de andre i gruppa, ofte i form av selvironi. Deltakerne tok opp tanker om fremtiden og bekymringer rundt dette. Men det var en gjengs oppfatning at de her og nå hadde det bra. Tiden før diagnose var avklart ble opplevd som vanskeligere. De oppmuntret hverandre til å ta en dag om gangen. Det var

aldri slik at en hel gruppesamling var preget av pessimisme.

Gruppeleders rolle

Gruppelederne la vekt på å la alle bli hørt, lage struktur og forutsigbarhet. Fast struktur på møtene, gjenkjenning og forutsigbarhet bidro til å skape trygghet og god stemning i gruppa.

Vi ga svar på spørsmål som kom opp underveis, og hjalp de deltakerne som hadde språksvikt. Ut fra sammenhengen i samtalen kunne vi andre komme med supplement.

Enkelte deltakere maktet ikke å konsentrere seg om samtaletema og kunne begynne å snakke om helt andre ting. En viktig oppgave

Enkelte deltakere maktet ikke å konsentrere seg om samtaletema og kunne begynne å snakke om helt andre ting.

for gruppeleder var da å holde tråden. En måte å gjøre dette på var å repetere hva forrige deltager hadde sagt. Når samtalen stoppet opp, var det gruppeleder som satte den i gang igjen. Vi erfarte at deltakerne trengte tid på seg, slik at vi ikke nødvendigvis skulle være for raske til å skifte tema eller føre samtalen videre. Små pauser viste seg å være viktig for denne pasientgruppen.

Deltakernes evaluering

En overvekt av deltakerne har vurdert at det mest meningsfulle ved gruppetilbudet var å dele erfaringer med andre i samme situasjon. Det å få kunnskaper om spesielle temaer ble mindre vektlagt. De husket få temaer spontant når de ble intervjuet etter avsluttet gruppe, men presentert for alternative temaer som økonomi, hjelpemidler og førerkort ble dette vurdert som nyttig av de fleste. Samtlige deltakere oppgav forhold til venner og familie som et betydningsfullt tema. Problemer i forhold til arbeidsliv

ble mindre vektlagt. Det har vært lite fravær i gruppene. Tre deltakere spurte om å få fortsette etter at de åtte gangene var avsluttet, noe de fikk anledning til.

Sammensetting av gruppene

Noen vil kanskje oppleve det som konfronterende å møte mennesker som er kommet lengre i sykdomsforløpet enn de selv. Vi opplevde ikke dette i våre grupper. Dette kan ha å gjøre med at vi var selektive i forhold til hvem som fikk tilbud om å være med. Samtalegruppa var for personer i tidlig fase. Også i andre prosjekt har en erfaring med at det fungerer best med en homogen gruppe i forhold til kognitiv svikt (7).

tet egen svikt. Omsorgspersonene rundt pasientene ønsket at pasienten skulle delta for nettopp å innse og akseptere diagnosen, men dette var ikke prosjektets intensjon (18).

Noen kan ha nytte av støttekontakt, andre for støttegruppe eller dagsenter.

Enkelte vil hevde at det er like vanskelig for en eldre person å få en demensdiagnose som for en yngre, og at det er unaturlig å differensiere tilbudet på bakgrunn av alder. Men personer under 65 år befinner seg i annen livsfase med tanke på arbeidsliv og familiesituasjon. Sykdommen oppleves ofte som mer dramatisk for yngre. Vi erfarte at de temaene som de yngre tok opp var knyttet til deres situasjon som middelaldrende. Vansker i arbeidslivet og samvær med barn, er eksempel på temaer som er mer aktuelle for yngre. Demens er en sykdom som forekommer sjelden hos yngre mennesker. Ensomhetsfølelsen kan oppleves mindre dersom det finnes et forum hvor de kan møte andre som har samme sykdom.

Lukket eller åpen gruppe

Gruppen var lukket for nye deltagere for å skape et trygt klima ved møtene. Vi la samtidig opp til en begrenset tidsramme på åtte møter slik at nye søkere skulle slippe å vente for lenge på et tilbud. Vår intensjon var å tilby støttegruppe raskt etter at diagnosen var stadfestet.

I ettertid har vi likevel valgt å la støttegruppen være åpne og drives fortløpende over tid. Dette kan kanskje gå på bekostning av trygghet fordi nye deltagere kommer inn, men det sikrer at personer som nylig har fått diagnose vil få tilbudet når de trenger det. Det vil ikke bli ventetid så lenge det er plasser ledig. Gruppen blir mer fleksibel både til å ta inn nye og til å avslutte de som ikke lenger profiterer på tilbudet fordi sykdommen er kommet inn i en ny fase.

Det at tre av ti deltagere ønsket å fortsette ut over åtte ganger, viser behovet for et permanent

tilbud. Alle gruppene fikk tilbud om å komme på gjenforenings-treff etter tre måneder og etter seks måneder. Kun to har ikke kommet til gjenforeningstreff. Dette kan tolkes i retning av at det er ønskelig med oppfølging over et lengre tidsrom.

Selvstendighet og hjelp

Erfaringen fra støttegruppen er blitt oppfattet som positiv både fra brukere og fra poliklinikken. Det er derfor blitt et permanent tilbud.

Ved en poliklinikk vil man vanligvis møte pasienter med demens noen få ganger i forbindelse med utredning. Oppfølging begrenser seg ofte til kontroll av medisiner. Vi erfarte at gruppa gav oss en unik mulighet til å bli bedre kjent, skape en god kontakt og få tillit til hverandre. Denne positive effekten fikk betydning for å sette i gang med videre oppfølging og tiltak for enkelte av deltakerne i tiden etter at diagnosen var stilt. Det ble en annen forståelse og nærhet i samarbeidet mellom deltaker og kontaktperson fra poliklinikken. Denne kontakten og tilliten fikk betydning for vår hjelperolle. Vi mener gruppeprosessen og den innsikten dette gav hver enkelt ble svært positivt i forhold til å komme frem til gode og viktige tiltak for å mestre hverdagen. Det ble for eksempel mer ufarlig med forslag og sammen finne fram

til aktuelle tiltak i hjemmet. Det kunne være å motta hjelp fra hjemmesykepleien for å administrere medisiner, tiltak for bedre sikkerhet i boligen eller hjelpemidler for tidsorientering. Deresom noen ønsket mer oppfølging kunne vi videreformidle dette behovet til behandlingsteamet eller kommunen.

Oppsummering

Flere av personene vi har møtt i vår kliniske hverdag, har gitt tilbakemelding om at det er vanskelig å godta diagnosen og leve videre med vissheten om at det vil bli verre. Følelsen av ensomhet kan være påtrengende og det overrasker mange at det fantes flere mennesker som var i samme situasjon. I gruppa har flere av deltakerne fortalt at følelsen av ensomhet har blitt mindre etter at de har møtt mennesker som er i samme situasjon. I gruppa så vi at yngre personer med demens kunne samtale, reflektere og gi hverandre god støtte. Ingen ga uttrykk for at de opplevde det som vanskelig å møte personer som var dårligere fungerende enn dem selv.

Vi erfarte at støttegruppen var et godt supplement til utrednings-tilbudet i poliklinikken. Noen deltakere forandret holdning fra å være negative til hjelpetilbud som var foreslått i forbindelse med utredningen, til å akseptere og motta hjelp i løpet av gruppen. Det ble lettere å gi hjelp akku-

rat når vi så at behovet var der. Gruppeleder fungerte som brobygger både til kommunene og til behandlingsteam i poliklinikken.

Innsikt og forståelse

Det er viktig at den enkeltes egnethet og motivasjon vurderes på forhånd. I trygge og rolige omgivelser kunne også deltakere som var kommet lengre i sin sykdom reflektere rundt sin situasjon. Det er viktig å kjenne noe til den enkelte bruker for å kunne tilpasse tema, og å gi praktisk hjelp slik at gruppedeltakelsen ikke blir en bekreftelse på egen svikt. Vi mener at det ville vært vanskeligere å rekruttere yngre personer med demens til en støttegruppe der det også er eldre personer med. Vi vurderer at innsikt i egen situasjon samt forståelse for målet med gruppevirksomheten er to viktige faktorer for at deltakerens skal få best mulig utbytte av deltakelse i støttegruppen.

Det er usikkert om støttegruppen har bidratt til akseptering av sykdommen. Videre vet vi ikke om tilbudet har mest nytte her og nå - eller også over tid. Vi har heller ikke fått erfaring om når det er riktig å avvikle tilbudet for den enkelte deltaker.

Yngre personer med demens som ikke kan nyttiggjøre seg av samtalegruppe bør få et annet tilbud, enten individuelt eller som aktivitetstilbud i gruppe.

LITTERATUR

- Haugen PK. Diagnostikk av yngre med demens. Demens, vol.8, nr 2, 2004: 2-6.
- klubb Reimersholme
- Casey J. Early onset dementia: getting out and about. Journal of Dementia Care. 2004: 12-13
- Cox S, Keady J. Younger People With Dementia: planning, Practise and Development. Jessica kingsley Publishers, London and Philadelphia. 1999.
- Cheston R, o.a. Group psychotherapy and people with dementia. Aging and Mental Health. 2003: 452-461.
- Goldsilver PM, Gruneier MRB. Early stage dementia group: An innovative model of support for individuals in the early stages of dementia. American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias, vol. 16, nr 2, 2001: 109-114.
- Wogn-Henriksen K. Er jeg den eneste i hele verden som har det sånn. Demens, vol.9, nr 3, 2005: 5-7.
- Andersson B. I slutet av minnet finns et annat sätt att leva: Agneta Ingberg om sitt liv med Alzheimers sykdom. Libris. 2005.
- Kitwood T. En revurdering af demens: personen kommer i første række. Danmark, Daflo Forlag. 1. utgave, 1999.
- Cars J, Zander B. Samvær med demente:råd til pårørende og hjelpepleiere. Norge, Fagforlaget. 2002: 43-46.
- Baldwin R, Murray M. Younger people with dementia: A Multidisciplinary Approach. Martin Dunitz. 2003: 127-139.
- Engh K. Å leve med Alzheimers sykdom. Agenda, nr 4 2000: 4-5
- Cars J. Hva er et menneske? Demens vol.9, nr 3, 2005: 20-21
- Haugen PK. ? observasjonsskjema
- Strøm J, Linnestad S. To intervju-skjema. 2004.
- Woods B. I: Cox S, Keady J (ed) Younger People with Dementia. Planning, Practise and Development, London and Philadelphia. 1999: 245- 261.
- Å leve med Demens. Nasjonalforeningen. Film.
- Yale R. I: Cox S, Keady J (ed) Younger People with Dementia. Support Groups for People with Early Stage Alzheimer's Disease. London and Philadelphia. 1999.:Chapter 15

Få tilbud til tidlig-demente

Utenlandske og norske undersøkelser viser at det nesten ikke eksisterer behandlings- og aktivitetstilbud til yngre personer med demens (1). I Sverige og England har det vært etablert dagsentertilbud til denne gruppen. Her i landet finnes det noen få steder med dagtilbud (2,3), og tre døgnavdelinger som er spesielt tilrettelagt for yngre personer med demens.

I studier der yngre med demens hadde hatt anledning til å delta i samtalegrupper, har en sett positiv effekt av å ha mulighet til å dele erfaringer, reaksjoner og følelser sammen med andre som er i samme situasjon (4,5). I Canada har de startet med støttegrupper for personer i tidlig fase av sykdommen uavhengig av

alder (5). I England har yngre personer med demens fått tilbud om støttegruppe (14). Ved alderpsykiatrisk poliklinikk i Molde kom samtalegrupper for yngre personer i gang vinteren 2004. De hadde samtidig gruppetilbud til pårørende (7).

I Norge er det mellom 1200 - 1400 personer under 65 år som har en diagnostisert demenssykdom og det kommer til litt over 100 nye tilfeller hvert år. Dette anslaget er basert på internasjonale undersøkelser (1). Overført til Vestfold fylke betyr det at mellom 60 og 90 personer under 65 år hvert år får stilt en demensdiagnose.

Ingen jubel for kjemperegionen

Budskapet om Helse Sør Øst kom 31. januar fra helseministeren. – Giganten løser ingen problemer, sier tillitsvalgte.

– Til pasientenes beste, er helseministerens hovedbegrunnelse for å slå sammen Helse Øst og Helse Sør.

Hun får motbør fra ulikt hold, men Norsk Sykepleierforbund (NSF) er ikke blant dem som skriker høyest.

– Vi jubler for så vidt ikke, men går heller ikke på barrikadene for å protestere, sier NSF-leder Bente Slaatten.

Hun er enig i at det var på tide å gjøre et grep for å løse problemer i Oslo.

– Av flere onder var ikke dette det verste. Vi ser sammenslåingen som et skritt mot nasjonal styring på sikt. Dette berører først og

fremst administrasjonen. Men vi forutsetter at i prosessen videre blir de ansatte involvert.

Frustrert

– For vårt sykehus blir nok dette en bedre løsning, sier foretakstillsvalgt Vibeke Kristiansen på Radiumhospitalet-Rikshospitalet.

– Men jeg blir så frustrert når jeg hører helseministeren si at det er for pasientenes beste. I forhold til hva da? Norge har aldri hatt et bedre helsetilbud. Og å høre at Oslo-sykehusene nå må samarbeide bedre er urettferdig: Vi har aldri samarbeidet så bra som nå. Dessuten har vi alltid funksjons-

delt med Ullevål, sier en provosert Kristiansen.

Problemet er ikke samarbeid, men betalingssystemet, mener hun og stiller spørsmål ved hele regionsordningen.

– For meg kan man legge ned alle regionene. Jeg tror ikke det løser noe.

– Usant

– Trist at regjeringen har konkludert slik på bakgrunn av en rask og dårlig prosess, sier Morten Falkenberg, konserntillitsvalgt for Unio i Helse Sør.

– Både stats- og helseministeren sier at de har hatt prosess med organisasjonene, men det er ikke sant.

Han tror ikke Oslo-problemet med en påstått Berlin-mur mellom sykehusene blir løst ved å skape en gigant.

– Oslo-makten vil bli veldig sterk, og det vil distriktene tape på, frykter han, men legger til:

– Når vedtaket nå er gjort, får vi brette opp ermene.

Marianne Skovly, foretakstillsvalgt på Sykehuset i Vestfold, tror heller ikke at sammenslåingen løser noen problemer.

– Vi har én helseminister som burde tatt styringen over alle sykehusene i dette landet.

Positive i sør

– Vi er positive, sier Reidun Åsland, foretakstillsvalgt på Sørlandet sykehus.

– Vi synes ikke det er bra i dag, og vil gjerne prøve noe nytt. Det trengs mer styring. Vi har gjort lekser vår her og lagt ned to sykehus. Nå forventer vi mer penger til å drifte.

Se også side 16



NYHET! DECUBAL Intensive Cream til ekstra tørr hud!

Vinteren er her, og med vårt nordiske klima opplever huden både kulde, snø og vind. Dette gjør at huden din trenger litt ekstra pleie. Decubal Intensive Cream er en fet krem som pleier og behandler ekstra tørr og irritert hud, atopisk eksem og psoriasis.

Kremen er meget behagelig og lett å smøre ut. Decubal Intensive Cream egner seg også utmerket som kuldekrem. Inneholder 70 % fett.

Kremen er uten parfyme og inneholder ikke parabener eller andre konserveringsmidler.

Decubal selges på apotek. Les mer på www.decubal.no



Sprett opplæringsmodell

RISØR: Et problem på arbeidsplassen du vil løse? Lære noe nytt som du selv bestemmer? Øke lønna med 10 000? Kirsten, Kaia og Birger i Risør kommune er tre av de 87 ansatte i Risør kommune som har gjort det.

Navnet er AKS - alternativ kompetansesige. De tre bokstavene er blitt det nye mantraet blant Risørs kommunalt ansatte. Det handler om en læringsfilosofi som bygger på en gammel kjensgjerning: Den kjenner best hvor skoen trykker som har den på. I Risør tenker de at gnagsår kan bli til perler:

– Vi som jobber med læring har visst det i årevis: Det nytter ikke å implementere noe som ledelsen har bestemt over hodet på de ansatte. Her lar vi de ansatte ta utgangspunkt i noe de vil forandre eller lære mer om. De tilegner seg ny kunnskap selv, dermed kommer implementeringen underveis, sier Nils Martin Andersen, sykepleier og helse- og sosialsjef i Risør kommune. Han leder styringsgruppen til AKS.

– Denne modellen for læring har vært så vellykket at vi kommer til å fortsette med det. Jeg sier som Gudmund Hernes: Vi ønsker å lage så dype spor at man ikke kommer seg ut av dem!

AKS-prosjektene

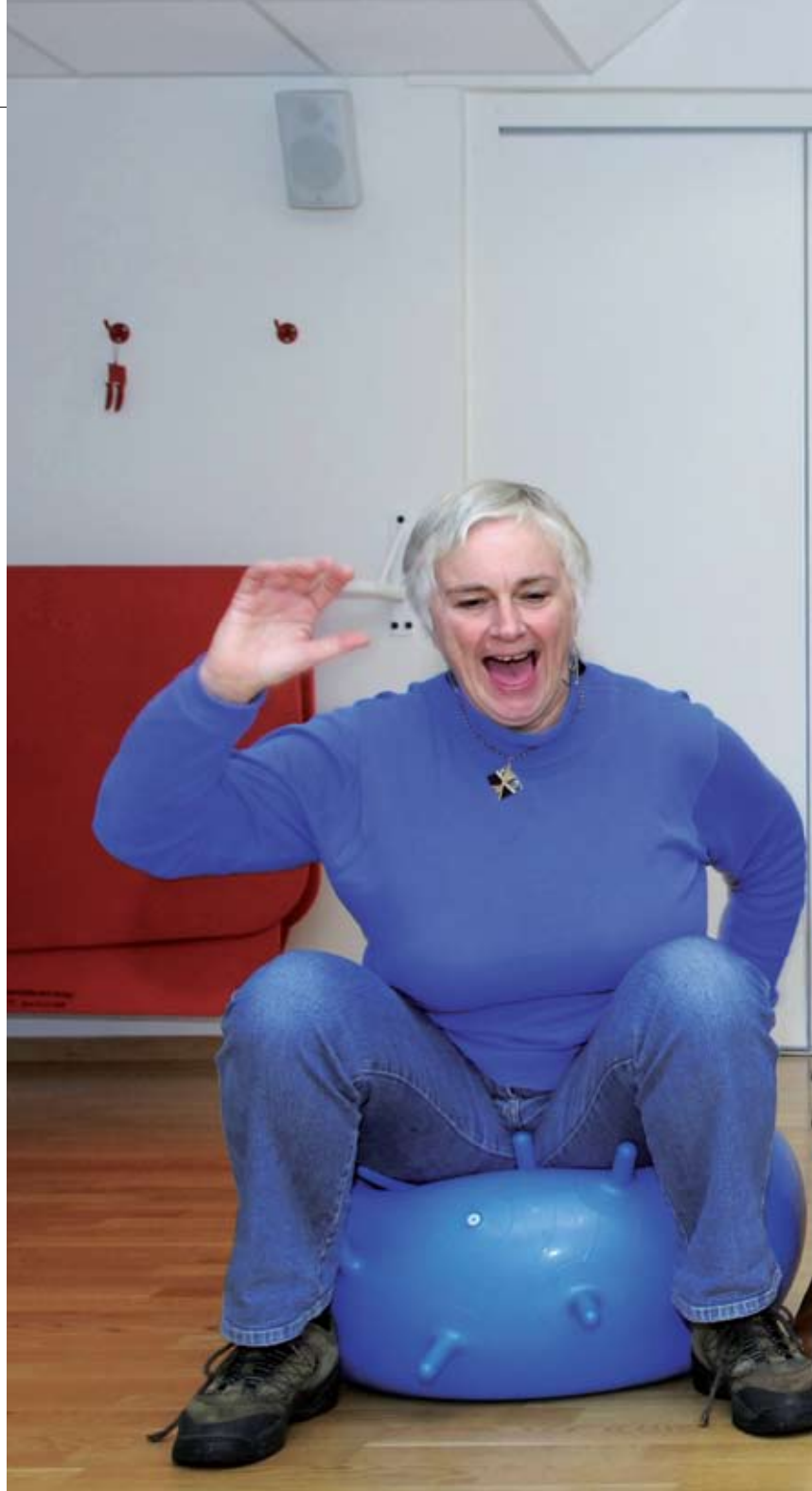
Interesserte kan lese mer på www.risor.kommune.no. I margen til venstre under «prosjekt» finnes blant annet en oppdatert liste over de 26 AKS-prosjektene.

Fra sjef til veileder

Kortversjonen av AKS er som følger: Man øyner en problemstilling på arbeidsplassen og får med seg minst to, maks fire stykker som har lyst å gjøre noe med det. Så godkjenner eller avviser avdelingsleder prosjektet. Siden oppstarten i 2001 har det kun vært ett prosjekt som har fått nei. Kravet er at prosjektet skal være en del av avdelingens prioriterte område som man ønsker å forbedre. Gruppen tildeles 10 000 kroner som skal brukes til å tilegne seg ny kunnskap gjennom å reise, hospitere, gå på kurs, kjøpe litteratur og lignende. Kravet er tre ukers jobbing fordelt over minst et halvt år. En av ukene brukes i arbeidstiden, to tas av fritiden. En av disse avspaseres når prosjektet er godkjent av kommunens kompetanseråd. I prosessen får man veiledning fra avdelingslederen sin.

– Siden 2005 har alle våre avdelingsledere tatt videreutdanning i coaching og blitt veiledere, sier Andersen.

Gjennom gruppejobbing skal man så utvikle problemstillingen og avlegge gruppe rapport. Underveis har man - hvis nødvendig - endret på praksisen og implementert den nye kunnskapen på avdelingen. Til slutt legges arbeidet fram for kompetanserådet som består av rådmannen, personalsjef, etatsjef og tillitsvalgte.



Lønnsøkning

Først da er prosjektet gjennomført og de som har deltatt har et bra argument ved neste lokale lønnsforhandling.

– Det er ikke noen automatikk i det, men foreløpig har alle som har vært med fått 10 000 kroner i lønnsøkning hver. Og det blir ikke lett å unngå det fremover ved lokale lønnsforhandlinger, sier Andersen.

– Det låter dyrt?
– Nei, lønnsputten kommer jo allikevel hvert år og den har bare

blitt større. Nå har tillitsvalgte og ledelse klarere kriterier å gå etter når potten skal fordeles, og det blir lagt mindre vekt på trynefaktor.

– Hva koster AKS kommunen?
– Vi har regnet på at det blir cirka 70 000 kroner per gruppe som skal gå til å dekke opp vikarer. I tillegg får hver gruppe 10 000 til å dekke sine utgifter.

Andersen konstaterer tilfreds at Risør kommune har lavt forbruk på helse- og omsorgstjenester, men høyt på kompetansehevende tiltak.



SMERTE-EKSPERTER: Sykepleierne Kaia Grønvold og Birger Andersen er sammen med fysioterapeut Kirsten Benestad (til venstre) glade for å ha blitt klokere sammen gjennom et AKS-prosjekt om smerteregistrering på sykehjem. Les om deres prosjekt på neste side.

– Den typen økonomiske prioriteringer vil nok lønne seg i lengden. Ved å øke fagligheten får også brukerne en bedre hverdag, tror han.

Prosjektjungel

AKS gjelder alle kommunalt ansatte, men de siste årene har 40 prosent av prosjektene vært sykepleierrelaterte. Og spennet har vært stort: Fra aktivisering av barn til hvordan forholde seg til døende. Totalt 26 prosjekter er godkjent eller i arbeid.

– Utallige av prosjektene har fortsatt videre som en aktivitet. Slik går det når endringen kommer nedenfra og opp. Når noen på grasrota tar tak i noe de brenner for, stopper det ikke, sier en stolt helse- og sosialsjef.

Ble opphisset

Sykepleierne Kaia Grønvold, Birger Andersen og fysioterapeut Kirsten Benestad likte godt å jobbe tverrfaglig med stort aldersspenn i sin AKS-gruppe.

– Med bakgrunn i at gruppemedlemmenes bakgrunn og arbeidssituasjon er ulik, har møtene også blitt anvendt til å kunne la tankene fare av sted, diskutere og bli opphisset, skriver de i sin gruppe rapport.

– At vi har jobba tverrfaglig og fått et redskap vi kan bruke er på en måte columbi-egget her. I hverdagen er det lite rom for diskusjon, ettertanke og etikk. Det har vi fått her, og det har vært veldig positivt, sier Benestad.

– *Hvordan har det vært å jobbe gratis en uke?*

– Vi har jobbet mye mer enn det, men drivkraften har vært å lære mer, så det har gått helt fint, sier Andersen.

– Det at vi har jobbet gratis har ikke vært det store tema, nei, istemmer Benestad.

– *Og alle tre har fått 10 000 kroner i lønnsøkning?*

– Nei, vi har fått 9000, så der fikk vi et argument ved neste lønnsforhandling, sier Andersen og humrer.

Smerteskjema på sykehjem

RISØR: Norske sykehjemspasienter får elendig smertebehandling, blant annet på grunn av dårlig smertereregistrering. Det har to sykepleiere, en fysioterapeut og et AKS-prosjekt gjort noe med i Risør.

Ulike typer smerter krever ulike typer behandling. Gjennom et enkelt smertereregistreringsskjema dokumenteres nå pasientenes smerter ved Frydenborgsenteret sykehjem i Risør. Sykepleierne Kaia Grønvold, Birger Andersen og fysioterapeut Kirsten Benestad har gjennom 11 måneders forarbeid og to måneders utprøving kommet fram til skjemaet som er spesialtilpasset brukerne ved den somatiske langtidsavdelingen de sykepleierne jobber på. Skjemaet er beregnet på mentalt klare og noe kognitivt svekkede pasienter. – Det ville ikke blitt bra nok dersom skjemaet skulle anvendes

på mentalt klare og demente pasienter samtidig. Dessuten finnes det egne skjemaer for demente fra før, sier Andersen.

Skjemaet kom de fram til etter å ha deltatt på ulike kurs om smertebehandling og etter å ha lest mye litteratur rundt emnet. De samlet inn ulike smertereregistreringsskjemaer fra sykehus og et annet sykehjem, men ingen passet godt nok inn i hverdagen på Frydenborgsenteret. Derfor laget de sin egen versjon.

Behandling ble endret

Smerter som ikke behandles kan blant annet føre til søvnløshet og

immobilitet. Etter at skjemaet nå har vært brukt i åtte måneder, har sykepleierne ikke foretatt noen formell måling som kan vise bedring på disse punktene. Men tilbakemeldingene fra legene er veldig positive. De synes det er blitt lettere å forordne en behandling. I ett tilfelle opplevde avdelingen at behandlingen ble endret som følge av lik smertereregistrering gjort av tre ulike sykepleiere hos samme pasient. Dette viser noe om hvor pålitelig skjemaet er i bruk.

– Det var en kognitivt svekket kvinnelig pasient med osteoporose. Hun gikk dårlig og klagde over at hun hadde vondt. Det ble også registrert grimaser og stønning. Dosering ble endret og hun ble bedre og mer mobil. Vi så forandringen veldig godt, forteller Andersen.

AKS-arbeidet har for øvrig pirret nysgjerrigheten hans tilstrekkelig til at han vil lære mer om lindrende behandling, gjennom nye AKS-prosjekt eller lignende.

– Drømmen er å få en lindrende seng eller to ved sykehjemmet, sier han.

Brukes for lite

Målet er at alle pleierne ved avdelingen skal bruke skjemaet, men foreløpig har det vært vanskelig å rekruttere alle yrkesgruppene med på det. Det blir mest til at sykepleierne bruker det og registrerer resultatene inn på det elektroniske pasientjournalssystemet Gerica, etterpå. Dårlig tid i en hektisk hverdag får det meste av skylden for det.

– Vi spør hele tiden: «Har du brukt skjemaet?» Vi tar stadig opp smertereregistrering som tema, og jobber kontinuerlig med holdningsendring, sier Andersen.

Skjemaet skal etter hvert inn i kvalitetssikringssystemet som er en del av HMS-bestemmelsene i kommunen.

Skjermet avdeling på sykehjemmet har meldt sin interesse for skjemaet, og i nærmeste framtid skal hjemmetjenesten få det presentert av gruppen. Benestad har som kommune-fysioterapeut også prøvd ut skjemaet i hjemmetjenesten for psykiatri med god erfaring.

– Jeg fant blant annet at en pasient ikke bare hadde psykogene smerter, slik man hadde trodd, men at smertene også skyldtes en betennelse i et muskelfeste i skulderen, forteller hun.



SMERTELIG SAMTALE: Her er det smertene til beboer Anna Hommefoss på Frydenborgsenteret som kartlegges av sykepleier Kaia Grønvold og det nye smertereregistreringsskjemaet.

- ▶ Mindre muskeltretthet
- ▶ Grete Waitz sålen i alle modeller

Helse og Fritid

- ▶ Maks støtdemping
- ▶ Mindre belastning på kroppen

2007

Grete Waitz



549,-



Art. 288 oljet skinn
Beige eller sort.
35 - 46

Bestselger 2006

549,-



Art. 294 oljet skinn
Farge: rust 35-42

NYHET!
2007-modell

499,-



Art. 253 semsket
Beige eller sort.
35 - 46

499,-



Art 293 blått skinn
35-42

NYHET!
2007-modell

549,-



Art. 292 oljet skinn.
Beige. 35 - 42

Priser fra **499,-**
Normalpris fra 825,-

SVARKORT

Ja takk! Jeg ønsker å bestille Grete Waitz helsesko.
Skriv inn artikkelnr., farge, størrelse, antall og pris.

Artikkelnr.	Farge	Størrelse	Antall	Pris

Navn:

Adresse:

Postnr.: Sted:

Tlf.: E-post

Det er trykk å bestille, - du har full bytte og returrett

Grete Waitz

Adressaten betaler for sending i Norge



Distribueres av Posten Norge

Foot Care AS
SVARSENDING 4330
0093 OSLO

Tlf.: 67 97 80 40

Fax: 67 97 18 16

E-mail: post@footcare.no

For flere modeller se:

www.footcare.no

Tillat oss inntil 3 ukers leveringstid.

*Porto/oppravsgebyr kommer i tillegg

Gratis medisinfo for svaksynte

De tettskrevne pakningsvedleggene som følger medisiner fra apoteket kan være en utfordring å lese for noen hver. Nå har verdens første medisin-telefon åpnet. Ring 800 35 550.

Her kan du få lest opp hele eller deler av pakningsvedlegget til samtlige medisiner som er lagret på Felleskatalogens pasientutgave.

Opplesingen gjøres av en syntetisk stemme, og kan høres litt fremmed ut.

Det er gratis å ringe fra fasttelefon, men fra mobil påløper ordinære tellerskritt. For å benytte tjenesten må du vite varenummeret som står på medisinpakningen. Klarer du ikke å finne det, taster du stjerne (*) etter telefonnummeret. Da blir samtalen automatisk satt over til et apotek som er behjelpelig med å finne nummeret. Når de har lagt på, kobles det over til taletjenesten igjen.



ENKELT: Nå kan også blinde og svaksynte enkelt finne ut om noen av medisinene de tar ikke passer sammen, hvordan de skal tas eller hvilke bivirkninger de har.

Tjenesten er et samarbeidsprosjekt mellom Norges Blindeforbund, Felleskatalogen AS, Legemiddelindustriforeningen og Vitusapotek Jernbanetorget i Oslo. Den samme tjenesten samt

pakningsvedlegg i blindeskrift kan man også få fra Felleskatalogens pasientweb: www.felleskatalogen.no/pasientutgave/

C Rotarix GlaxoSmithKline

Vaksine mot rotavirus, levende.

ATC-nr.: J07B H01

PULVER OG VÆSKE TIL MIKSTUR, suspensjon: Hvert sett inneholder: I) Hetteglass: Tørrestoff av humant, levende, svekket rotavirus (stamme RIX 4414) $\geq 10^6$ CCID₅₀, sukrose, dekstran, sorbitol, aminosyrer, Dulbecco's Modified Eagle Medium. II) Ferdigfylt sprøyte: Kalsiumkarbonat, xantangummi, sterilt vann til 1 ml. **Indikasjoner:** Profylakse mot gastroenteritt forårsaket av rotavirusinfeksjon hos spedbarn fra 6 ukers alder. Det er påvist beskyttelse mot gastroenteritt forårsaket av rotavirus G1P[8], G3P[8] og G9P[8]. Skal gis i.h.t. offisielle anbefalinger. Dosering: Vaksinen skal kun gis oralt. Vaksinasjonsskjemaet består av 2 doser. 1. dose kan gis fra 6 ukers alder. Intervall mellom 1. og 2. dose bør være minst 4 uker. Vaksinasjonsskjemaet bør helst gis før 16 ukers alder, men må være fullført ved 24 ukers alder. Det anbefales at barn fullfører 2-dose skjemaet med samme vaksine. **Må ikke under noen omstendigheter injiseres.** **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for noen av innholdsstoffene. Overfølsomhet etter tidligere vaksiner mot rotavirus. Tidligere tilfeller av tarminvaginose. Medfødt misdannelse i fordøyelseskanalen som kan predisponere for tarminvaginose. Kjent eller mistenkt immundefekt. Asymptomatisk HIV-infeksjon. Vaksinerings skal utsettes ved akutt alvorlig febersykdom. En lett infeksjon er imidlertid ikke en kontraindikasjon. Vaksinerings bør utsettes ved diaré eller oppkast. **Forsiktighetsregler:** Vaksinen inneholder hjelpestoffet sukrose, men mengden er imidlertid for lav til å forårsake bivirkninger hos spedbarn med fruktoseintoleranse, glukose-/galaktosemalabsorpsjon eller sukrase-/isomaltaseinsuffisiens. Det foreligger ingen data angående sikkerhet og effekt ved vaksinerings av spedbarn med gastrointestinal sykdom eller veksthemming. Vaksinen kan likevel gis dersom det etter legens vurdering ansees som en større risiko å ikke vaksinere. Bør gis med forsiktighet til spedbarn som har nærkontakter med immundefekter, slik som ondartet kreft, redusert immunforsvar eller immunsuppressiv behandling. Vaksineviruset kan skilles ut i avføring etter vaksinerings. Utskillelsen er størst etter 7 dager. Det er observert tilfeller hvor vaksineviruset er overført til seronegative kontakter av vaksinerte, men dette har ikke forårsaket kliniske symptomer. Personer i kontakt med nylig vaksinerte bør være nøye med personlig hygiene (f.eks. håndvask etter bleieskift). For tidlig fødte barn kan vaksineres selv om en lavere immunrespons er observert og graden av klinisk beskyttelse fortsatt er ukjent. Vaksinen gir ikke beskyttelse mot gastroenteritt forårsaket av andre patogener enn rotavirus. Det er mulig at ikke alle vaksinerte oppnår en beskyttende immunrespons. Interaksjoner: Kan gis samtidig med følgende monovalente eller kombinasjonsvaksiner: Vaksine mot difteri, tetanus og kikhoste

(helt eller acellulær), vaksine mot Haemophilus influenzae type b, vaksine mot polio (inaktivert eller oral), vaksine mot hepatitt B og vaksine mot pneumokokkinfeksjon. Det er ingen begrensninger på spedbarnets inntak av mat eller drikke hverken før eller etter vaksinerings. **Graviditet/Amning:** Amning vil ikke redusere beskyttelsen vaksinen gir mot gastroenteritt forårsaket av rotavirus og kan derfor opprettholdes gjennom hele vaksinasjonsskjemaet. **Bivirkninger:** *Hyppige (>1/100):* Gastrointestinale: Tap av matlyst, diaré, oppkast, luft i maven, mavesmerter, oppgulpung av mat. *Øvrige:* Feber, utmattelse. *Mindre hyppige:* Gastrointestinale: Forstoppelse. Neurologiske: Søvnighet. Psykiske: Gråt, søvnforstyrrelser. *Sjeldne (<1/1000):* Hud: Dermatitt, utslett. Luftveier: Øvre luftveisinfeksjon, heshet, snue. Muskel-skjelettsystemet: Muskelkrampe. **Egenskaper:** *Klassifisering:* Humant, levende, svekket rotavirus (stamme RIX 4414) dyrket i Vero-celler. Etter 2 doser er det vist en beskyttelseeffekt på 85% mot alvorlig gastroenteritt forårsaket av rotavirus som krevde sykehusinnleggelse og/eller rehydreringsterapi. Sikkerhetsstudie har vist at vaksinen ikke gir økt risiko for tarminvaginose. **Oppbevaring og holdbarhet:** Oppbevares i kjøleskap (2-8°C). Må ikke fryses. Beskyttes mot lys. **Andre opplysninger:** Vaksinen består av et hvitt tørrestoff i hetteglass og en blakket, hvit suspensjon i en ferdigfylt sprøyte. Ved lagring kan et hvitt bunnfall og en klar supernatant observeres i sprøyten. Tørrestoffet i hetteglasset, suspensjonen i sprøyten og den ferdig rekonstituerte vaksinen skal undersøkes visuelt for ev. fremmede partikler og/eller fysiske forandringer før den gis. Dersom slike forandringer oppdages skal vaksinen destrueres. Vaksinen tilberedes ved å tilsette hele innholdet i sprøyten til tørrestoffet i hetteglasset ved hjelp av overføringsadapteren som følger med. Etter at suspensjonen fra den ferdigfylte sprøyten er tilsatt hetteglasset må blandingen ristes godt. Blandingens trekkes tilbake i sprøyten. Den ferdiglagde vaksinen foreligger som en noe mer uklart suspensjon enn væskekomponenten alene. Ferdigblandet vaksine bør gis straks. Vaksinen gis oralt ved at hele sprøyten innhold gis på innsiden av kinnet mens barnet sitter i en tilbakeleiligning. Dersom barnet spytter ut eller gulper opp mesteparten av vaksinedosen, kan en ny dose gis ved samme legebek. Skal ikke blandes med andre legemidler i samme sprøyte. Ikke anvendt legemiddel samt avfall bør destrueres i overensstemmelse med lokale krav.

Pakninger og priser: 1 sett kr 695,10. Sist endret: 22.05.2006

Referanse: 1. Felleskatalogen 2006.



Diaré og oppkast som følge av rotavirusinfeksjon kan nå forebygges med vaksine¹

“Rotarix® gir tidlig beskyttelse mot rotavirus gastroenteritt - send videre.”



Rotarix[®]
rotavirus vaksine

Rotarix - to **orale** doser¹
Tidlig beskyttelse mot rotavirus gastroenteritt¹



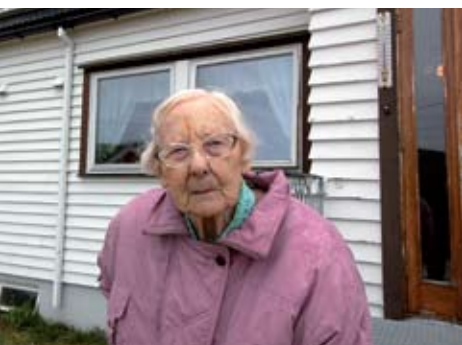
GlaxoSmithKline

GlaxoSmithKline AS Forskningsveien 2 A, Postboks 180 Vinderen, 0319 Oslo. Telefon: 22 70 20 00. Telefaks: 22 70 20 04. www.gsk.no

Se preparatmtale side 50

Pleie på norsk, samisk og kvensk

BØRSELV, FINNMARK: Solbrått aldershjem i Børselv er verdens eneste norsk-, samisk- og kvenskspråklige aldershjem. Der er individuelle hensyn en selvfølge, stoppeklokke bannlyst.



ENKLERE: Det er enklere for de eldste å snakke morsmålet.



HJEMMEKOSELIG: Arnt Mikkelsen venter på middag. Sykehjemmet legger vekt på at beboerne skal trives og føle seg hjemme.

Kvinnen i den grønne frakken setter seg ned på sengekanten til den gamle. Smil, en klem og småprat på et annerledes klingende språk utveksles.

Dorotheas fortjeneste

Solbrått aldershjem ble bygget i 1930 av misjonæren Dorothea Klem. Hun kom til flerminoritetsbygda Børselv på en av sine reiser, og ble opprørt over hvor dårlige forhold de gamle levde under. Under annen verdenskrig brant aldershjemmet ned til grunnen, men Dorothea var ikke villig til å la det forsvinne. I 1950 sto det gjenoppførte Solbrått klart for å ta imot sine beboere igjen. Siden har det hvite trehuset i de naturskjønne omgivelsene vært bosted for de eldste i Børselv og områdene rundt.

Tryggere på morsmål

– *Gii don leat? Hvem er du?*

Ei lita dame med grå pasjeklipp, blomstermønstret samekofte og smil i blikket kommer stavrende ned trappa og vil vite hvem det er som har kommet på besøk. Jeg forteller at jeg er der for å skrive om aldershjemmet hun bor på. Vi blir stående og veksle noen ord før hun tusler videre inn på kjøkkenet, der middagen er i ferd med å bli servert.

På det lune kjøkkenet sitter beboerne og venter på dagens

middagsmat. Det er nytrukket fisk, kokte poteter, gulrøtter og eggesmør som står på menyen i dag. Bortsett fra menyen til Arnt, som synes han har spist nok fisk i livet, og som derfor får kjøttkaker istedet. Arnt er eneste hane i kurven på Solbrått, og han stortrives med å bli dulla med. Pleier og tillitsvalgt for de ansatte, Judith Nygård går rundt og småprater med beboerne. Hun veksler uanstrengt mellom norsk, samisk og kvensk etter hvem hun henvender seg til.

– Det er klart det er viktig at de får bruke morsmålet sitt. Mange av dem som bor her har samisk eller kvensk som morsmål, og så har de lært seg norsk etter hvert. Men når man blir eldre, glemmer man litt, og da er det lettere og tryggere å kunne snakke på morsmålet sitt. Jeg merker at de blir roligere, mer fortrolige med meg når jeg snakker deres språk. Omtrent halvparten av de ansatte på Solbrått snakker samisk, og like mange snakker kvensk i tillegg til norsk, forteller hun.

Judith har jobba på Solbrått i nærmere 20 år, og kunne ikke tenke seg noe annen jobb. Hun tror den familiære tonen og de koselige omgivelsene gjør at både de ansatte og beboerne forholder seg til hverandre på en annen måte enn de ellers ville gjort. Og at de ansatte holder ut så lenge som de gjør i den tunge jobben.

– Solbrått er ikke så institusjonsprega som mange andre aldershjem. Vi har fått høre at vi jobber på en litt gammeldags måte. Det er fordi vi gjør alt sjøl; holder det reint, vasker og lapper klær – alt. Og så har vi det hjemmekoselig med matter i stua, blomster i vinduene og ordentlige møbler. Det er ikke så sterilt. Her er noe i veggene som sier at dette er et hjem, sier hun med varme i stemmen.

Truet av nedleggelse

– *Du. Du. Don, nieida, atte munnje eanet vuoja. Du, jenta, gi meg mer smør, ber ei lita dame i rød kjole.*

De gamle spiser med god appetitt. Den unge pleieren går bort med smørskåla så den rødkledde kan forsyne seg. Hun er ei av de nyest ansatte på Solbrått, og er glad for å ha fått jobben. Det er ingen selvfølge å finne jobb i hjembygda Børselv.

For ei tid tilbake var aldershjemmet truet av nedleggelse. Kommunen mente de ville spare penger på å plassere alle beboerne i kommunesenteret Lakselv. Med 40 prosent av alle arbeidsplassene er Solbrått den største arbeidsgiveren i Børselv, og ei stund fryktet innbyggerne i den unike flerminoritetsbygda at fraflytting var uunngåelig. Takket være aktiv og engasjert innsats fra fagbevegelsen og lokalpolitikkerne ble full



GELEIDER: – Solbrått er ikke så institusjonsprega som mange andre aldershjem, sier pleier og tillitsvalgt Judith Nygård. Her følges damene på avdelingen inn i spisesalen.

Det er klart det er viktig at de får bruke morsmålet sitt.

Judith Nygård, pleier

nedleggelse avverget i tolvte time. Likevel føler ikke de ansatte seg trygge på at det alltid vil komme til å være et Solbrått. Nylig vedtok kommunen å gå ned fra fjorten innkjøpte boplasser til ti. Judith synes kommunens kutt er uforståelige.

– Nei, jeg forstår det ikke. Jeg vet jo at det er mange som står på venteliste for å få plass her, og det føles helt feil når vi egentlig har plass til fire beboere til, sier hun.

Judith forteller at hun selv har sin pleietrengende far boende hjemme hos seg fordi han ikke får plass på aldershjem. Hun innrømmer at dette er vanskelig å svelge når flere senger på Solbrått står tomme.

– Jeg har rett og slett ikke ord for hva jeg synes om det. Det har vært en overgang å stille min egen far. Jeg sleit med det i begynnelsen. Kommunene prater jo så fint om hjemmebasert omsorg. Men her i distriktet kommer hjemmesykepleien bare på mandag og på onsdag. Så hva med tirsdag – hvem skal stille for pappa da? Og på torsdag, fredag, lørdag og søndag? Så man må jo bare bite tennene sammen og gjøre det sjøl, sier hun.

Eldst på Solbrått

– *Leatgo náitalan? Er du gift?*

Jeg har satt meg ned sammen med tre av de samiske kvinnene



på hjemmet, og småpratet litt med to av dem. Nå snur jeg meg mot den tredje; hun som akkurat har spurt meg om jeg er gift. Gunhild Kristine, eller GK, er den eldste på Solbrått. Med sine 100 år har hun vært ute ei vinternatt før, og hun har til nå vært svært reservert mot å snakke med det fremmede besøket. Nå lener hun seg fram i stolen og ser på meg med skarpt blikk.

GK trives med å bo på Solbrått. Her får hun hjelp med ting hun ikke lenger orker å gjøre sjøl. Men

i og med at mange av de andre beboerne lider av aldersdemens er det ikke alltid like mye å prate med dem om, synes hun. Og så er det flere av dem som er litt skrøpelige. Mye mer skrøpelige enn henne enda hun er langt eldre enn dem, forteller GK og retter på den grå hestehalen.

Sukkersyke

– *Duos lea sobkárdávda. Ja duos. Ja duos. Hun har sukkersyke. Og hun. Og hun.*

TRUES: Pleierne er ikke sikre på at fremtidens eldre vil få det samme tilbudet ved Solbrått. Kommunen har nylig kuttet fire sengeplasser – fra fjorten til ti.

GK peker på flere av de andre beboerne, som sitter rundt spisebordene og koser seg med dagens dessert; melkesuppe.

– Men ikke jeg. Enda jeg spiser om så hvor mye sukker! Tre biter, minst, i hver kaffekopp, forteller hun fornøyd, og slurper i seg den siste suppeslanten.

Tid til omsorg

– *Tuttö, voitko noutaa minulle tupakan? Du jenta, kan du hente tobakk til meg,* kommer det på klingende kvensk fra to bord lenger borte.

Det er Arnt som er ferdig med å spise, og som nå begynner å bli sugen på etter-maten-røyken sin. Han får et «klart det, Arnt» til svar, og den unge pleieren går for å hente tobakkspungen hans.

Arnt tusler bortover gangen og setter seg under vifta, som henger lengst borte i gangen. Han er den eneste på Solbrått som røyker, og han får lov til å røyke inne så lenge han holder seg under vifta. Arnt har røkt siden har var ung, så man kan jo ikke godt tvinge ham til å slutte nå, synes Judith. Hun smiler mot den gamle mannen.

– Jeg håper jeg selv kan komme til Solbrått når jeg blir gammel. Og at det da fortsatt vil være sånn som det er nå. I Lakselv er det så mange som bor at man så vidt rekker å gi alle det stellet de behøver. Her rekker vi å gi mer omsorg. Klemme litt, snakke litt, stryke litt. Man må tenke på hvordan man sjøl hadde villet hatt det. Hvordan vil jeg bli behandla når det er min tur å bo her? Og da gir du den pleien som du sjøl vil at andre skal gi deg, sier Judith.

Misfornøyd med fastlegene

Samisktalende i de sju nordnorske kommunene i forvaltningsområdet for samisk språk er mer misfornøyd med de kommunale legetjenestene enn norsktalende i samme område.

32 prosent av de samisktalende er misfornøyd, mens 14 prosent av de norsktalende er det samme. Det viser tall fra Helse- og levekårsundersøkelsen SAMINOR, publisert i Tidsskriftet for den norske lægeforening i 2006.

I kommunene innenfor forvaltningsområdet var det totalt ansatt 24 leger i undersøkelsesperioden. Kun én av dem var samisktalende.

Usedvanlig høyt tall

I USA viser studier at om lag 90 prosent av brukerne er tilfreds med helsetjenestene. Tallene for Storbritannia og fra en tidligere norsk studie er tilsvarende.

– Vår studie gir identiske prosentandeler for den norsktalende befolkningen, men det at en tredel av den samisktalende befolkningen er misfornøyd, er usedvanlig høyt, skriver hovedforfatter Tove Nystad ved senter for samisk helseforskning, institutt for samfunnsmedisin, ved Universitetet i Tromsø.

Løsninger

I etterkant av undersøkelsen har Nystad holdt et foredrag for fylkeslegen i Finnmark og kommuneadministrasjonen til enkelte av de sju omtalte kommunene.

Der ble det besluttet å jobbe videre med tiltak for å sette inn ressurser for å rekruttere samisktalende leger til sentrale samiske bosettingsområder. Det blir blant annet vurdert å lage en rekrutteringspakke som gir økonomisk kompensasjon for samisk språk- og kulturkompetanse.

– Et mer langsiktig mål er å utdanne flere samisktalende leger ved å øke antall studieplasser for studenter med samisk språk ved Universitetet i Tromsø, sier Nystad.

tekst **Eivor Hofstad** foto **Scanpix**

SPRÅKPROBLEMER: Samisktalende pasienter var lite fornøyd med legens språkbeheerskelse, og med god grunn: Bare én av 24 leger i forvaltningsområdet for samisk språk snakket samisk i undersøkelsesperioden.



Grethe, 78 år. Tørr hud og pensjonert laborant.



NYHET

**EXTRA
HUDCREME**

Uden parfume
Utan parfym

Dokumentert
MILD
Tufftestet Mann



Natusan
INSTITUTION

Johnson & Johnson

**Er du i ferd med å gå ut
av ditt gode skinn?**

Fordi huden føles tørr, den klør,
den prikker, den strammer

Hans Knut Otterstad, Jernbaneverket og
Harald Tønseth, Statistisk sentralbyrå

Kø i sykehjem er et alvorlig symptom på mangel på balanse i driften av pleie- og omsorgstjenestene.

www.sykepleien.no

Les mer og finn
litteraturhenvisninger på
www.sykepleien.no

Søkeord:

Pasientsirkulasjon
Sykehjemskø
Eldreomsorg

De eldre må i sirkulasjon

Om man bor i en liten eller stor kommune spiller ingen rolle i forhold til tilgangen på sykehjemsplasser. Det er køen som er problemet – og flere korttidsplasser løsningen, viser en ny undersøkelse.

Denne undersøkelsen av pasient-sirkulasjonen i de største norske kommunene viser at tilgjengeligheten til sykehjemssengene er dårligere enn gjennomsnittet i Norge, og den er spesielt lav i Oslo og Trondheim. Oslo hadde 15 prosent lavere pasientsirkulasjon enn landsgjennomsnittet i 2005.

Konstant kø

Bruken av sykehjemsplasser og en nærmest konstant køproblematikk i sykehjem med plassmangel, har vært et av de mest omtalte temaene i norsk eldreomsorg de siste 25 årene.

Selv om det med nesten 41.000 plasser faktisk finnes flere sykehjemssenger enn sengeplasser i sykehus. Vi bruker her for enkelthets skyld betegnelsen «sykehjem» også om andre kommunale institusjoner for eldre og funksjonshemmede, siden sykehjem nå utgjør så mye som 93 prosent av plassene.

Tilgjengeligheten i sykehjem er bestemt av to faktorer: Dekningen av plasser i forhold til eldrebefolkningen, og sirkulasjonen i sengene som igjen bestemmes av utskrivningstakten.

Intern utskrivning

Norske kommuner rapporterer årsdata fra pleie- og omsorgs-

tjenesten til Statistisk sentralbyrå på et standard skjema. I dette datasettet inngår to variabler som er blitt benyttet i denne undersøkelsen: Antall utskrivinger fra kort- og langtidsplasser i løpet av 2005 (foreløpige tall). Derved får en lett oversikt over samlet utskrivning fra en kommune. Det er imidlertid en feilkilde her som gjør at en ikke kan benytte disse tallene direkte. Mange sykehjem har både kort- og langtidssavdeling og en del pasienter blir overflyttet fra kort- til langtidssavdeling i samme sykehjem, når behovene for institusjonalisering bli permanente. Slike utskrivinger bidrar imidlertid ikke til noen sirkulasjon siden det kun er en «intern utskrivning». Ved å legge sammen utskrivingene fra kort- og langtidssavdeling blir en del pasienter dobbelttelt, og pasientsirkulasjonen blir dermed kunstig høy.

En feilkilde

Følgende metode er brukt for å få et mer korrekt sirkulasjonstall: Antall utskrivinger fra langtidsplasser beholdes uforandret, mens det for korttidsplasser foretas en reduksjon 12 prosent av utstrømmen fra korttidsplasser er overføring til en langtidsplass. Denne korreksjonen blir i denne undersøkelsen kun benyttet når en

beregner den samlede utskrivning fra kort- og langtidsplasser og kun når vi ser på den befolkningsbaserte statistikken, det vil si når antall utskrivinger sammenholdes med befolkningstallet. (I våre beregninger antall personer 80 år og eldre).

I praksis innebærer denne korreksjonen at den samlede pasientsirkulasjon vil bli redusert med ca. 10 prosent når en sammenligner med ukorrigerede beregninger. For de store byene blir det ingen endring når de sammenlignes med hverandre fordi korrigeringen slår helt likt ut. En kan i fremtiden rette opp denne feilkilden ved å be kommunene splitte opp utskrivingene fra korttidsplasser bedre slik at overføring fra kort- til langtidsplass får en presis benevning. Siden det er utskrivingene fra korttidsplasser som avgjør om det skal bli kø, bør dette være en prioritert oppgave i norsk eldreomsorg.

Rimelig godt grunnlag

For å kunne sammenligne kommuner med ulikt innbyggertall benyttes en rateberegning der nevneren er antall innbyggere 80 år og eldre. Dette gir et rimelig godt sammenligningsgrunnlag fordi ca. 75 prosent av beboerne i sykehjem er 80 år og eldre.



Dårligst i Oslo

Det er to forhold som bestemmer tilgjengeligheten til sykehjem og det er dekningsgraden av sykehjemsplasser og pasientsirkulasjon i disse plassene. (Se tabell 1)

Dekningsgraden i Norge var 18,98 plasser per 100 innb. 80 år og eldre i 2005. Av storbyene hadde Bergen høyest dekning med 22,37 plasser i forhold til referansebefolkningen, mens Kristiansand som den eneste av disse kommunene lavere dekning med 18,66 plasser. I utgangspunktet skulle en dermed tro at storbyene vil gi de eldre bedre tilgjengelig het enn gjennomsnittet i Norge. I

virkeligheten er dekningsgraden enda bedre fordi storbyene kjøper noen plasser i omlandskommuner, for eksempel hadde Oslo i alt 5182 plasser, hvorav 5097 var lokalisert i kommunen.

Helsemyndighetene har anbefalt at 15 prosent av sykehjemssengene skal øremerkes korttidsopphold, dette har vært det mest markerte virkemiddel for å forebygge køutvikling. Tabellen viser at ca. 80 prosent av det totale antall utskrivinger skjedde fra korttids-sengene, noe som i seg selv er en indikasjon på at driften av korttids-senger er meget avgjørende for å oppnå en god tilgjengelig-

het av sykehjem totalt sett.

Tre kommuner, Oslo, Trondheim og Tromsø, har lavere tall enn landsgjennomsnittet, og spesielt Oslo ligger lavt.

Pasientsirkulasjonen varierer betydelig mer enn dekningsgraden av senger, og det er særlig Oslo som har lav sirkulasjon. Tabell 1, siste kolonne, viser at det i 2005 var 1,61 behandlede pasient per sykehjemsseng per år, og dette var 23 prosent lavere enn landsgjennomsnittet. Trondheim og Tromsø hadde også lave tall for denne parameteren. Kristiansand skilte seg ut med en mye høyere utnyttelse av sengene med 2,36 behandlede

pasienter per seng per år. Dette var 47 prosent høyere nivå for pasientsirkulasjonen enn i Oslo.

Dødelighet på sykehjem

Dødeligheten i sykehjem kan benyttes som et uttrykk for hvorledes den terminale omsorgen er organisert i kommunene. De eldre dør vanligvis i sykehjem, men noen dør i sykehus og noen i hjemmet med hjemmesykepleie. Tallene i Tabell 1 er befolkningsbasert og avspeiler hvorledes arbeidsfordelingen skjer. Motpolene her er Oslo og Bergen. I Oslo synes terminalpleien å være kanalisert mot sykehjemmene, mens sykehusene

Tabell 1. Inneholder de viktigste dekningsparameterne og utskrivningstall for den del av eldreomsorgen som angår sykehjem i 2005. Storbyene og nasjonalt gjennomsnitt

Kommuner	Utskrevne per 100 innb., 80 år + i 2005 Langtid	Utskrevne per 100 innb., 80 år + i 2005. Korttid	Sum utskrevne fra sykehjem per 100 innb. 80 år +. Korrigert for interne overflyttinger	Prosent utskrevet fra korttidsavdelinger	Antall døde i sykehjem per 100 innb. 80 år +, i 2005	Samlet dekning av senger per 100 innb. 80 år +	Utskrivinger per plass per år
Oslo	7,96	25,72	30,59	76,4	8,59	20,94	1,61
Bergen	7,22	35,14	38,14	83,0	7,48	22,37	1,89
Trondheim	7,06	25,01	29,07	78,0	8,37	19,30	1,66
Stavanger	8,59	39,90	43,70	82,3	7,79	21,89	2,21
Kristiansand	8,10	35,93	39,72	81,6	8,42	18,66	2,36
Tromsø	7,81	29,03	33,36	78,8	8,11	21,15	1,74
Norge	7,46	32,35	35,93	80,5	8,33	18,98	2,10

og hjemmesykepleien synes å være mer involvert i den terminale eldreomsorgen i Bergen. Dette betyr at ressursene utnyttes forskjellig langs behandlingsnivåer og forvaltningsgrenser. Dødeligheten i sykehjem er relativt lik i storbyene og ligger omtrent på samme nivå som landsgjennomsnittet.

Dødeligheten i sykehjem kan i tillegg belyses ved å se på dødeligheten i forhold til liggetidene i sykehjem. Dette vil gi et bedre bilde av sykehjempasientenes sykkelighet og pleietyngde i dette behandlingsnivået, og vises i Tabell 2.

Bortsett fra Kristiansand som hadde høyere dødelighetsrater per tidsenhet i 2005, hadde alle disse storbykommunene lavere dødelighet i sykehjem enn det som ble funnet som landsgjennomsnittet. Bergen representerte det største avviket; her var dødeligheten i sykehjem per tidsenhet for oppholdstid 24 prosent lavere enn det nasjonale gjennomsnittet.

Ønd sirkel

Denne undersøkelsen slår fast at

sykehjemskøen i de store byene i Norge ikke i seg selv er et kommunestørrelsesproblem og heller ikke at det skyldes lavere dekningsgrad for sykehjem. Det motsatte er tilfelle: De store kommunene i Norge har bedre dekningsgrader enn landsgjennomsnittet.

Oslo disponerte i 2005 5182 sykehjemsplasser. Dersom tilgjengeligheten til sykehjem skulle ligget på landsgjennomsnittet og hatt den samme pasientsirkulasjon som i 2005, ville Oslo trengt ca 1150 flere sykehjemsplasser. Økonomisk sett er det helt utopisk, og det viser at det er *driften* av sykehjemmene i Oslo som er problemet og ikke primært mangel på sykehjemsplasser.

Oslo har en lav prosentvis andel utskrivninger fra korttids plasser, noe som skyldes to dokumenterte forhold: liten andel korttidssenger og lav sirkulasjon i korttidssengene. Det siste er gjerne en konsekvens av at langtidspasienter blir liggende i korttidssenger når en køsituasjon er oppstått.

Dette er en typisk ond sirkel og den finnes i større og mindre grad i alle kommuner som har en etablert kø for å få sykehjemstilgang.

Hva kan så gjøres for å motvirke køer? Driften i store kommuner er vanligvis mer krevende enn i mindre kommuner, og er gjerne organisert gjennom en inndeling i bydeler. Dette stiller større krav til koordinering og samordnet drift, slik at det lett kan bli lavere effektivitet og dårligere ressursutnyttelse. Men dette behøver ikke være tilfelle, og i dette materialet utmerker Stavanger seg med god tilgjengelighet av sykehjemsplasser, både på grunn av bedre sykehjemsdekning og mer effektiv pasientsirkulasjon.

Alvorlig symptom

Kø i sykehjem er et alvorlig symptom på mangel på balanse i driften av pleie- og omsorgstjenestene. Virkemidlene for å motvirke dette finnes som regel utenfor sykehjemmet. Vanligvis er det tre forhold som må få økt

prioritet:

- Opprettelse av flere korttids-plasser i sykehjem.
- Utbygging av omsorgsboligtilbudet for å avlaste etterspørselen etter sykehjem.
- Utvidelse av kapasiteten til de hjemmebaserte tjenestene slik at utskrivningen fra korttids plassene ikke stopper opp.

Kommuner	Antall døde i sykehjem per 100 pasienter per måned
Oslo	3,60
Bergen	2,93
Trondheim	3,81
Stavanger	3,12
Kristiansand	3,96
Tromsø	3,36
Norge	3,85

Tabell 2. Dødeligheten i sykehjem i forhold til pasientenes oppholdstid i sykehjemmet. Beregningen er basert på 95 prosent pasientbelegg

Langtidspasienter blir liggende i korttidssenger når en køsituasjon er oppstått.



Eva Mette H. Leknes, sykepleiefaglig ansvarlig, Revmatologisk avdeling



Annbjørg Offerdal, avdelingssykepleier, Revmatologisk dagpost, begge Haukeland Universitetssykehus



Heidi A. Zangi, sykepleier og rådgiver ved Nasjonalt revmatologisk rehabiliterings- og kompetansesenter, Diakonhjemmets sykehus

Hovedmålet med skolen er å stimulere til aktivitet.

www.sykepleien.no

Les mer og finn litteraturhenvisninger på
www.sykepleien.no

Søkeord:
Rehabilitering
Bekhterev
Pasientskoler

Tar Bekhterev-pasienter i skole

Bekhterev-skolen ved Haukeland Universitetssykehus viser seg å ha svært motiverte elever.

I denne artikkelen vil vi belyse praksis ved pasientskolene ved revmatologisk avdeling på Haukeland Universitetssykehus, slik de har utviklet seg fra 2001 til 2005. Vi vil ta utgangspunkt i Bekhterev-skolen fordi denne er systematisk evaluert i perioden.

Profesjonell kunnskap

Undervisning og veiledning en vesentlig del av omsorgen for pasienter med revmatiske sykdommer. Å styrke pasientens mestringssevne og selvstendighet er viktig for pasienter med kronisk sykdom. De må leve med sykdommen og dens ulike faser og variasjoner. Gjengedal og Hanestad sier i boken «Å leve med kronisk sykdom» (1) at det kan synes som om styrking av grunnleggende verdier er en forutsetning for mestring. For sykepleieren er det viktig å anvende profesjonell kunnskap og ha medmenneskelig empatisk væremåte. NSF's faggruppe for sykepleiere i revmatologi har utarbeidet en «Veileder i revmatologisk sykepleie: Undervisning i forhold til oppfølging av behandling» (2) som gir viktige føringer i denne sammenheng. Det poengteres hvor viktig det er å involvere pasientene som en forutsetning for å skape en felles forståelse for situasjonen og sikre at kunnskap som formidles er forstått.

Pasientundervisning

Pasientskolene var tidligere

bygget på en medisinskorientert modell der målet er at pasienten følger den anbefalte medisinske behandling, samt råd og veiledning fra helsepersonell. De senere årene har det vært en økende forståelse for at helse og sykdom også inkluderer psykologiske og sosiale dimensjoner, og flere psykososiale komponenter er implementert i undervisningen. Kunnskap blir sett på som en nødvendig, men ikke tilstrekkelig komponent for atferdsendring. Pasienten blir ikke lenger sett på som en passiv mottaker i undervisningssituasjonen, men er blitt en aktiv medspiller (3;4).

Helsepedagogikk

Begrepet helsepedagogikk har oppstått innenfor den psykososialt orienterte retningen. Det er utviklet gjennom en tverrfaglig innsats og interesse for å påvirke befolkningens helse på en annen måte enn gjennom helseopplysning og helseformidling. Målet er å stimulere pasienten til å forandre sitt forhold til egen helse, det gjelder både tanker, holdninger og handlinger. Det sentrale i helsepedagogikken er dialog og personlig kontakt (5).

Bekhterev-skolen

Bekhterev-skolen på Haukeland Universitetssykehus ble startet i 1999. Pasientene blir tilbudt et gruppeopphold på fem dager med informasjon, undervisning og

veiledning i tillegg til behandling. Det er gjennomsnittlig åtte til ni deltakere i hver gruppe. Pårørende kan også være med, og i hver gruppe deltar fra en til tre pårørende. Tilbud om Bekhterev-skole gis til pasienter som har hatt en sikker diagnose i cirka ett år. Pasientene bor vanligvis hjemme, men de som har lang reisevei, kan bo på pasienthotellet. Pårørende får delta gratis og eventuelt bo til reduserte priser sammen med pasienten på hotellet. Henvisningene til «skolen» godkjennes av overlege.

Det er i dag lange ventelister, og vår erfaring viser at det er en økende etterspørsel. Hovedmålet med skolen er å stimulere til aktivitet og bidra til økt mestring gjennom kunnskapsformidling, dialog og erfaringsutveksling. Oppholdet innebærer tverrfaglig informasjon om sykdom, behandling, mestring, muligheter og rettigheter, legemidler, smerter, trening og kosthold. Det legges stor vekt på opplæring i egentrening og innlæring av øvelser. Pasientene får daglig trening i gymsal og basseng med undervisning av fysioterapeut. Alle deltakerne får en legekonsultasjon og både sykepleier, ergoterapeut og sosionom er tilgjengelige for individuelle samtaler. Siden oppstart av skolen har også en bruker som selv har Bekhterev, deltatt med egen undervisning. Timeplanen er lagt opp med tanke på variasjon

mellom teori og trening. Dagen starter med trening i sal eller basseng og teoretisk undervisning, før det igjen er trening.

Sykepleierens utfordring

Sykepleierne har ansvar for undervisningen i temaet «Å leve med kronisk sykdom». Det er satt av en time til dette emnet. Målet med undervisningen er å skape dialog og rom for å dele erfaringer.

Sykepleieren innleder med en kort og presis teoretisk ramme. Deretter deler vi inn i «summegrupper» for å finne ut hva som er aktuelt for gruppen. For eksempel vil denne gruppen ofte ikke snakke om sykdommen og de problemer den medfører. De vil ikke fortelle arbeidsgiver at de plages av trøtthet, smerter og andre plagsomme symptomer, fordi de opplever det som problematisk at de ikke møter forståelse og støtte. Hvordan kan man forvente støtte og hjelp uten å angi behov

eller kommunisere dette? Slike diskusjoner leder ofte til engasjement og erfaringsutveksling. Sykepleieren oppsummerer, men er varsom med konklusjoner.

Deltakernes evaluering

Det stilles stadig økte krav til dokumentasjon av resultater og ressursbruk ved ulike intervensjoner. Samtidig er det vanskelig å finne egnede evalueringstrinnsinstrumenter. De fleste evaluerer pasientenes tilfredshet med undervisningen. Det er denne formen for evaluering vi har valgt å gjennomføre på pasientskolene ved revmatologisk avdeling. Evalueringen sier ikke noe om objektive resultater, men dokumenterer pasientenes egen opplevelse og kan benyttes som grunnlag for kvalitetsforbedring av skolene. Vi vil her presentere resultater fra evalueringen av skolene som er gjennomført fra 2001 til 2005.

Til stor nytte

Det foreligger evaluering fra totalt 106 pasienter fordelt på 12 skoler. På hver skole har det deltatt fra åtte til ti personer. Som det går fram av figur 1, er helhetsinntrykket deltakerne sitter igjen med svært godt. Over 50 prosent av deltagerne har krysset av for de to høyeste verdiene på skalaen.

Når deltakerne ble bedt om vurdere nytte, svarer de samlet for alle 12 skolene at de har hatt stor nytte både når det gjelder å ha tid sammen med helsepersonell, å treffe andre med Bekhterev, lytte til andres erfaringer og å få snakke om det de hadde opplevd.

For å få oversikt over utvikling over tid er skolene gruppert i tre tidsperioder:

Periode 1 = oktober 2001 til juni 2002 (3 skoler)

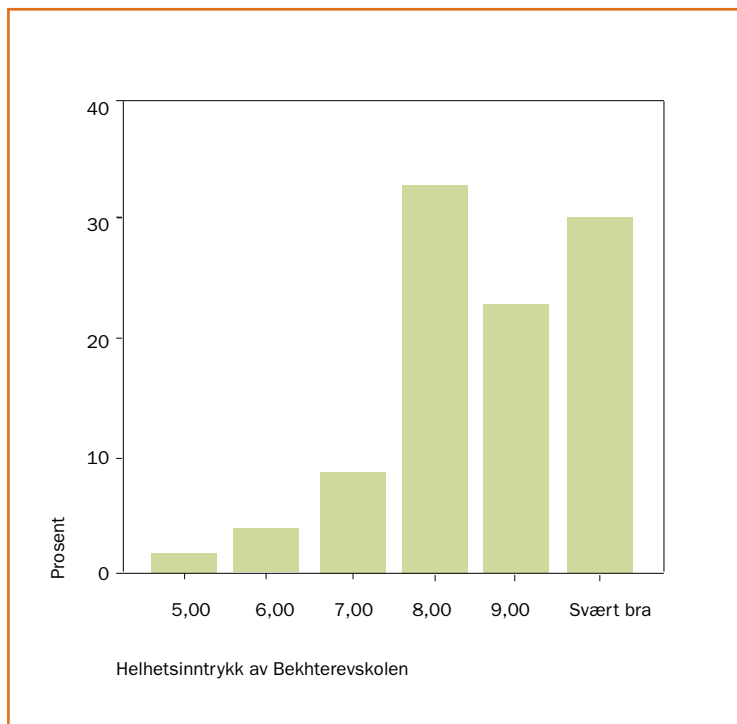
Periode 2 = november 2002 til september 2003 (3 skoler)

Periode 3 = november 2003 til november 2004 (3 skoler)

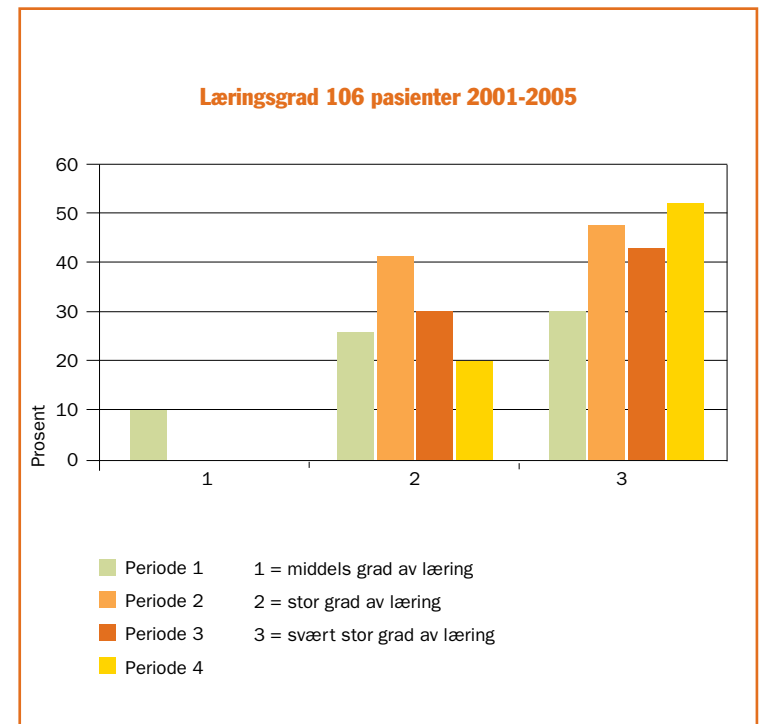
Periode 4 = 2005 (3 kurs)

På spørsmålet «I hvilken grad vil du si at du har lært noe eller oppdaget noe nytt i løpet av undervisningen?» ligger hovedvekten på stor til svært stor grad av læring i alle periodene. Det er imidlertid en større andel av pasientene som har opplevd svært stor grad av læring på kursene i 2005 (figur 2). Det er i denne perioden vi har endret undervisningsform og lagt mer vekt på brukernes aktive deltakelse og erfaringsutveksling.

Evalueringen inneholder også åpne spørsmål der deltakerne har svart med egne ord på: «Hva savnet du?» og «Hva var positivt?». Det etterlyses først og fremst individuell behandling og enda mer tid til diskusjoner og erfaringsutveksling. Når det gjelder hva som er positivt, er det tydelig at deltagerne setter pris på trening og øvelser, basseng og fysioterapiundervisning. De er også



Figur 1: Pasientenes helhetsinntrykk av skolen på en skala fra 1-10, og der er 10 er svært bra. Ingen har skåret dårligere enn 5 (middels bra).



Figur 2: Pasientenes vurdering av nytteverdi

fornøyde med å treffe andre i samme situasjon, utveksle erfaringer og møtet med helsepersonell. Brukerens undervisning får svært positive tilbakemeldinger. Utsagn som går igjen er: «Positivitet og engasjementet fra helsepersonell, «det sosiale gruppedeltakerne i mellom», «brukerens foredrag», «basseng og trening».

Inspirerende

Vi opplever evalueringen som svært inspirerende. Det viktigste er de kvalitative tilbakemeldingene fra pasientene. På bakgrunn av evalueringen kan vi diskutere hva vi kan endre eller forbedre til neste gang. Vi opplever at det pasientene skriver samsvarer godt med våre erfaringer. Dette gir en pekepinn i forhold til det tverrfaglige fellesskapet og betydningen av samholdet oss i mellom. Resultatene opprettholdes over tid, og selv om materialet er lite, kan det tyde på at vi blir litt bedre etter hvert.

Fra 2005 har vi omdøpt skolene til «kurs». Dette fordi vi ønsker å markere at vi forventer at deltakerne selv bidrar med sine erfaringer og ikke bare sitter på

«skolebenken» og tar imot. Når det gjelder deltagerens oppfatning av kursene i forhold til selv å bidra med innspill, viser imidlertid evalueringen en pedagogisk utfordring. En langt større andel av deltagerne finner det nyttig og interessant å lytte til andres erfaringer enn de som ønsker å snakke om egne erfaringer.

Trenger koordinator

Resultater fra evalueringen viser at vi behøver mer pedagogisk kompetanse for å videreutvikle pasientkursene. En måte å fremme levende undervisning på kan være å ha med en koordinator på kurset. Vi har erfaring med dette fra andre diagnoserettede kurs i avdelingen. Koordinators rolle er blant annet å være til stede på hele kurset og bidra til engasjement og sammenheng. For eksempel blir det viktig for koordinator og stille spørsmål dersom noe er uklart i forhold til innholdet og oppmuntre deltakerne til å reflektere hvordan de kan anvende undervisningen i forhold til egen situasjon. Det er viktig at deltagerne opplever

LITTERATUR:

1. Gjengedal E, Rokne Hanestad B. Å leve med kronisk sykdom. Oslo, Cappelen Akademisk Forlag, 2001
2. Zangi HA, Hamnes B, Vestaby H. Veileder i revmatologisk sykepleie: undervisning i forhold til oppfølging behandling. Norsk Sykepleierforbunds faggruppe for sykepleiere i revmatologi; 2003 Mar 20.
3. Deccache A, Aujoulat I. A European perspective: common developments, differences and challenges in patient education. Patient Educ Couns 2001; 44(1):7-14.
4. Ramos-Remus C, Salcedo-Rocha AL, Prieto-Parra RE, Galvan-Villegas F. How important is patient education? Baillieres Best Pract Res Clin Rheumatol 2000; 14(4): 689-703.
5. Holman HR, Lorig KR. Patient education: essential to good health care for patients with chronic arthritis [editorial; comment]. Arthritis Rheum 1997; 40(8): 1371-3.
6. Christensen S, Jensen B. Pedagogikk og pasientutdanning. Sykepleiens pedagogiske felt. Oslo: Akribe Forlag; 2002.
7. Drønen A, Tarelbø T, Henne S-E. Fysioterapi ved Bekhterevs sykdom. Haukeland Universitetssykehus: Fysioyterapiavdelingen, 2002.
8. Dagfinrud H, Kjekken I, Mowinckel P, Hagen KB, Kvien TK. Impact of functional impairment in ankylosing spondylitis: impairment, activity limitation, and participation restrictions. J Rheumatol 2005; 32(3): 516-23.
9. Dagfinrud H, Kvien TK, Hagen KB. Physiotherapy interventions for ankylosing spondylitis. Cochrane Database Syst Rev 2004;(4):CD002822.

at det tverrfaglige teamet har en lik forståelse av betydning av trening, hvordan bruke medisiner og lignende. Fra 2006 har vi benyttet koordinator også på Bekhterev-kurset.

Vi er oppmerksom på at evalueringen ikke måler objektive endringer hos deltakerne. Vi ønsker imidlertid å fortsette å videreutvikle både selve undervisningstilbudet og evalueringsmetodene.

Fakta om Bekhterevs sykdom

Bekhterevs sykdom er en **kronisk revmatisk betennelsessykdom** av ukjent årsak. Sykdommen debuterer vanligvis i 20 - 40 års alderen. I Norge er 0,5 - 1 % av befolkningen rammet av sykdommen. Menn rammes tre ganger så hyppig som kvinner. Diagnosen kan være vanskelig å stille, og spesielt kvinner kan gå i mange år med plager før de får diagnose og behandling. Sykdommen angriper bekkenledd og de små leddene i ryggstøtten. De mest fremtredende plagene er **smarter og stivhet, og etter hvert tilstivning av ryggstøtten**. Karakteristisk er smerter og stivhet på ettermiddagen og tidlig morgen som bedres av bevegelse. I tillegg til ryggsmarter oppleves smerter og ømhet i brystkassen. Sykdommen kan også gi allmennsymptomer og affisere indre organer og sanseintrykk. Smarter og stivhet i nakke og brystdel av ryggen er vanlig. Smarter fra sene- og leddbåndsfester (entesopatier) opptrer som følge av at hæl, hofteknem eller utsiden av hofte affiseres (6).

Det er store individuelle forskjeller i hvordan sykdommen utvikler seg

og hvilke symptomer den medfører. En undersøkelse av 152 pasienter med Bekhterevs sykdom i Oslo viste at de hyppigst opplevde problemene var: «Avbrutt søvn», «å snu hodet når man kjører bil», «bære varer» og «å ha energi til sosiale aktiviteter». Kvinner rapporterte flere fysiske begrensninger enn menn (7).

De fleste pasientene er i arbeid eller utdanning og er derfor lite motivert for tradisjonelle behandlingsopphold. En vesentlig del av **behandlingen rettes mot trening**. Avhengig av sykdomsaktivitet og stadium i sykdommen kreves egeninnsats fra pasienten for å forhindre tilstivning. En Cochrane review av randomiserte kontrollerte studier på effekt av fysioterapi ved Bekhterevs sykdom konkluderer med at effekter av intervensjoner som **egentrening og fysioterapi** har moderate, men positive effekter i forhold til bevegelse og smerte. Hvilken type trening eller fysioterapi som har best effekt er imidlertid uklart (8).



Bjørg Christiansen, prosjektveileder og førsteamanuensis ved Høgskolen i Oslo



Trygve Aasgaard, prosjektveileder og førsteamanuensis ved Høgskolen i Oslo

15 timer uten mat er lenge for eldre mennesker som også er helsemessig svekket.

Hvem bestemmer døgnrytmen?

De færreste beboerne liker å se på tv – likevel står den på, også under måltidene. Denne undersøkelsen ser på døgnrytmen ved et sykehjem.

På et sykehjem må den enkelte beboers døgnrytme nødvendigvis tilpasses felles aktiviteter, måltider og vaktskifter. 20 studenter har undersøkt om det er stort sprik mellom den enkeltes ønsker og den faktiske døgnrytmen beboerne må innordne seg etter.

Prosjektet

Praksisfeltet skal ha innflytelse på utformingen av studieopplegget ved deltidsutdanningen for sykepleierutdanning ved Høgskolen i Oslo. I siste semester er ett av målene at studentene skal bli fortrolig med sykepleierens ansvar for fagutvikling. Institusjonssjefen på et sykehjem i en bydel skisserte et mulig prosjekt: Var døgnrytmen godt nok tilpasset beboerne?

En prosjektstyringsgruppe ble dannet i januar 2004, hvor fire studenter, to veiledere, studieleder fra deltidsutdanningen og institusjonssjefen på sykehjemmet var med.

20 studenter deltok i prosjektet som hadde en tidsramme på 5 måneder, frem til slutten av utdanningen.

Andre læringsaktiviteter foregikk parallelt. I denne artikkelen vil vi kort belyse hvordan det hele forløp.

Er det samsvar?

Styringsgruppen fastsatte rammer for prosjektet, og utformet problemstillingen:

I hvilken grad er beboernes ønsker og vaner relatert til døgn-

rytmen i samsvar med hva de erfarer på sykehjemmet?

Undersøkelsen av døgnrytmen ble avgrenset til:

- Tider for å stå opp og å legge seg
- Måltidene
- Aktivitetstilbud og sosial kontakt

Ut i felten

Studentene var medansvarlige for videre utforming av prosjektet, som ble karakterisert som en kvalitetsundersøkelse. Ressursforelesninger om kvalitativ metode (intervju og feltobservasjon), forskningsetikk og vitenskapsteori var en del av innholdet. Utover det arbeidet studentene gruppevis.

Det at de selv skulle samle data, og ikke bare høre om forskningsprosessen, syntes å motivere dem. Søk etter relevant litteratur, ikke minst forskningsartikler knyttet til eldre på sykehjem, institusjonalisering og døgnrytme, var en del av planleggingen. Når undersøkelsen var tilstrekkelig klargjort, tok prosjektveilederne ansvar for endelig utforming av prosjektbeskrivelsen, som ble sendt til Norsk samfunnsvitenskaplig datatjeneste.

I fellesrommene

Feltobservasjonen foregikk primært i fellesrommene på én avdeling, slik at utvalget var de som til enhver tid oppholdt seg der. 52 beboere (av totalt 152) utgjorde

et potensielt utvalg for intervju.

Det var personalet på postene som fant fram til beboere som var mentalt klare nok til å delta. Studentene innhentet deretter informert, skriftlig samtykke fra disse. Totalt ble 19 beboere intervjuet.

Observasjonen foregikk fra kl. 07.00 til 22.00 over én uke (7 dager). Studentene fordelte tidene mellom seg parvis. For å kvalitetssikre observasjonen, ble det i felleskap utarbeidet en ganske detaljert observasjonsguide. Selv om beboerne var i fokus for observasjonen, utgjør personalet en del av beboerens miljø, og flere samspillsituasjoner ble observert.

Etiske aspekter

Et kvalitativt intervju må tilpasses problemstilling og intervjusituasjon (1). Når 20 uerfarne skulle intervjuer, var det nødvendig med en relativt detaljert intervjuguide som ble utarbeidet i felleskap. To og to studenter gjennomførte intervjuene som varte mellom 20 og 60 minutter. Den ene studenten stilte spørsmål/ledet samtalen, mens den andre noterte.

Studentene la stor vekt på ulike etiske aspekter ved prosjektet. Det var viktig for dem at beboerne som lot seg intervjuer ikke følte seg invadert eller presset. De var innstilt på å avbryte intervjuet dersom beboeren viste tegn på trøtthet eller utilpasshet. Anonymiteten måtte også ivaretaes.

www.sykepleien.no

Les mer og finn litteraturhenvisninger på www.sykepleien.no

Søkeord:

Søvn
Døgnrytme
Autonomi

Studentene var opptatt av at det ble gitt tilstrekkelig informasjon til beboere som ville bli berørt av feltobservasjonen.

Struktur

Data ble strukturert i de tre temaområdene: Stå opp/legge seg, måltider og aktiviteter. Veilederne hadde en innledende brainstorming med studentene om analytiske muligheter i datamaterialet, som studentene arbeidet videre med. Tekster fra de tre områdene ble fortløpende kommentert, med forslag til videre bearbeiding. Det var en prosess som krevde mye tid og innsats av begge parter, men som etter hvert kunne sammenfattes av prosjektveilederne til én rapport i august -04(2).

Tider for å stå opp og legge seg

Hovedinntrykket fra observasjonen var at beboerne som oftest står opp og legger seg når de vil, også i helgene. De som ønsket å ligge litt om morgningen fikk lov

Det var mange lyder fra radio, tv, ringeklokker, telefon og oppvaskmaskin under måltidene

til det. Det virket som om personalet tok hensyn til den enkeltes rytme, selv om inntrykket var at alle beboerne la seg i perioden mellom kveldsmat og vaktskifte klokka 22.00. De som ikke ville legge seg før nattevakt kom, måtte overtale. I intervjuet ga de fleste informantene uttrykk for at de var fornøyd med tidspunktene for når de sto opp og la seg. Enkelte kommenterte imidlertid at de må vente eller ikke får legge seg når de vil, fordi rutineene ved sykehjemmet er slik.

Måltidene

Inntrykket fra observasjonen var at de som ønsket det, fikk spise frokost på egne rom. Men det hendte at beboere som var oppe og påkledd

før 09, måtte vente på frokosten. Personalet satt sammen med beboerne og hjalp de som ikke klarte å forsyne seg og spise selv. Det var mange lyder fra radio, tv, ringeklokker, telefon og oppvaskmaskin under måltidene. Det var sjelden tv var avskrudd mens de spiste. I intervjuet svarte over halvparten av informantene at de var tilfreds med tidspunktet for de ulike måltidene, inkludert at middag ble servert kl 13. De aller fleste syntes at maten var bra, og at de kunne velge hvor de ville spise.

Aktivitetstilbud og sosial kontakt

All organisert aktivitet foregikk på ukedagene, og det hang oppslag på vaktromsvinduet over ukas program. Ifølge personalet ble beboerne i tillegg informert muntlig. Likevel virket det som om informasjonen ikke alltid nådde fram.

Fellestrimmen var forøvrig en aktivitet hvor mange deltok. Langt færre benyttet seg av arbeidsstua med ulike former for

håndarbeid. Noen av personalet var flinke til å ta kontakt og prate med beboerne utenom de faste aktivitetene, mens andre var mer fraværende. I intervjuet svarte i underkant av halvparten av informantene at de kunne tenkt seg flere aktiviteter, som høytlesning, mer sosial kontakt, turer og underholdning. Halvparten sier at selv om det ikke er aktivitetstilbud i helgene, er pårørende ofte på besøk. Det var bare tre informanter som sa at de likte å se på TV.

Langt mellom måltidene

Sykehjemmets døgnrytme handler om daglige rutiner. Et flertall av beboere som ble intervjuet sa at de var fornøyd med de dag-



SOVER: En eldre sykehjemsbeboer har sovnet foran tv-en. Bildet har ingen tilknytning til undersøkelsen, men er fra boka «Beboerne - En dokumentar om livet ved Lille Tøyen sykehjem» av Steen Steensen. Foto: Agnete Brun.

lige rutineene. Feltobservasjonen ga imidlertid et mer nyansert bilde. Beboerne hadde en god del frihet i forhold til når de ønsket å stå opp, mens rammene for når de skulle til sengs virket strammere, med mindre spillerom for individuelle ønsker. I en studie fra et undervisningssykehjem gjennomførte de en grundig kartlegging av beboernes ønsker vedrørende leggerutiner (3) - kan det være et eksempel til etterfølgelse?

Selv om det fremgår av intervjudata at beboerne stort sett var fornøyd med tidspunkt for måltidene, er det lang tid mellom aftensmåltid og frokost. 15 timer uten mat er lenge for eldre mennesker som også er helsemessig svekket. Ifølge en studie av Sortland er underernæring blant sykehjemsbeboere et utbredt fenomen. For å sikre tilstrekkelig energi- og næringstilførsel anbefales det ikke mer enn 12 timer mellom disse måltidene (4).

Enkelte fellesarrangementer hadde svært få deltagere blant beboerne. Det kan selvfølgelig skyldes flere ting. God informasjon er viktig fordi det gir trygghet og hjelper beboeren med å forutse det som skal skje (5). Kanskje kan enkelte aktiviteter også tilrettelegges på en bedre måte slik at flere får en opplevelse av mestring, eksempelvis på arbeidsstuen?

Krevende prosjekt

Studentene satt igjen med inntrykk av at forskningsprosessen de hadde deltatt i tok mer tid og var mer krevende enn de hadde forestilt seg. De fikk likevel økt bevissthet om betydningen av å kunne orientere seg om- og vise til forskning som underbygger det man gjør som sykepleier. Lysten til å delta i systematisk utviklingsarbeid i arbeidssammenheng ble stimulert.

Rapporten fra prosjektet kan bestilles ved henvendelse til: bjorg.christiansen@su.hio.no

LITTERATUR:

1. Kvale S. InterView. København: Hans Reitzels Forlag, 1997.
2. Christiansen B, Aasgaard T. Er døgnrytmen på sykehjemmet tilpasset beboerne? – en kvalitetsundersøkelse på et sykehjem i Oslo. HiO-notat 2004 nr. 10. Oslo: Høgskolen i Oslo, 2004.
3. Slettebø Å, Hestetun M. Etliske utfordringer som grunnlag for realisering av undervisningssykehjemmets verdigrunnlag. Norsk tidsskrift for sykepleieforskning 2003; 5(4): 225- 243.
4. Sortland K. Ernæring mer enn mat og drikke. Bergen: Fagbokforlaget, 1997.
5. Kristoffersen NJ. (red.) Generell sykepleie 2: Pasient og sykepleiersamhandling, opplevelse og identitet. Oslo: Universitetsforlaget, 1995.

Livet kan henge i en tynn tråd

I Norge tar hvert år over 500 mennesker sitt eget liv. Tusener av etterlatte sitter igjen i sjokk og forvirring og med ubesvarte spørsmål. Hvordan forstå at et menneske du er glad i velger døden fremfor livet, deg og sine nærmeste? Hvordan leve videre med skyld, sinne og skam, i tillegg til sorgen og savnet? Hvor skal man søke svar på spørsmål det ikke finnes svar på?

En rekke undersøkelser viser at for etterlatte ved selvmord, er møtet med andre i samme situasjon noe av det som er til størst hjelp. Det er derfor LEVE – Landsforeningen for etterlatte ved selvmord – finnes. Her kan etterlatte få omsorg og informasjon og komme i kontakt med sorggrupper og støtteapparat på hjemstedet.

Er du selv etterlatt ved selvmord, eller vet du om noen som er det, vet du nå at det finnes et sted å få hjelp. På www.leve.no finner du en oversikt over våre fylkeslag i hele landet. Du kan også ringe 22 50 25 70.

LEVE

Landsforeningen for
etterlatte ved selvmord

Lettere å melde om feil

OSLO, ULLEVÅL: Antakelig blir det ny rekord i avviksmeldinger på Ullevål universitetssykehus i år. Et nytt elektronisk system skal sørge for at uhell og nesten-uhell lettere kan registreres og følges opp.

I fjor ble det registrert rundt 2000 uhell og nesten-uhell ved Ullevål universitetssykehus (UUS). Dette er sannsynligvis bare toppen av isfjellet. Det er en kjent sak at feil underrapporteres ved alle sykehus.

Men nå skal pasientskader, yrkesskader, klager og driftstekniske hendelser fanges opp av ett og samme elektroniske system – med navnet *Synergi*. Håpet er at dette både skal gjøre det enklere å melde inn og lære av feilene. Derfor forventes det også at tallene for uhell og nesten-uhell vil øke. – Av og til gjør vi feil. Men det er ikke greit hvis vi gjør samme feil flere ganger, sa sykehusdirektøren Tove Strand på kick-off-møtet i det store auditoriet på UUS som var fylt til bristepunktet den 10. januar.

Ved siden av økt pasientsikkerhet ligger det økonomi i dette. Å forebygge hendelser er kostnadssparende. Synergi vil gjøre det lettere å hente ut data til det forebyggende arbeidet.

Blir anonym utad

– Det primære blir ikke å melde, men å lære av feilene, sier pro-

sjektansvarlig for innføringen av det nye meldesystemet, Tor-Arne Engebretsen ved Kvalitetsavdelingen.

Man slipper å logge seg på det nye avvikssystemet. Synergi ligger som en knapp på intranettet, derfor følger navnet med automatisk når man melder. Men hvis saken sendes ut av huset, for eksempel til Helsetilsynet, blir melderens anonym.

– Vi ønsker ingen anonymitet internt i dette systemet, fordi leder skal kunne ta kontakt med den som melder. Oppfølgingsbiten er viktig. Sakene skal løses på avdelingsnivå, og det blir gitt tidsfrist for tiltak. Skjer det ikke noe, vil det komme purringer til avdelingslederen, sier Engebretsen.

Ikke alle avvik vil kreve tiltak eller endringer. Uansett må avdelingslederen begrunne hvorfor tiltak ikke settes i verk.

Pasientsikkerhet

– Det viktigste er pasientsikkerheten, sier Marianne Tinnå, seniorrådgiver og jurist i Kvalitetsavdelingen.

Hun forteller at de har innført et begrep de kaller «kjerneaks-

Av og til gjør vi feil. Men det er ikke greit hvis vi gjør samme feil flere ganger.

Tove Strand, sykehusdirektør



AKUTT LETT: Sykepleier Thor Øyvind Olafsen på akuttmottaket på Ullevål universitetssykehus klikker seg raskt inn på Synergi for første gang. Det nye avvikssystemet ligger lett tilgjengelig på intranettet.

analyser» der de får fokuset vekk fra individet og over på systemet. Håpet er at det ikke skal oppleves som farlig å melde om feil.

– *Hvordan skal et elektronisk meldesystem løse problemet med underrapportering, Engebretsen?*

– Dette systemet er så lett å bruke at det krever omtrent ingen opplæring. Men å melde et avvik har mye med kultur å gjøre. Vi trenger en holdningsendring på at man må bli flinkere til å melde fra om feil, sier han.

Det kan assisterende direktør Geir Sverre Braut ved Statens helsetilsyn skrive under på. Han synes det mangler oppmerksomhet på problemer og avvik ved norske sykehus. En gang leste han gjennom samtlige årsrapporter fra de største sykehusene (alle helseforetakene) i Norge.

– Selv de to helseforetakene som var under politietterforskning hadde ikke ett ord om det i årsmeldingene sine, sier Braut.

Mange muligheter

Synergi lanseres først i Helse Øst, men også Helse Vest har kjøpt samme avvikssystem. Dermed blir det enklere for de to regione-

ne å samarbeide og sammenligne seg med hverandre. Man tenker seg også bedre samarbeid mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten.

– Vi er bare på fosterstadiet når det gjelder muligheter for dette systemet. I dag er det slik at dersom en fastlege henviser en pasient til oss som ikke er godt nok utredet, sendes pasienten tilbake igjen. Fastlegen får ikke slike klager. Det samme gjelder dersom vi gjør en behandlingsfeil og pasienten sier det til fastlegen. Vi får ikke vite det, sier Engebretsen.

Gjennom en kobling mellom Synergi og Helsenett vil slike beskjeder kunne komme til dem som trenger å få dem.

MULIGHETENES SYSTEM: – Synergi åpner også mulighetene for bedre samarbeid med kommunehelsetjenesten, sier Tor-Arne Engebretsen ved Kvalitetsavdelingen på Ullevål universitetssykehus.



Å forstå samfunnsforskning



Forfattere: Asbjørn Johannessen, Per Arne Tuft, Pål Veiden
Gyldendal akademisk 2006
Sidetall: 122 sider
ISBN 82-05-35155-4

Anmeldt av:

Karl-Henrik Nygaard, rådgiver og redaktør

Anbefales som innføring i samfunnsforskning

Boken tar for seg grunnleggende problemstillinger knyttet til samfunnsforskning med hovedfokus på kvantitativ forskning. Å trekke allmenne slutninger ut fra innsamlete data, defineres som vitenskapens kjerne. På denne måten ekskluderes den kvalitative forskning som har som mål å forstå, og ikke å generalisere, kunnskap.

Forfatterne får godt frem at det er viktig å være skeptisk til forskningsresultater og påstander som ikke kan underbygges med systematisk innsamlet dokumentasjon. Det advares mot å politisere og misbruke forskning, både i politiske beslutningsorganer og media.

Forskningmessige data innebærer alltid en forenkling, de vil aldri kunne dekke alle mennesker eller hele samfunnet. Kompliserte

samfunnsmessige spørsmål fortolkes og preges av den observerende forskerens forforståelse og kultur. Boken anbefaler en kritisk omgang med data. Tallmessige data som fremstår som objektive størrelser, bør man være likeså kritisk til som all annen informasjon. Bak et hvert tall står det et menneske - både en forsker og den det blir forsket på. Det er mange fallgruver som forskeren og den som vil bruke forskningsresultatene bør vokte seg for å falle i. Fortolkningen er derfor viktig. Vår evne til å observere og til å sette begreper på det vi ser, vil preges av vår bevisste og ubevisste fortolkning.

I boken advares det mot å tro på objektivitet i forskningen. Den vil alltid bære i seg visse verdier og være preget av forskersamfunnets dominerende paradigmer.

Kravet til forskningen ligger i saklighet og det å være uhildet.

Bokens styrke ligger i at den fremhever viktigheten av kritisk omgang med forskningsresultater, og ikke minst de konklusjoner som forskerne trekker ut fra de innsamlete data. Forfatterne skriver godt og enkelt. Boken kan anbefales til alle som ønsker å få en innføring i samfunnsforskningen. Den skeptiske holdning som forfatterne argumenterer for, bør være et minstekrav til enhver som i fremtiden skal forholde seg til en vitenskapelig tekst. Det er ikke sant alt som seiler under vitenskapens flagg. Vitenskapelig holdning innebærer en varig skeptisisme der både den som leser og den som forsker hele tiden søker å motbevise det som hevdes eller fortolkes.

Etikk – for helsefagene



Forfattere: Åshild Slettebø og Per Nortvedt (red.)
Gyldendal akademisk 2006
220 sider
ISBN: 82-05-34249-0

Anmeldt av:

Liv Wergeland Sørbye, førsteamanuensis

Etikk på mastergradsnivå

Etikk – for helsefagene inneholder en rekke publikasjoner om etikk og filosofi relatert til sykepleie, med bidrag av blant andre Berit Støre Brinchmann, Ingrid Hansen, Bjørn Hofmann, Grace I. Romsland og Ulla Schmidt.

Nortvedt omtaler de fire klassiske prinsippene presentert av Beauchamp og Childress på 50-tallet: Autonomi, velgjørenhet, ikke skade og rettferdighet. Disse har vært veiledende for helsepersonell, til tross for kritikk om å være mangelfulle og ha utgangspunkt i vestlig tenkning.

Hofmann skriver om teknologiens verdi. Ofte kan mulighet for kontroll og faglig vinning for det perfekte gå på bekostning av en seleksjon av det friske, for eksempel ved destruering av overtallige befruktede egg ved introvitro-fertilisering. Hofmann er skeptisk til helseprofeter: «helsefremme forrykker den naturlige balanse

mellom autonomi og paternalisme». Her savner jeg drøfting av de komplikasjoner og den forkortede levetid livsstilslidelser kan føre til.

Brinchmann orienterer om kliniske etikk-komiteer, med konkrete eksempler fra praksis. Hun fremhever betydningen av informasjon og kommunikasjon for å redusere etiske konfliktsituasjoner.

Smith skiller mellom «normativt» og «empirisk» i etikkforskningen. Etisk teori brukes i analyse både av empirisk datamateriale og av etisk refleksjon. Studier av faktisk moralpraksis kan identifisere og avdekke skadelige handlemåter og urettferdige ordninger og institusjoner.

Etikk for helsefagene er en bok for mastergradsstudenter. Denne boken bør derfor være en utfordring til alle forskerspirer om å innhente empirisk kunn-

skap innen et sårbart og viktig fagområde.

I forordet antydes det at boken er «myntet på mastergradsnivå innenfor helsefagene», men til tross for vektlegging av tverrfaglig samarbeid, er det bare sykepleierne blant forfatterne som representerer de aktuelle helsefagene.

Enkelte av forfatterne benytter en stor andel eldre litteratur. Litteraturen etter 2000 er hovedsakelig norske kilder. Med tanke på flerkulturell forståelse burde nyere internasjonal faglitteratur i større grad blitt trukket inn.

Boken er banebrytende fordi den går langt grundigere til verks enn mange av de tidligere etikkbøkene for sykepleiere og vil være et nyttig supplement både på høyskoler og i klinikken.



Menneskesyn – historisk arv og varig aktualitet

Jan-Olav Henriksen
178 sider
Gyldendal Akademisk forlag 2005
ISBN 82-05-34251-2



Sentrale livssyn

Per Bjørnar Grande
130 sider
Gyldendal Akademisk forlag 2004
ISBN 82-05-30410-6

Lærerikt om menneskesyn og etikk

Livssynsmangfoldet i det norske samfunnet betyr en utfordring for oss alle. Ikke minst for helse- og sosialarbeidere som i sitt arbeid forholder seg til mennesker med ulik kulturell og livssynsbakgrunn.

Gyldendal akademisk forlag ga i fjor ut to bøker som formidler kunnskap om de ulike livssynenes menneskeoppfatning, etikk og virkelighetsforståelse. Det er Jan-Olav Henriksens *Menneskesyn – historisk arv og varig aktualitet* og Per Bjørnar Grandes *Sentrale livssyn*. Bøkene henvender seg henholdsvis til helse- og sosialfagstudenter og til lærerskolestudenter, men bør være av interesse for et bredere publikum. De er lettleste og gir en generell innføring i temaet.

Grande presenterer humanismen, naturalismen, marxismen og eksistensialismen som livssyn. Etter min mening er det ingen av disse tanke-systemene, med unntak av humanismen og marxismen, som i dag fremstår som rene livssyn. Den sekulære humanismen er i Norge representert ved Human-Etisk Forbund som står for en klar livssynsprofil med egne ritualer knyttet til fødsel, ungdomsfeiring, vigsel og gravferd. HEF representerer likevel ikke noen enhetlig ideologi. Mange av de nærmere 70 000 medlemmene har ikke noe annet forhold til HEF enn at de ønsker å støtte en organisasjon som kan ivareta det sekulære samfunnets interesser i forhold til overgangene i livet.

Når det gjelder eksistensialismen gjør Grande godt rede for dens forhold til humanismen.

Han peker blant annet på hvordan deler av den eksistensia-

listiske bevegelsens pessimisme i forhold til livet og utviklingen står i kontrast til humanismens mer livsbejaende holdning. At eksistensialismen generelt i liten grad har appellert til fornuften skiller den også, ifølge Grande, fra humanismen. *Sentrale livssyn* har en fin fremstilling av samfunnets sekulære utvikling. Grande peker også på at det finnes sterke religiøse drag i de samfunn vi har regnet som gjennomsekulariserte.

De to bøkene gir et godt bilde av noen av de livssynsmessige utfordringer og muligheter vi i dag står overfor.

Han avslutter boken med et ønske om at ulike livssyn skal ha mer forståelse for hverandre.

Professor i religionshistorie Jan-Olav Henriksen går tilbake til de antikke filosofer og gamle religiøse tekster når han presenterer de to viktigste tradisjonene for menneskesyn i vår kultur i dag: Det greske og det jødisk-kristne menneskesynet og forholdet mellom disse. Han gir en forenklet og god presentasjon av deler av filosofihistorien. Han viser hvordan sekulariseringen begynner og naturretts-tanken får innpass i Europa etter renessansen på 1400-1500-tallet.

Henriksen har viet tre kapitler til det jødisk-kristne livssynet slik det fremtrer både i det gamle og det nye testamentet. Han går spe-

sifikt inn på menneskesynet hos Paulus, som hevdet at begjæret er et grunnleggende aspekt ved menneskets liv. Paulus mente at mennesket aldri kan rettferdiggjøre seg selv. Det kan kun skape seg ny identitet gjennom troen på Jesus som frelser. I kapitlet som omhandler det kristne synet på mennesket viser Henriksen hvordan dette endres i møtet med den antikke tenkingen. Han refererer blant annet til Augustin og viser

trekker Henriksen frem Heideggers fokus på døden som eksistensielt problem og at bevisstheten om egen død kan gi større mulighet til å få mer ut av livet her og nå. Feminismen ser Henriksen som en videreføring av opplysnings-tidens prosjekt. Han ser positive sider ved den naturalistiske nydarwinismen som har hatt slik suksess de siste årene, men er kritisk til dens konsekvenser for den moralske utviklingen.

Etter å ha tatt for seg trekk i moderne psykologi trekker Henriksen frem Nietzsche, Foucault og Rorty som kritikere av humanismen.

Til slutt behandler Henriksen ikke-vestlige religioners innflytelse i vesten. Disse får en relativt overflattisk omtale før han tar opp utfordringene religionene står overfor i møtet med moderne livssyn. Her ligger det mange utfordringer mener forfatteren, som avslutter sin tankevekkende bok med kapitlet *Veien til mennesket*. Gjennom den andre. Han peker her på at menneskesyn gir mulighet for forståelse, utvikling og alternative former for livsutfoldelse.

De to bøkene gir et godt bilde av noen av de livssynsmessige utfordringer og muligheter vi i dag står overfor. Jeg savner imidlertid spørsmål, diskusjon og mer konkrete henvisninger til de forfattere og tenkere det er referert til.

I forhold til eksistensialismen

Anmeldt av: Karl-Henrik Nygaard,

**Navn:** Gunn Engelsrud**Bosted:** Oslo**Yrke:** Professor ved Seksjon for helsefag, Det medisinske fakultet, UiO**Alder:** 55 år

Annerledes om kroppen

Vi kan tenke om kroppen, men ikke uten kroppen.

– Kroppen som erfarende subjekt i verden i samspill med andre – det er det jeg er opptatt av. I fjor høst kom Gunn Engelsrud ut med bok på Universitetsforlaget med tittelen *hva er KROPP*. Boka inngår i forlagets hva-er-serie, og er foreløpig siste ledd i en rekke titler som blant annet består av: hva er IDÉHISTORIE (Trond Berg Eriksen), hva er SPRÅK (Helene Uri), hva er MAKT (Fredrik Engelstad) og hva er SOSIALANTROPOLOGI (Thomas Hylland Eriksen).

Kroppen som objekt

– Det spesielle med kroppen er at du ikke kan være utenfor den mens du studerer den. Selv patologen er avhengig av sin egen kropp for å kunne studere andres. Fordi vi selv er kroppslige blir det et paradoks å behandle vår egen og andres kropp kun som et objekt. Studerer du planter og dyr studerer du noe annet enn deg selv, men kroppen er du en del av samtidig som du tenker på den og definerer den. Hun forteller at hun selv tok kontakt med forlaget og spurte om ikke en bok om kropp kunne egne seg i hva-er-serien.

– Det finnes jo en uendelighet

av bøker om den fysiologiske, anatomiske og patologiske kroppen, men jeg ønsker å snakke ut ifra et langt bredere perspektiv. Jeg er opptatt av kroppen som erfaring og som et symbolsk og kulturelt fenomen. Og da kan jo 150 sider i lommeformat bli noe knapt ...

Ingen er like

– *Er boka relevant for sykepleiere?*
– En sykepleier har tradisjonelt forholdt seg til det syke

Kroppen er på et vis blitt den vestlige verdens oppussingsobjekt

mennesket. I dette faget er man opptatt av mennesket som et åndelig vesen og ikke bare som et kroppslig, men det er viktig at vi som jobber med mennesker i tillegg erkjenner kroppen som et erfarende, levd subjekt, mener Engelsrud.

– Når man jobber relasjonelt er det viktig å være seg sin egen kropp bevisst og undersøke hva en selv erfarer i samspill med andre. Vi må forstå andre men-

neskers kroppslige uttrykk i en kontekst, og når vi er tilstede inngår vi selv i denne konteksten. Engelsrud mener at omsorg, uten en slik refleksjon, kan gå for langt.

– Det er viktig å forsøke å sette seg inn i andre menneskers sorg og smerte, men vi må også erkjenne at evnen til innlevelse har sin begrensning. Vi kan aldri nå helt inn til et annet menneskes erfaring, hvis vi prøver det kan det oppleves som invaderende. Vi

må ha forståelse for den andres annerledeshet og dette innebærer også distanse.

– Sykepleiere er som oftest gode på omsorg, men enhver som får en sprøyte vil erfare dette på en helt unik måte, og da blir det viktig å spørre: Hvordan opplever du dette?

Dualisme

– De teoretiske perspektivene som behandles i boka viser at

dualisme kommer til kort når det gjelder å forstå kroppen, hevder hun. Selv om mange i dag er kritiske til dualismen, har denne delingen mellom kropp og sjel vist seg vanskelig å komme utenom i helsefagene. Problemerne melder seg når vi skal definere hvor den fysiske kroppen starter og hvor det immaterielle begynner. Frem til i dag er det ingen filosofer som har greid å skille mellom «det fysiske» og «det psykiske» på en tilfredsstillende måte, forteller hun.

Undersøker

Engelsrud er fysioterapeut og har selv vært aktiv idrettsutøver og danser. Hun mener denne bakgrunnen gir henne et godt utgangspunkt for å studere kroppen: I idretten er det den sterke og friske kroppen som kan prestere som står i sentrum, i fysioterapien er det den syke eller unormale kroppen, mens dansen er rettet mot den uttrykkelige og ekspressive kroppen. Teori om kroppen knyttes til den praktiske virkeligheten gjennom dans og idrett. Jeg er opptatt av å undersøke og ikke av å slå fast. Studentene mine klager noen ganger på det, ler hun. «Men du

Omtaler

**Mennesker i mellom****Tittel:** Relasjonsbehandling i psykiatrien (fem bind)**Forfatter:** Lars Thorgaard**Forlag:** Hertervig forlag**Kontakt:** www.psykopp.no

ISBN 82-92023-98-4

Stiftelsen psykiatrisk opplysning/Hertervig forlag gir her ut et fembindsverk på dansk om relasjonsbehandling i psykiatrien, i samarbeid med Psyko Info Forlag i Århus. Utgivelsen er ment som et basisverk for folk som jobber med, eller har interesse for, relasjonsterapi i arbeidet med mennesker med psykiske lidelser. Thorgaard fokuserer på empati, allmennmenneskeliggjøring, muligheter, mestring og håp.

**Spillegalskap****Tittel:** Game over. Selvhjelpsbok for spilleavhengige**Forfatter:** Marianne Hansen og Randi Skjerve**Forlag:** Gyldendal Akademisk**Kontakt:** www.gyldendal.akademisk

ISBN 82-15-01104-7

Bruker du mye tid på å spille? Blir du rastløs eller irritabel når du ikke får spille? Lyver du til andre om spillingen din? Er svaret ja på noen av disse spørsmålene kan denne boka være noe for deg. Game over er ment som en selvhjelpsbok i kampen mot spilleavhengighet, men kan også være nyttig for folk i behandling og for pårørende.

**Marginalt miljø****Tittel:** Gatekapital**Forfatter:** Sveinung Sandberg og Willy Pedersen**Forlag:** Universitetsforlaget**Kontakt:** www.universitetsforlaget.no

ISBN 82-15-01104-7

Boka er resultat av et omfattende feltarbeid og en rekke intervjuer av gutter som selger hasj langs Akerselva i Oslo. Vi får et unikt innblikk i en marginal kultur og en hverdag som preges av vold, ran og rusmisbruk. Gutta er unge, mørkhudete, uten jobb og utdanning, mange også uten familie og venner. For å mestre tilværelsen kreves helt spesielle ferdigheter og kompetanse: Gatekapital.

**Gjennom barneøyne****Tittel:** Veien til Louisiana**Forfatter:** Gerd-Ragna Bloch Thorsen**Forlag:** Hertervig forlag**Kontakt:** www.psykopp.no

ISBN 82-92023-70-4

Hvordan er det å være barn av foreldre med psykiske lidelser? I denne boka møter vi Gunn som bare er redd for en ting i hele verden og det er morens redsel. Når moren lukker seg inne på soverommet bak nedrullede gardiner kalte de det migrene, men Gunn vet bedre ... På en tur til København møter hun Atle som vet noe om hvordan det er å føle seg annerledes.



UTFORSKER: Det finnes ikke opplagte svar. Ting må undersøkes, mener Gunn Engelsrud.

sa jo noe annet i forrige uke», sier de ofte. Og da må jeg bare svare at, «ja, men jeg tenker annerledes på det nå, jeg har forandret meg i møte med deg».

Stress med SPA

– *Hva tenker du om dagens kroppsideal?*

– Kroppen er på et vis blitt den vestlige verdens oppussingsobjekt, men ved å behandle kroppen vår som et rom vi stadig kan fornye gjør vi den til et objekt. Det er mange som tjener gode penger på drømmen om den perfekte kroppen, konstaterer Engelsrud. Vi slanker oss, tar plastiske operasjoner og går på SPA, alt i skjønnhetens tjeneste. Men SPA kan også skape stress, tror hun.

– Tenk deg selv, du går inn i et helt ukjent rom med frem-

mede mennesker og sterkt lys og der skal du kle av deg og bli tatt på av en du ikke kjenner. Det er jo ikke gitt at dette virker avslappende. Hva vi opplever som smerte, velbehag eller lykke vil alltid være betinget av hvem vi er, hvilke erfaringer vi har og hvilken kontekst vi befinner oss i.



Finn din faggruppe:

Akutt

NSFs Landsgruppe av Sykepleiere

i Akuttmottak, AMK og Ambulansetjenesten:

Ulrika Eriksson, Klinik for anestesi og akuttmedisin, St Olavs Hospital, 7006 TRONDHEIM
Tlf. privat: 934 20 760. Tlf. jobb: 73 86 90 92/
913 88 601 E-post: ulrika.eriksson@stolav.no

Anestesi

Anestesisykepleiernes landsgruppe av NSF:

Anne Marie Gran Bruun, Aker gård, 3170 SEM
Tlf. privat: 33 33 23 87 og 905 32 387
Tlf. jobb: 33 03 12 89 E-post: annemarie.bruun@c2i.net

Astma, eksem og allergi

NSF Sykepleiernes interessegruppe for barn med astma, eksem og allergi SIGA:

Sølvi Heimestøl, Barnepoliklinikken/Lærings- og mestringssenteret, Postboks 2170, 5504 HAUGESUND.
Tlf. privat: 53 74 06 73 og 996 29 365.
Tlf. jobb: 52 73 23 50 og 52 73 28 80
E-post: solvi.heimestol@helse-sona.no

Barn

Barnesykepleierforbundet NSF:

Anne-Berthe Bjerknes, Fossåsveien 24, 3132 HUSØYSUND. Tlf. privat: 33 38 62 07 og 452 30 511. Tlf. jobb: 33 34 22 70 og 33 34 22 80. E-post: bfbjerkn@online.no

Bedriftssykepleie

NSFs landsgruppe av bedriftssykepleiere:

Thea Kviteng, Skysveien 42, 7045 TRONDHEIM.
Tlf. privat: 73 52 05 71 og 930 93 844
E-post: thea.kviteng@hjelp24bht.no

Diabetes

Faggruppe for Diabetessykepleiere, NSF/FFD:

Åse Rohde Paulsen, Hølleveien. 171, 4640 SØGNE.
Tlf. privat: 38 05 02 60 / 970 38 423
Tlf. jobb: 38 05 33 34.
E-post: aase.rohde.poulsen@sogn.kommune.no

Gastro

NSF Faggruppe av sykepleiere i gastroenterologi:

Elin Sæther, Langnesveien 51, 9016 TROMSØ.
Tlf. privat: 77 65 50 47 og 905 71 755.
Tlf. jobb: 76 62 83 85. E-post: elinsaether@yahoo.no

Geriatrici og demens

NSFs faggruppe for sykepleiere i geriatri og demens:

Anni Særnmo, Elveveien 17, 4823 NEDENES.
Tlf. privat: 37 09 49 15 og 920 48 264
Tlf. jobb: 37 25 64 19.
E-post: annikarlsen@hotmail.com og
anni@nsfgeriatricidemens.no

Helsesøster

NSFs landsgruppe av helsesøstre:

Astrid Grydeland Ersvik, Postboks 272, 6501 KRISTIANSUND. Tlf. privat: 71 67 00 63/
988 53 496 Tlf. jobb: 71 58 63 60/66
E-post: astrid.grydeland@bluezone.no

Hud

NSFs Faggruppe for Sykepleiere i Dermatologi:

Tove Hærland, hudpol. Florø sykehus, 6900 FLORØ.
Tlf. privat: 924 48 671 Tlf. jobb: 57 75 10 35
E-post: tove.herland@helse-forde.no

Hygiene

NSF Faggruppe av Hygiene Sykepleiere:

Børre Johnsen, Enhet for Smittevern Nordlandssykehuset, 8092 BODØ.
Tlf. privat: 954 69 165. Tlf. jobb: 75 50 18 69
E-post: borre.johnsen@nlsh.no

IKT og dokumentasjon

Sykepleiernes forum for IKT og dokumentasjon:

Kathy Mølstad, Stjørgensgate 3, 2315 HAMAR.
Tlf. privat: 62 53 03 59 og 958 91 864
E-post: k-moels@online.no

Intensiv

NSFs landsgruppe av intensivsykepleiere NSF LIS:

Hildegunn Synnevåg, Ortuflaten 68 5143 FYLLINGSDALEN.
Tlf. privat: 33 48 10 50 og 952 24 207
E-post: hi-syn68@online.no og
hildegunn.synnevaag@helse-bergen.no

Jordmor

Jordmorforbundet NSF:

Bente Dahl Spidsberg, Solvindveien 11, 3113 TØNSBERG.
Tlf. mobil: 906 26 991
E-post: bente.dahl.spidsberg@sykepleierforbundet.no

Kardiologi

NSFs landsgruppe av kardiologiske sykepleiere:

Marit Mørkved Larsen, Nils Bays vei 57C, 0855 OSLO.
Tlf. privat: 22 23 48 26 og 922 68 706
Tlf. jobb: 23 07 07 62 og 23 07 19 40
E-post: marit.morkved.larsen@rikshospitalet.no

Kreft

NSF Forum for sykepleiere i kreftomsorg:

Eli Horn Kjøren, Kreftforeningen, Postboks 667, 8001 BODØ. Tlf. privat: 924 30 108
E-post: eli.kjoren@online.no

Ledere

NSFs landsgruppe av sykepleieleidere:

Linda Warelius, Dalsrudåsen 29, 3070 SANDE.
Tlf. privat: 33 77 69 56 og 911 40 795
E-post: linda.warelius@siv.no og
lin-war@online.no

Lunge

NSFs faggruppe av lungesykepleiere:

Heidi Ø. Markussen, Falkangerv. 11, 5108 HORDVIK.
Tlf. privat: 55 19 02 62 og 982 00 177
Tlf. jobb: 55 97 35 49
E-post: heidi.markussen@helse-bergen.no

Nyre

NSFs faggruppe for nyresykepleiere:

Anne Rasmussen, Artillerivollen 19, 4616 KRISTIANSAND.
Tlf. privat: 38 02 59 28 og 977 39 740
Tlf. jobb: 38 07 37 60.
E-post: anne_v_rasmussen@yahoo.no

Operasjon

NSFs landsgruppe av operasjonssykepleiere:

Liv-Marie E. Loraas, Jomfrubrátveien 72 A, 1179 OSLO.
Tlf. privat: 22 28 29 83 og 988 87 626
Tlf. jobb: 23 07 22 70. E-post: liv-marie@loraas.com og
liv.marie.loraas@rikshospitalet.no

Ortopedi

Norsk Forening for Sykepleiere i Ortopedi

- faggruppe i NSF:

Edel Bruun Bastøe, Notveien 7, 1655 SELLEBAKK.
Tlf. privat: 69 34 70 78 og 414 49 414
E-post: edebas@online.no

Psykisk

NSFs landsgruppe av psykiatriske sykepleiere:

Unn Elisabeth Hammervold, Bruvikveien 12d, 4017 STAVANGER. Tlf. privat: 51 58 96 36 og 90 93 67 40. Tlf. jobb: 51 53 04 70
E-post: unnhvold@online.no

Rehabilitering

NSF faggruppe av sykepleiere i Rehabilitering:

Monica Selven, Valhallveien 11, 1454 FAGERSTRAND.
Tlf. privat: 66 96 01 74 og 936 52 329.
Tlf. jobb: 66 96 95 75. E-post: monicas@bluezone.no

Revmatologi

NSFs faggruppe for sykepleiere innen revmatologi:

Bente Hamnes, Revmatismesykehuset AS, Margrethe Grundtvigsvei 6, 2609 LILLEHAMMER.
Tlf. privat: 928 32 549, Tlf. jobb: 61 27 95 00
E-post: Bente.Hamnes@revmatismesykehuset.no

Slag

NSFs landsgruppe i slagsykepleie:

Anne Evy Ødegard, Alvyntun 11, 1722 SARPSBORG.
Tlf. privat: 69 15 26 45. E-post: Ann-oed@spray.no

Stomi

NSFs faggruppe av sykepleiere i stomiomsorg SIS:

Ragne Gjestrum Larsen, Lillestien 2, 3267 LARVIK.
Tlf. privat: 957 94 808.
Tlf. jobb: 33 13 08 80. E-post: ragne@medicus.no

Sykepleieforskning

Norsk selskap for sykepleieforskning:

Inger Marie Flakstad, Sykehuset i Vestfold, Medisinsk klinikk, Postboks 2168 Postterminalen, 3103 TØNSBERG. Tlf. privat: 950 33 891,
Tlf. jobb: 33 34 20 00/dir. Dir:2847
E-post: inger.marie.flakstad@siv.no

Undervisning og fagutvikling

NSFs faggruppe for sykepleiere

i undervisning, forskning og fagutvikling:

Sissel Tollefsen, Grendatunvegen 34, 5259 HJELLESTAD. Tlf. privat: 55 22 68 68 og 909 80 893. Tlf. jobb: 55 58 55 22
E-post: sissel.tollefsen@hib.no

Urologi

NSFs faggruppe av sykepleiere i urologi FSU:

Inger Johanne Stokkan, Nertrøa 31, 7089 HEIMDAL.
Tlf. privat: 72 84 51 04 og 452 05 090.
Tlf. jobb: 73 86 95 68
E-post: inger.stokkan@stolav.no

Veiledere

NSFs faggruppe for veiledere:

Frank Oterholt, Terneveien 23, 4876 GRIMSTAD.
Tlf. privat: 37 04 26 14 og 916 26 225
E-post: frank.oterholt@gktv.no

Videregående opplæring

NSFs faggruppe i videregående opplæring:

Björg Ranang, Fjellveien 49 E, 1410 KOLBOTN.
Tlf. privat: 66 80 05 08 og 917 06 192
Tlf. jobb: 22 04 31 39
E-post: bjorg.ranang@sykepleierforbundet.no

Øye

Faglig gruppe av øyesykepleiere NSF:

Astrid Thorstad, Engebrets vei 6 B, 0275 OSLO.
Tlf. privat: 22 50 65 74, Tlf. jobb: 22 45 37 65
E-post: Astrid.Thorstad@su.hio.no

Leder sentralt fagforum:

Målfrid Bogen, Geitastrandveien 14, 7300 ORKANGER
Tlf. privat: 413 06 313 og 72 48 63 39
E-post: malfrid.bogen@sykepleierforbundet.no



Influenzaen står for døren

Det er økende influensaaktivitet, særlig på Østlandet. I Tromsø har det vært et lite utbrudd allerede. Folkehelseinstituttet regner med økende aktivitet de nærmeste ukene. Dersom du ikke er smittet, er det fortsatt ikke for sent å vaksinere seg. Er du ikke smittet når vaksinen settes, vil du få noen grad av beskyttelse etter få dager.

Flere tar sen abort

I 2005 ble det levert 723 søknader om svangerskapsavbrudd etter 12. svangerskapsuke. 593 av disse resulterte i svangerskapsavbrudd. I 243 av tilfellene var påviste misdannelser hos fosteret indikasjon for svangerskapsavbruddet. Tallene viser en økning i påviste misdannelser i forhold til tidligere år. Antallet svangerskapsavbrudd på grunn av Downs syndrom økte fra 28 i 2004, til 44 i 2005. Dette kommer fram i rapporten om nemndbehandlete svangerskapsavbrudd i 2005 fra Nasjonalt folkehelseinstitutt.

Effektiv kreftvaksine

Kunnskapssenteret har vurdert nytten og sikkerheten til to vaksiner mot livmorhalskreft. Det viser seg at vaksinerne har god effekt mot de typene humant papillomavirus (HPV) de er rettet mot.

Hvordan forebygge selvmord?

En delrapport fra Kunnskapssenteret om forebygging av selvmord viser at tiltak som for eksempel brev- og telefonkontakt, tværfaglige team og ulike beskyttende tiltak for pasienten, så langt ikke har vist dokumentert effekt.

– Vi fant få studier, og flertallet av disse inkluderte få pasienter og var metodisk svake. Her er et stort behov for forskning, sier prosjektleder Kurt I. Myhre på Kunnskapssenterets nettsted.

C Efexor® Wyeth C Efexor® Depot Wyeth

Antidepressivum, serotonin- og noradrenalinreopptakshemmer.

ATC-nr.: N06AX16

T TABLETTER 37,5 mg: Efexor: Hver tablett inneh.: Venlafaxin, hydroklorid, aeqv. venlafaxin, 37,5 mg, lactos, 27,5 mg, const. q.s. Fargestoff: Jernoksid (E 172).

T DEPOTKAPSLER 37,5 mg, 75 mg og 150 mg: Efexor Depot: Hver depotkapsel inneh.: Venlafaxin, hydroklorid, aeqv. venlafaxin, 37,5 mg, resp. 75 mg et 150 mg, const. q.s. Fargestoff: Jernoksid (E 171), titandioksid (E 171). **Indikasjoner:** Efexor: Depresjon. Profylaktisk mot tilbakefall av depresjon eller nye episoder med depresjon. Efexor Depot: Depresjon. Profylaktisk mot tilbakefall av depresjon eller nye episoder med depresjon. Generalisert angstlidelse (GAD). Sosial fobi (SAD). Panikktilstand, med eller uten agorafobi. **Dosering: Depotkapsler:** Bør svelges hele. Kan åpnes, men innholdet må ikke trykkes eller knuses. Depotkapslene tas 1 gang daglig. Initial dosering er 75 mg daglig. Ved behov kan dosen økes etter ca. 2 uker til 150 mg daglig. **Depresjon:** Ved behov kan den daglige dosen økes med 75 mg med minst 4 dagers mellomrom. Maks. døgndose er 375 mg i høyst 4 uker. **Panikktilstand:** Anbefalt dose er 75 mg 1 gang daglig. Behandling bør startes med 37,5 mg daglig. Etter 4-7 dager, bør dosen økes til 75 mg 1 gang daglig. Pasienter som ikke responderer på 75 mg/dag kan ha fordel av å øke dosen til maks. 225 mg/dag. Økning av døgndosen kan gjennomføres med 75 mg med intervaller på ca. 2 uker eller mer, men med minst 4 dagers mellomrom. **Tabletter:** Initial dosering er 75 mg/døgn fordelt på 2 doser. Ved behov kan dosen økes etter ca. 2 uker til 150 mg/døgn (75 mg ? 2). Når rask effekt er ønskelig, f.eks. ved moderat til alvorlig depresjon, kan en raskere opptrapping gis. Inicialt gis 75-150 mg/døgn fordelt på 2 eller 3 doser. Deretter økes dosen med inntil 75 mg/døgn med 2-3 dagers mellomrom slik at det oppnås en dose på 300 mg/døgn i løpet av en uke. Maks. dose er 375 mg. Doser over 300 mg/døgn bør fordeles på 3 doser. Når ønsket effekt er oppnådd, reduseres dosen gradvis til laveste effektive vedlikeholdsdose (vanligvis 75-150 mg). Venlafaxin bør tas i forbindelse med måltid. Til pasienter med nedsatt nyre- og/eller leverfunksjon anbefales redusert dose. Ved kreatininclearance 10-70 ml/minutt bør dosen reduseres med 25-50% og ved moderat leverskade bør døgndosen reduseres med 50%, døgndosen kan da gis samlet 1 gang/døgn. Ved alvorlig leverskade kan ytterligere dose-reduksjon være nødvendig. For disse pasienter kan tabletter brukes. Hos hemodialysepasienter må den totale døgndosen reduseres med 50%. Administrering skal ikke skje under dialyse. Seponering av preparatet bør skje suksessivt. Dersom venlafaxin er brukt lengre enn 6 uker, anbefales nedtrapping over minst en 2 ukers periode. Nedtrappings-perioden kan avhenge av dose, behandlingstid og den enkelte pasient. En har ingen erfaring med behandling av barn (<18 år). **Kontraindikasjoner:** Kjent overfølsomhet for venlafaxin eller noen av hjelpestoffene. Samtidig behandling med MAO-hemmer, akutt hjerteinfarkt, akutt cerebrovaskulær sykdom, uttalt hypertoni. **Forsiktighetsregler:** Eldre >65 år. Pasienter med kjent stabil kardiavaskulær-/cerebrovaskulær sykdom inkl. velkontrollert hypertoni. Venlafaxin kan hos noen pasienter gi blodtrykkstigning. Blodtrykket bør kontrolleres for pasienter som behandles med doser over 200 mg/døgn. Økning i hjertefrekvens kan forekomme, spesielt ved høyere doser. Ved nedsatt nyre- og/eller leverfunksjon anbefales dose-reduksjon. Hyponatremi og/eller SIADH («syndrom of inappropriate antidiuretic hormone secretion») er rapportert ved behandling med antidepressiva, inkl. serotoninreopptakshemmere, spesielt hos eldre og ved samtidig behandling med diuretika. Krampor kan oppstå under behandling. Venlafaxin bør introduseres med forsiktighet til pasienter som har, eller har hatt krampor. Pasienter med epilepsi skal ha adekvat antiepileptisk medisinering under behandlingen. Ved overgang fra MAO-hemmer til venlafaxin skal det gjøres et opphold i behandlingen på minst 14 dager. Om overgangen skjer fra venlafaxin til MAO-hemmer anbefales 7 dagers opphold. Erfaring fra venlafaxinbehandling i sammenheng med samtidig systemisk sykdom er begrenset, og forsiktighet bør utvises. Andre serotoninerge medikamenter bør ikke brukes sammen med venlafaxin. Oppmerksomhet må utvises for selvmordsrisiko. Den depressive sykdommen i seg selv innebærer risiko for selvmordsforsøk, og denne risiko kan opprettholdes inntil signifikant remisjon er nådd. Pasienter som behandles med venlafaxin må observeres nøye for klinisk forverring og suicidalitet, spesielt ved igangsettelse av behandling og/eller ved doseendring. Mydriasis kan forekomme. En har ingen erfaring med behandling av schizofrene pasienter eller pasienter med bipolare tilstander. Hos pasienter med manisk depressiv psykose kan forskyvning mot manisk fase forekomme. Barn og ungdom <18 år: Det er ikke påvist terapeutisk effekt av venlafaxin. I tillegg er det hyppigere rapportert om fiendtlighet og spesielt ved alvorlig depresjon, selvmordsrelaterte bivirkninger som selvmordstanker og egenskade. Risiko for blødninger i hud og slimhinner øker ved behandling med venlafaxin og preparat bør benyttes med forsiktighet til pasienter som samtidig tar orale antikoagulantia, NSAIDs eller andre legemidler som kan øke blødningsfasen samt ved kjente blødningsforstyrrelser. Kan innvirke på reaksjonsevnen; forsiktighet bør utvises ved bilkjøring og betjening av maskiner inntil reaksjonen på preparatet er kjent. Abstinenseffekter forekommer ved bruk av antidepressiva. Det anbefales derfor at dose-reduksjon skjer gradvis, samt at pasienten monitoreres. **Interaksjoner:** Venlafaxin metaboliseres av isoenzymet CYP 2D6 til O-desmetylvenlafaxin og av isoenzymet CYP 3A3/4 til N-desmetylvenlafaxin. Samtidig behandling med medikamenter som inhiberer CYP 2D6 (paroxetin) eller CYP 3A3/4 (f.eks. ketokonazol) kan øke plasmakonsentrasjonen av venlafaxin. Venlafaxin og N-desmetylvenlafaxin er svake inhibitorer av CYP 2D6 og kan dermed hemme metabolismen av medikamenter som metaboliseres av dette enzymet, f.eks. visse antiarytmika og psykoleptika. Pga. muligheten for serotoninergt syndrom, bør det utvises forsiktighet ved samtidig bruk med legemidler som kan påvirke serotoninerge transmittersystemer (f.eks. triptaner, litium eller SSRI). Sikkerhet og effekt ved samtidig bruk med vektreduksjonsmidler, inkl. fermetin, er ikke fastlagt og kombinasjonen anbefales ikke. Økning i serumkolesterol er observert. Hos pasienter hvor endringer i serumkolesterol kan være av klinisk interesse bør serumkolesterol monitoreres ved langtidsbehandling. **Graviditet/Amning: Overgang i placenta:** Sikkerhet ved bruk under graviditet er ikke klarlagt da erfaring fra mennesker er utilstrekkelig. I dyreforsøk er det sett redusert fostervekst og -størrelse, samt redusert fosteroverlevelse, trolig pga. toksisitet. Preparatet bør ikke anvendes av gravide annet enn etter nøye overveelse. Dersom venlafaxin anvendes kort tid før, evt. helt opptil fødsel, bør den nyfødte vurderes mht. seponeringssymptomer. Nyfødte som utsettes for venlafaxin sent i 3. trimester utvikler komplikasjoner, som krever pustehjelp eller forlenget sykehusopphold. **Overgang i morsmelk:** Venlafaxin og O-desmetylvenlafaxin går over. Preparatet bør ikke brukes under amning. **Bivirkninger: Hypypie (>1/100):** Asteni, anoreksi, hodepine, buksmerter, vekttøkt, svetting (inkl. nattlig svetting), øret, sømnlens, tremor. Gastrointestinale: Uvelhet, brekninger, obstruksjon, dyspepsi, munntørhet. Hud: Utslett. Luftveier: Gjespning. Metabolske: Økning i serumkolesterol (spesielt ved langvarig behandling og muligens ved høyere doser), vekttapt. Sentralnervesystemet: Forvirring, mareritt, redusert libido, økt muskeltonus, innsomnia, parestesi, angst, nervøsitet, sedasjon. Sirkulatoriske: Hypertoni, postural hypotensjon, takykardi, vasodilatasjon, palpitasjoner. Syn: Akkommodasjonsforstyrrelser, myktriasis, synsforstyrrelser. Urogenitale: Ejakulasjons-/orgasmeavbrudd, impotens, svakhet urinering (hovedsakelig vegring). **Mindre hypypie:** Økt, tinnitus. Blod: Slimhinneblødninger. Gastrointestinale: Øsofagitt, gastritt, gingivitt, smaksforandring, bruksisme, diaré. Hud: Alopeci, fotosensitivitet, urticaria, ekkytose. Lever: Økte transaminaseverdier. Luftveier: Astma. Metabolske: Unormale leverfunksjonsverdier, hyponatremi. Sentralnervesystemet: Apati, ataksi, hyperkines, hallusinasjoner, mani, agitasjon. Sirkulatoriske: Hypotoni, synkope. Syn: Konjunktivitt. Urogenitale: Menoragi, urinretensjon. **Sjeldne (<1/1000):** Stupor, anafylaksi. Blod: Forlenget blødningsstid, trombocytopeni. Metabolske: Hepatitt, SIADH. Sentralnervesystemet: Krampetilstand, ekstrapyramidale symptomer, personlighetsforandring, NMS (Neuroleptisk malignt syndrom), serotoninergt syndrom. Sirkulatoriske: EKG-forandring (T-/ST-seg-ment, AV-blokk I). Syn: Glaukom. Bivirkninger som er sett meget sjeldne (<1/10000) er dyskрази (inkl. agranulocytose, aplastisk anemi, nøyotropeni og pancytopeni), delirium, ekstrapyramidale symptomer (inkl. dystoni og dyskinesier), tardive dyskinesier, pankreatitt, erythema multiforme, Stevens-Johnsons syndrom, pruritus, økt prolaktin, rabdomyolose, pulmonær eosinofili, forlengelse av QT-tiden, ventrikulær fibrillasjon og ventrikulær takykardi (inkl. «torsades de pointes»). Ved depresjon foreligger alltid vanskeligheter med å skille mellom bivirkninger forårsaket av farmaka og den depressive tilstanden. Bivirkningene uvelhet og brekninger er dose-relatert og ved høy initialdose kan høyere frekvens av uvelhet sees. Under behandlingens gang reduseres vanligvis graden og frekvensen av denne bivirkning. Seponeringsreaksjoner er sett ved bruk av venlafaxin. Følgende symptomer er rapportert i forbindelse med plutselig avbrudd, dose-reduksjon eller nedtrapping i behandling: Hypomani, angst, agitasjon, nervøsitet, forvirring, innsomnia eller andre søvnforstyrrelser, tretthet, sømnlens, parestesi, svimmelhet, vertigo, hodepine, svetting, munntørhet, anoreksi, diaré, kvalme og brekninger. Majoriteten av disse symptomene er milde og forsvinner uten behandling. Økt forekomst av fiendtlighet og, spesielt ved alvorlig depresjon, selvmordsrelaterte bivirkninger som selvmordstanker og egenskade. **Egenskaper: Klassifisering:** Antidepressivum. **Virkningsmekanisme:** Effekten av venlafaxin og dets aktive hovedmetabolitt O-desmetylvenlafaxin oppnås i hovedsak gjennom hemming av reopptak av serotonin og noradrenalin i CNS, men også en svak hemming av dopaminreopptak kan sees. Venlafaxin og O-desmetylvenlafaxin reduserer følsomheten hos beta-adrenerge reseptorer både ved korttids- og langtids. For fullstendig preparatomtale (SPC), se www.legemiddelverket.no/spc 3 behandling. Venlafaxin og O-desmetylvenlafaxin er ekvipotente med hensyn på reopptakshemming av neurotransmittere og reseptorbinding. Venlafaxin har ingen affinitet til kolinerge (muskarin), histamin- eller alfa-adrenerge reseptorer. **Absorpsjon:** Efexor: Maks. plasmakonsentrasjon av venlafaxin oppnås etter ca. 2,4 timer, og av O-desmetylvenlafaxin etter 4,3 timer. Efexor Depot: Maks. plasmakonsentrasjon av venlafaxin oppnås etter ca. 6 timer og av O-desmetylvenlafaxin etter 9 timer. **Proteinbinding:** Venlafaxin: 27%. O-desmetylvenlafaxin: 30%. **Halveringstid:** Efexor: Venlafaxin: Ca. 5 timer. O-desmetylvenlafaxin: Ca. 11 timer. Efexor Depot: Venlafaxin: Ca. 15 timer. **Metabolisme:** I leveren. **Utskillelse:** Venlafaxin og metabolittene utskilles i hovedsak via nyrene. 87% av dosen gjentfinnes i urinen innen 48 timer. Den farmakologiske profilen hos eldre skiller seg ikke fra den hos yngre, forutsatt at det ikke foreligger nedsatt nyre- og leverfunksjon. Depotkapslene inneholder færre som gradvis frisetter legemiddel i gastrointestinaltractus. Den uøselige delen av disse sfærene blir skilt ut og sees i avføring. **Pakninger og priser: Efexor: Tabletter: 37,5 mg:** Datopakn.: 7 stk. kr. 67,10. 75 mg: Datopakn.: 28 stk. kr. 292,60. 98 stk. kr. 938,50. 150 mg: Datopakn.: 28 stk. kr. 523,30. 98 stk. kr. 1745,60. T: 18b).

Refusjon: Gjelder ikke depotkapsler 37,5 mg. Behandlingen bør være instituert i psykiatrisk sykehusavdeling eller poliklinikk eller av spesialist i psykiatri, og for den videre forskrivning bør det foreligge erklæring fra slik instans om at det er indisert å fortsette behandlingen ambulant. For fortsatt forskrivning utover 1 år bør det foreligge årlig fornyet erklæring fra instans som nevnt.

Sist endret: 01.02.2007.

Referanser: 1. Baldomero, E. B. et al. Venlafaxine Extended Release versus conventional antidepressants in the remission of depressive disorders after previous antidepressant failure: Argos Study. Depression and Anxiety 2005; 22: 68-76. 2. Felleskatalogen. 3. Kelsey J E. Dose-response relationship with venlafaxine. J Clin Psychopharmacol. 1996;16: 3: Suppl 2:21-8. 4. Statens Legemiddelverk. 5. FRESHESKY L et al. Review of the pharmacokinetics, pharmacokinetics, and drug interaction potential of antidepressants: focus on venlafaxine. Depress Anxiety 2000;12: Suppl 1:30-44.

EFEXOR®
(venlafaxin) **DEPOT**

PB. 313 Skøyen, 0213 Oslo. Telefon: 4000 2340. Telefaks: 4000 2341. E-mail: wyeth@online.no Web: wyeth.no

Wyeth

C Loette 28 Wyeth

Antikonseptjonsmiddel.

ATC-nr.: G03A A07

TABLETTER, filmdrasjerte: Hver aktiv tablett inneholder levonorgestrel 100 µg, etinyløstradiol 20 µg, laktosemonohydrat, hjelpestoffer. Fargestoff: Rødt jernoksid (E 172), titandioksid (E 171). Hver inaktiv tablett inneholder laktosemonohydrat, hjelpestoffer. Fargestoff: Titandioksid (E 171).

Indikasjoner: Antikonseptjon. **Dosering:** Tablettene må tas som angitt på pakningen, hver dag til omtrent samme tid. 1 tablett tas daglig i 28 etterfølgende dager. Etter at den siste inaktive tablett er tatt, starter en med nytt brett dagen etter. I løpet av de 7 dagene med inaktive tabletter inntrener en bortfallsblødning. Oppstår: Ingen tidligere hormonell prevensjonsbruk (i løpet av den siste måneden): Medisinerings skal starte på dag 1 i kvinnens normale syklus. Det er tillatt å starte på dag 2-7, men da anbefales i tillegg en annen prevensjonsmetode (f.eks. kondomer og sæddrepende middel) i løpet av de 7 første dagene en tar tablettene. Skifte fra et annet kombinasjonspreparat: Medisinerings bør starte dagen etter den vanlige tablettfrie perioden eller perioden med inaktive tabletter til foregående kombinasjonspreparat. Skifte fra et rent progestogenpreparat (minipille, progestogeninjeksjon/implantat): Kvinnen kan når som helst skifte fra minipille og begynne med preparatet neste dag. En bør starte dagen etter fjerning av et implantat eller, dersom en bruker injeksjon, dagen etter neste injeksjon skal foretas. I alle disse situasjonene, anbefales å bruke en tilleggsprevensjon de 7 første dagene en tar tablettene. Etter abort i første trimester: Medisinerings kan starte umiddelbart. Andre prevensjonsmetoder er ikke nødvendig. Etter fødsel eller abort i 2. trimester: Siden den umiddelbare postpartumperioden er assosiert med en økt risiko for tromboemboli, skal p-piller ikke anvendes tidligere enn 28 dager etter fødsel, hos ikke ammende eller etter abort i 2. trimester. Tilleggsprevensjon anbefales de 7 første dagene. Dersom samleie har funnet sted, må graviditet utelukkes for en starter med et kombinasjonspreparat, ellers må kvinnen vente på sin første menstruasjonsperiode. Effekten av p-pillene reduseres når tabletter glemmes eller ved oppkast. Se pakningvedlegg. **Kontraindikasjoner:** Skal ikke brukes av kvinner med noe av følgende: Trombofleitt eller tromboemboliske lidelser, dyp venetrombose, en tidligere historie med dyp venetrombose eller tromboemboliske lidelser, cerebrovaskulære eller kardiovaskulære lidelser, trombogene valvulopati, trombogene rytmeforstyrrelser, alvorlig diabetes med vaskulære forandringer, alvorlig ubehandlet hypertensjon, kjent eller mistenkt cancer mammae, cancer i endometriet eller andre verifiserte eller mistenkte østrogenavhengige neoplasier, udiagnostiserte unormale vaginalblødninger, kolestatisk gulsott under graviditet eller gulsott ved tidligere bruk av p-piller av kombinasjonstypen, leveradenomer eller leverkreft, verifisert eller mistenkt graviditet, hypersensitivitet overfor noen av preparatets innholdsstoffer. **Forsiktighetsregler:** Før behandling initieres, foretas grundig undersøkelse inkl. mammaundersøkelse, blodtrykkmåling, samt en grundig familieanamnese. Forstyrrelser i koagulasjonssystemet skal utelukkes hvis det i nærmeste familie allerede i yngre år har forekommet tromboemboliske sykdommer (først og fremst dyp venetrombose, hjerteinfarkt, slaganfall). Ved unormale vaginalblødninger skal undersøkelse gjennombføres for å utelukke kreft. Kvinner fra familier med økt forekomst av brystkreft eller som har benigne brystkutter, må følges opp spesielt nøye. Sigarettbruk øker risikoen for alvorlige kardiovaskulære bivirkninger ved bruk av p-piller. Denne risikoen øker med alder og mye røyking og er ganske markert hos kvinner over 35 år. Kvinner som bruker p-piller må på det sterkeste anbefales ikke å røke. Bruk av kombinasjons-p-piller er assosiert med økt risiko for arterietrombose og tromboemboli. Rapporterte hendelser inkl. hjerteinfarkt og cerebrovaskulære hendelser (ischemi og blodningsslag). Risikoen for arterietrombose og tromboemboli øker ytterligere hos kvinner med underliggende risikofaktorer. Eksempler på risikofaktorer for arterietrombose og tromboemboli er: Røking, visse arvelige eller ervervede trombofilier, hypertensjon, hyperlipidemi, overvekt og økt alder. Kvinner som bruker perorale kombinasjons-p-piller og som har migræne (spesielt migræne med aura), kan ha økt risiko for slag. Opptrer tegn på emboli (f.eks. akutte brystmerter, tungpustethet, syns- eller hørselsforstyrrelser, smerter og hevelse i en eller begge underkremittene) under behandlingen skal preparatet seponeres og pasienten undersøkes nøye. Bruk av kombinasjons-p-piller er assosiert med økt risiko for venetrombose og tromboemboli. Den økte risikoen er størst blant førstegangsbrukere det første året. Risikoen er imidlertid mindre enn under graviditet. Venos tromboembolisme er dødelig i 1-2% av tilfellene. Risikoen øker ytterligere hos kvinner med tilstander som predisponerer for venetrombose og tromboembolier. Eksempel på risikofaktorer for venetrombose og tromboembolier er: Enkelte arvelige eller ervervede trombofilier, overvekt, kirurgisk inngrep eller skader som øker risikoen for trombose, nylig gjennomgått fødsel eller abort i 2. trimester, forlenget immobilisering og økt alder. Om mulig, bør behandlingen med kombinasjons-p-piller avbrytes 4 uker før og 2 uker etter elektiv kirurgi hvor det er økt risiko for trombose og ved forlenget immobilisering. Bruk av p-piller er assosiert med godartede adenomer i lever, selv om insidensen av disse er sjeldne. Disse yrer seg som akutte bukmerter eller akutt intraabdominal blødning. Preparatet skal da seponeres og pasienten undersøkes nøye. Ruptur kan forårsake død gjennom intraabdominal blødning. Kvinner som tidligere har hatt kolestase forårsaket av perorale kombinasjons-p-piller, eller har hatt kolestase under graviditet, har større risiko for å få denne tilstanden ved bruk av perorale kombinasjons-p-piller. Pasienter som bruker perorale kombinasjons-p-piller bør derfor overvåkes nøye, og dersom tilstanden vender tilbake, bør behandlingen avbrytes. Det er rapportert tilfeller av retinalvaskulær trombose. P-piller må seponeres dersom det forekommer uforklarlige delvis eller fullstendige synsforstyrrelser, proptose eller dobbeltsyn, papilloedem, eller skader i retinavaskulaturen. Glukoseintoleranse er rapportert og kvinner med diabetes skal følges opp. Dersom kvinner med hypertensjon velger å bruke p-piller, må de overvåkes nøye og dersom signifikant økning av blodtrykket oppstår, må preparatet seponeres. Utvikling eller akutt forverring av migræne eller utvikling av hodepine med annet forløp som er tilbakevendende, vedvarende eller alvorlig, krever at p-piller seponeres og at årsaken vurderes. Gjennombruddsblødninger og sporblødninger sees spesielt de 3 første månedene. Adekvate diagnostiske tiltak må iverksettes for å utelukke kreft eller graviditet ved gjennombruddsblødninger på samme måte som ved annen unormal vaginalblødning. Dersom patologi er blitt utelukket, kan fortsatt bruk av de perorale kombinasjons-p-pillene eller bytte til annen formulering løse problemene. Noen kvinner kan oppleve postpille amenoré muligens med anovulasjon, eller oligomenoré, spesielt når slike forhold har eksistert tidligere. Kvinner som behandles for hyperlipidemi skal følges tett. Hos pasienter med familiære defekter i lipoproteinmetabolismen, kan østrogenterapi assosieres med signifikant økning i plasmatriglyserider og føre til pankreatitt og andre komplikasjoner. Akutt eller kronisk leverdysfunksjon kan

nodvendiggjøre seponering inntil leverfunksjonen returnerer til normalt. Pasienter som blir klart deprimeret når de bruker p-piller, må forsøke å klarlegge om symptomene er relatert til medikamentet. Kvinner med en sykehistorie med depresjon skal observeres nøye og preparatet skal seponeres dersom det utvikles alvorlig depresjon. Utsettelse av menstruasjons: Menstruasjonsen kan utsettes ved først å ta de rosa tablettene og så kaste brettet uten å ta de 7 hvite tablettene. Start deretter direkte på et nytt brett. **Interaksjoner:** Diaré kan øke tarmmotiliteten og derved redusere hormonabsorpsjonen. På samme måte kan medikamenter som reduserer tarmoverføringstiden redusere hormonkonsentrasjonene i blodet. Interaksjoner kan oppstå med medikamenter som inducerer mikrosomale enzymer som kan minske etinyløstradiolkonsentrasjonen (f.eks. karbamazepin, oksykarmazepin, rifampicin, barbiturat, fenylbutazon, fenytoin, griseofulvin, topiramat, enkelte proteasehemmere, ritonavir). Medikamenter som opptrer som kompetitive inhibitorer for sulfonering i gastrointestinalgalgen kan øke biotilgjengeligheten av etinyløstradiol (f.eks. askorbinsyre, atrovastatin, paracetamol). Substanser som hemmer CYP 3A4 isoenzymer, f.eks. indinavir og fluconazol, kan også øke biotilgjengeligheten av etinyløstradiol. Konsentrasjonen av etinyløstradiol vil kunne minske etter inntak av visse antibiotika (f.eks. ampicillin, tetracyklin). Etinyløstradiol kan interferere med metabolismen av andre medikamenter ved å inhibere hepatiske mikrosomale enzymer, eller ved å inducere hepatisk medikamentkonjugering, spesielt glukuronidering. Plasma- og vevskonsentrasjonene vil følge enten kunne minske eller øke (f.eks. ciklosporin, teofyllin, kortikosteroider). Det er rapportert at bruk av perorale kombinasjons-p-piller øker risikoen for galaktoré hos pasienter som behandles med flunarizin. Ved samtidig bruk av preparater som inneholder etinyløstradiol og forbindelser som kan redusere plasma konsentrasjonen av etinyløstradiol, anbefales en ikke-hormonell prevensjonsmetode (kondom og sæddrepende middel) i tillegg. Bruk av ikke-hormonell prevensjonsmetode anbefales brukt i tillegg i minst 7 dager etter seponering av substanser som kan føre til redusert plasmakonsentrasjon av etinyløstradiol. Det anbefales å bruke tilleggsprevensjon over en enda lengre periode etter seponering av forbindelser som inducerer hepatiske mikrosomale enzymer og fører til redusert plasmakonsentrasjon av etinyløstradiol. Det kan enkelte ganger ta flere uker inntil enzyminduksjonen er fullstendig normalisert, avhengig av dosen, behandlingsvarigheten og eliminasjonshastigheten til den induserende forbindelsen. Gjennombruddsblødninger er rapportert hos pasienter som har tatt p-piller og johannesurt (hypericum perforatum) samtidig. Dersom bruk av johannesurt ledsages av p-pillebruk anbefales en ikke-hormonell tilleggsbeskyttelse som prevensjonsmetode. (I: G03A A/B progestogener og østrogen (p-piller), faste kombinasjoner og sekvenspreparater). **Graviditet/Amming: Overgang i placenta:** Se Kontraindikasjoner. **Overgang i morsmelk:** Både østrogen og gestagener går over i morsmelk. Østrogen kan redusere melkeproduksjonen samt endre morsmelkens sammensetning. Bør ikke benyttes under amming. **Bivirkninger:** Bruken av kombinasjonspreparat er assosiert med en økt risiko for arterielle og venøse tromboter og tromboemboliske tilstander, inkl. hjerteinfarkt, slag, venøs tromboemboli og pulmonær emboli. En økt risiko for cervixneoplasier og cervixkreft og en økt risiko for brystkreft. **Hypypie (>1/100):** Gastrointestinale: Kvalme, oppkast, mavekramper, oppblåst mage, smerter. Hud: Akne. Metabolske: Vektforandringer (økning eller reduksjon). Neurologiske: Humør-forandring inkl. depresjon, angst, svimmelhet, endret libido. Urogenitale: Gjennombruddsblødninger, og/eller sporblødning, dysmenoré, endret menstruasjonsmengde, cervixerosjon og -sekresjon, vaginititt inkl. candidiasis, amenoré. Øvrige: Hodepine, inkl. migræne, vaskerensjon, ødemer, brystmerter, ømme bryster, forstørrede bryster, sekresjon fra brystene. **Mindre hypypie:** Gastrointestinale: Endret appetitt. Hud: Kløe, vedvarende melasmer, hirsutisme, hårtap. Metabolske: Endring i serumlipidnivå, inkl. hypertriglyseremi, Sirkulatoriske: Hypertensjon. Syn: Intoleranse for kontaktlinser. **Sjeldne (<1/1000):** Gastrointestinale: Kolestatisk gulsott, gallesten, galleblærelidelse (forverrer eksisterende lidelser og påskynder utvikling hos symptomfrie), pankreatitt, leveradenomer, leverkarsinomer. Hud: Erythema nodosum, erythema multiforme, angioedem, urticaria. Metabolske: Nedsatt glukosetoleranse, forverring av porfyri, senkning av serumfolatnivået. Neurologiske: Forverring av chorea. Sirkulatoriske: Forverring av varikøse vener. Syn: Opticuseuritt, retinal vaskulær trombose. Urogenitale: Postpille amenoré, spesielt når slike forhold har eksistert tidligere. Øvrige: Hemolytisk uremisk syndrom, anafylaktiske reaksjoner inkl. urticaria og angioedem, forverring av systemisk lupus erythematosus. **Overdosering/Forgiftning: Symptomer:** Overdosering kan forårsake kvalme, og hos kvinner kan bortfallsblødning inntreffe. Det er ikke rapportert om alvorlige skader hos barn som følge av akutt inntak av store doser av p-piller. **Egenskaper: Klassifisering:** Monofasisk østrogen/progestogen kombinasjons-p-pille. Lavdosepreparat. **Virkningsmekanisme:** Hemmer effekten av gonadotropiner. Hovedmekanismen for denne effekten er inhibisjonen av ovulasjonen, men andre endringer som inntreffer omfatter endringer i cervixslimhinnen (hemmer spermienes evne til å nå inn til livmoren) og endringer i endometriet (reduserer sannsynligheten for implantasjon). Det er vist 35% reduksjon av det totale antall akne-lesjoner i ansiktet ved bruk av lavdoserende p-piller (100 µg levonorgestrel/20 µg etinyløstradiol). **Absorpsjon:** Levonorgestrel blir raskt og fullstendig absorbert etter oral administrering. Biotilgjengelighet ca. 100%. Etinyløstradiol blir raskt og nesten fullstendig absorbert fra mave-tarmtrakt, men pga. «first pass»-metabolisme i tarm-mucosa og lever, er biotilgjengeligheten til etinyløstradiol mellom 38% og 48%. **Proteinbinding:** Levonorgestrel er i serum primært bundet til SHBG (kjønnsormonbindende globulin). Etinyløstradiol er i plasma 97% bundet til albumin. Etinyløstradiol bindes ikke til SHBG, men inducerer SHBG-syntese. **Halveringstid:** Halveringstiden for levonorgestrel er ved «steady state» ca. 36 timer, for etinyløstradiol ca. 18 timer. **Metabolisme:** Levonorgestrel og etinyløstradiol metaboliseres i lever, etinyløstradiol hovedsakelig via CYP 3A4. **Utskillelse:** Levonorgestrel og dets metabolitter blir primært utskilt i urin (40-68% og ca. 16-48% blir utskilt i føeces. Etinyløstradiol: Ca. 40% utskilles via urin, og ca 60% blir utskilt i føeces. **Andre opplysninger:** Bruk av p-piller kan påvirke resultatene av enkelte laboratorietester, inkl. biokjemiske parametre knyttet til lever-, thyreoidea-, binyre- og nyrefunksjoner, plasmanivå av proteiner (f.eks. kortikosteroidbindingsglobulin og lipid/lipoproteinfraksjoner), parametre i karbohydratmetabolismen og koagulasjons- og fibrinolyseparametre. Vanligvis holder endringene seg innen normale laboratorieredder. **Pakninger og priser:** 3 x 28 stk. kr 207,30, 6 x 28 stk. kr 385,30. **Sist endret: 01.09.2006**

Referanser: 1. Loeette SPC. 2. Coney P, Washenik K, Langley RG, DiGiovanna JJ, Harrison DD. Weight change and adverse event incidence with a low-dose oral contraceptive: two randomized, placebocontrolled trials. *Contraception*. 2001 Jun;63(6):297-302. 3. legemiddelverket.no (Microgynon SPC).

Wyeth

Drammensveien 145b, 0277 Oslo. PB. 313 Skøyen, 0213 Oslo. Telefon: 40 00 23 40. Telefax: 40 00 23 41 E-mail: wyeth@online.no Web: wyeth.no

LOETTE
LEVONORGESTREL 100µg / ETINYLØSTRADIOL 20µg

Illustrasjonsfoto: Colourbox



Pasienter med enkle, men smertefulle lidelser, må vente opp til tre måneder for å bli operert på sykehus. Kan vi halvere denne tiden ved å lage standardiserte,

elektroniske henvisninger fra fastlege til sykehus?

Dette skal Nasjonalt senter for telemedisin forsøke å finne svar på gjennom doktorgraden «Nye telemedisins tjenester ved en kirurgisk avdeling». Prosjektet skal se på om ventetiden – og dermed smertene for pasienten – kan reduseres ved å innføre telemedisin i enkel dagkirurgi.

Ny doktorgrad om analyse

Det stilles svært strenge krav til hvilke analysemetoder som benyttes når analysesvært kan få strafferettslige eller tilsvarende konsekvenser. I en ny doktorgrad fra Folkehelseinstituttet har doktorand Lena Kristoffersen benyttet eksperimentell forsøksdesign for å utvikle og teste nye analysemetoder for «lykkepiller», alkohol og hjertemedisiner.

Akuttpost for eldre

Geriatrisk avdeling ved Ullevål Universitetssykehus planlegger å opprette en akuttpost for eldre pasienter. Her vil den akutte behandlingen gå hånd i hånd med rehabilitering og oppfølging av andre sykdommer pasienten allerede har.

Pet – hver dag, uten ventetid

PET-senteret ved Rikshospitalet åpnet i oktober, og har økt kapasiteten til det femdobbelte. Pasienter kan nå få undersøkelse nærmest på dagen – Det eneste skår i gleden, er at vi vet at langt flere enn de som gjennomgår en avansert PET/CT-skanning i dag kan ha nytte av et slikt tilbud, sier avdelingssjef for nukleærmedisin, Jan Gunnar Fjeld til sykehusets nettsider. Han oppfordrer andre helseforetak og sykehus om å ta kontakt for mer informasjon.

Kan halvere ventetida

Lisa Øien om lovstridigheter i NIC på norsk

Vibe Student - Master i Helsevit

NIC – ny praksis inn bakdøra?

Presisering om NIC

Mastergradstudent Lisa Øien omtaler NIC i siste utgave av Sykepleien. Som tidligere fagsjef og spesialrådgiver i NSF med ansvar for oversettelsen av NIC, samt leder av NSF forum for IKT og dokumentasjon (NSFID) og leder av NIC redaksjonsutvalg, mener vi Øien tar opp spørsmål som det er nødvendig både å kommentere og «rydde opp» i.

Slik vi oppfatter det, er essensen i Øiens artikkel følgende:

Hvorfor er ikke NIC oversettelsen tilpasset og kvalitetssikret i forhold til norsk lovverk og sykepleiepraksis? Er NIC-boken ment som en revitalisering av en profesjonskamp? Er NIC-boken et redskap for å få en endret sykepleiepraksis «inn bakveien»?

Innledningsvis er det viktig å gjøre noen presiseringer.

NIC, Nursing Intervention Classification – boken kom ut i 2006. Bokens norske tittel er Klassifikasjon av sykepleieintervensjoner og inneholder kodede intervensjoner med tilknyttede aktiviteter. NSF er ansvarlig for oversettelsen, med bakgrunn i vedtak fra NSFs forbundsstyre. Sosial- og helsedirektoratet har bidratt med økonomisk støtte og Akribe forlag har utgitt den.

NIC boken er å betrakte som en manual, og det er viktig å merke seg at et bokverk eller manual aldri kan danne en lovmessig praksis i noe land. Det kan bare landets egne lover og forskrifter gjøre. Dernest er det viktig å merke seg, at man i den norske utgaven har forsøkt å legge opp til en ren oversettelse, dvs. uten å bearbeide eller omsette den til norske forhold. Dette var et bevisst valg og begrunnelsen var at den oversatte klassifikasjonen måtte prøves ut og evalueres i forhold til norsk sykepleiepraksis først. Dette er svar på Øiens spørsmål om hvorfor ikke gyldigheten av alle kapitler i boken opp mot norske forhold og ikke minst norsk regelverk ble kvalitetssikret. I tillegg var det viktig å få boken oversatt slik at forsknings-

miljøene kunne komme i gang med studier, uten å behøve og vente for lenge på at boken skulle komme på trykk.

Vi vil også presisere at det ikke finnes noe vedtak fra helsepolitiske myndigheter eller sykepleiefaglig konsensus om at NIC skal brukes i norsk sykepleiepraksis. Derfor er all bruk av NIC, og andre sykepleieklassifikasjoner, å betrakte som utviklingsprosjekter, men det var allikevel svært viktig å sikre en autoritativ norsk oversettelse, for å unngå ulike uautoriserte versjoner av NIC.

Dette understrekes i forordet på følgende måte:

»NSF ønsker å bidra til utviklingen av en mer strukturert dokumentasjon av sykepleie. Vi mener derfor at det er viktig at eksisterende internasjonale systemer for klassifikasjon av sykepleie blir prøvd ut, tilpasset og evaluert i forhold til norsk sykepleiepraksis. Et viktig tiltak i denne forbindelse er offisielle norske oversettelser. Både sykepleierutdanningene, praksisfelt, forskere og utviklerer etterspør dette.»

Bakgrunnsforståelsen for dette er som Øien påpeker den kjensgjerningen at elektronisk pasientjournal (EPJ) blir tatt i bruk ved alle landets sykehus. Dette vil kreve stadig større grad av struktur på dokumentasjonen og bruk av felles terminologi. Det vil hjelpe oss til å nyttiggjøre oss det elektroniske mediet, til å sammenstille og gjennbruke data (tilgjengelig også for

kommunehelsetjenesten), og til å bidra til økt grad av kontinuitet og kvalitet på tjenestene til pasientene. Det betyr også at vi må lære oss å leve med spenningsfeltet mellom de målbare og ikke målbare kvaliteter i sykepleie.

Intensjonen med NIC-oversettelsen var som sagt å bidra til kunnskaputvikling og som et bidrag i utviklingen av sykepleieterminologi tilpasset norsk sykepleiepraksis. Dette krever imidlertid at sykepleiere aktivt forholder seg til utviklingen av en mer strukturert dokumentasjon av sykepleie. Utdanningsinstitusjonene (høgskoler og universitet) og sykepleiere i leder stillinger må ta et spesielt ansvar for dette.

Øien tar opp problemstillinger som det blir viktig å forske på. Vi trenger dette på mange områder når det gjelder bruk av klassifikasjoner i sykepleie. Som eksempel kan vi nevne:

Hvilke «kulturelle» forskjeller har vi i fagmiljøene og hvilken betydning har det for norsk sykepleiepraksis? NIC er utviklet i USA og det er ingen tvil om at det gjenspeiler amerikansk sykepleiepraksis. Vi har stor tro på at det skal bli mulig å forske på sykepleieintervensjoner fremover og at NIC kan være en del av eller bidrag til dette. Da først vil det være mulig både å etterprøve og tilpasse sykepleieintervensjonene til norske forhold. Vi håper denne reddegjørelsen klargjør at oversettelsen bygger på tunge faglige vurderinger som ikke

dreier seg verken om profesjonskamp, uforsvarlig praksis eller et forsøk på å lure ny sykepleiepraksis inn bakdøra. Det motsatte var nemlig intensjonen, å bidra til kunnskaputvikling og en høyere grad av bevissthet hos sykepleiere. EPJ gir oss nye muligheter for å sikre god dokumentasjon, forsvarlighet og kvalitetssikring av den delen av pasientbehandlingen vi er ansvarlige for derfor håper vi, som det står i det norske forordet at:

»(Det er NSFs intensjon at) boken skal brukes aktivt av sykepleiere i klinisk praksis, i sykepleierutdanning, forskning og i andre sammenhenger der sykepleie og sykepleiedokumentasjon blir diskutert og utviklet.»

For oss er det gledelig å registrere Øiens arbeid og refleksjoner som et bevis for nettopp dette, og at det i tillegg både foreligger og er under arbeid forskning av norske sykepleiere innefor dette feltet. Vi kan nevne Lilly Marit Angermo, Ann Kristin Rotegård, Cecilie Dale og Gunn von Krogh.

Lisbeth Normann, helsefaglig direktør Aker Universitetssykehus tidligere fagsjef i NSF

Kristin Bang, helsefaglig direktør ved Akershus universitetssykehus, tidligere spesialrådgiver og fungerende fagsjef i NSF

Kathryn Mølstad, leder av NSF forum for IKT og dokumentasjon (NSFID)

Cecilie Dale, lektor ved Høgskolen i Oslo og leder av NIC redaksjonsutvalg

(Innleggert er noe forkortet. Red.)



Da jeg tok min sykepleierutdanning i 1992-95 var katekiserings av menuset for å være en lege-oppfølger.

Hjelpepleiere skal assistere ved kirurgiske inngrep, katekisere pasienter og – som spor om dette er i strid med våre helselover.

I år kom endelig det, for noen lenge utvalgte norske oversettelser av NIC (Nursing Intervention Classification – på norsk: Klassifikasjon av sykepleieintervensjoner). Boken er gitt ut av Akribe Forlag og er på 1012 sider. Et stort arbeid er lagt ned i å gjøre disse klassifiseringene tilgjengelige for bruk også av klinisk sykepleie. Arbeidet er imidlertid mer omfattende og inkluderer, ut over de mange dokumentasjonssystemer, til ferdige formler og – ikke minst – pasienter. En grunnleggende av denne utvalgte boken er å sikre at den er kvalitetssikret og tilpasset til norsk lovverk og sykepleiepraksis.

På klassifiseringen med praksis?
I boken til forfatteren av legemiddelet (Nursing Intervention Classification) fra 1987, og utgitt av Akribe Forlag i 2001) kan man finne ut om det er lovstridigheter med norsk lovverk og sykepleiepraksis.

Løst for små regelverk?
I NIC, det 6. boken i serien om utdanning og forskning i sykepleie, er det et kapittel som handler om hvordan man kan bruke NIC i praksis. Dette kapittel er et viktig bidrag til å sikre at NIC er tilpasset til norsk lovverk og sykepleiepraksis.

Nyttige arbeidsgiverer?
Den kan ikke ikke brukes i praksis uten at det er tilpasset til norsk lovverk og sykepleiepraksis. Dette er et viktig bidrag til å sikre at NIC er tilpasset til norsk lovverk og sykepleiepraksis.

2315, 2316, 2317 og 2318). I disse artiklene er det et kapittel som handler om hvordan man kan bruke NIC i praksis. Dette kapittel er et viktig bidrag til å sikre at NIC er tilpasset til norsk lovverk og sykepleiepraksis.

For noen år siden ble hjelpepleiere ved operasjonsboret og ved kirurgiske inngrep, katekisert av leger. Dette er i strid med norsk lovverk og sykepleiepraksis. Dette er et viktig bidrag til å sikre at NIC er tilpasset til norsk lovverk og sykepleiepraksis.

Mansfall i framtid?
Det er viktig å merke seg at boken ikke er ment som et hjelpemiddel til å løse problemer i alle deler av sykepleiepraksis. Dette er et viktig bidrag til å sikre at NIC er tilpasset til norsk lovverk og sykepleiepraksis.

Praksis i boken?
Vi må ikke tilføre oss et ender bud på hva som er riktig. Dette er et viktig bidrag til å sikre at NIC er tilpasset til norsk lovverk og sykepleiepraksis.

ikke i utøvet praksis og ikke er kompetente til å gjøre. Men når man har fått foretatt et faglig valg, er det som sagt å være, er det som sagt å være, er det som sagt å være, er det som sagt å være.

Utdanning?
I boken til forfatteren av legemiddelet (Nursing Intervention Classification) fra 1987, og utgitt av Akribe Forlag i 2001) kan man finne ut om det er lovstridigheter med norsk lovverk og sykepleiepraksis.

Løst for små regelverk?
I NIC, det 6. boken i serien om utdanning og forskning i sykepleie, er det et kapittel som handler om hvordan man kan bruke NIC i praksis. Dette kapittel er et viktig bidrag til å sikre at NIC er tilpasset til norsk lovverk og sykepleiepraksis.

Nyttige arbeidsgiverer?
Den kan ikke ikke brukes i praksis uten at det er tilpasset til norsk lovverk og sykepleiepraksis. Dette er et viktig bidrag til å sikre at NIC er tilpasset til norsk lovverk og sykepleiepraksis.

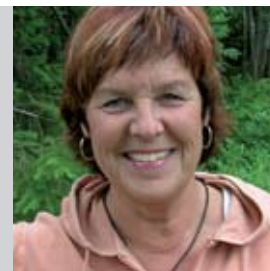
Marie Aakre om helsearbeid i livets siste fase

Leder Faglig etisk råd, skriver hver måned i Sykepleien

Alder: 59 år

Fra: Trondheim

Utdannet sykepleierleder, -lærer, og -veileder



Herre over liv og død

Helsepersonell skal ikke ta liv, men hvordan skal vi bli flinkere til å la dø?

Hvert år dør cirka 46 000 mennesker i vårt land. De fleste i sykehjem. Helsepersonell beslutter daglig hvilke tiltak som skal iverksettes, og avgjør i betydelig grad dødstidspunkt og livskvalitet i livets slutfase. Det er stort behov for styrket kompetanse og samhandling for å ivareta faglige, etiske og eksistensielle oppgaver. Temaet er komplekst fordi det berører grunnleggende verdier, menneskesyn, kunnskapssyn og behandlingsideologi, og kan skape samarbeidsproblemer og vanskelige beslutningsprosesser.

Nye retningslinjer

Nå blir nye retningslinjer for hvordan behandlingsavslutning bør gjennomføres nær døden etterspurt. Leger synes dette er vanskelig og trenger mer å støtte seg til når de skal ta beslutninger. Stein Husebø sier (1) det er for mange tilfeldigheter og at temaet diskuteres for lite i hverdagen. Legeforeningen arbeider med en ny veileder, kliniske etikk-komiteer er oppfordret til å utarbeide retningslinjer og noen sykehus har allerede utarbeidet dette (2).

Mange sykepleiere er naturlig nok opptatt av temaet. Vi er mange som har sterke erfaringer fra egen praksis med krenkende overbehandling som vi blir satt til å administrere og observere.

Jeg glemmer ikke en ung, døende mann med cancer testes, der jeg ble satt til å gi cytostatika den samme dagen han døde. Vi opplevde det alle som meningsløst, men ingen hadde mot til å avslutte. Det er lenge siden dette skjedde, men det er mye som tyder på at behandlingsavslutning ikke har blitt enklere.

Sykepleiere som arbeider der mennesker dør vet hvor viktig det er å stå sammen som helseteam om behandlingstiltak. Det er grunn til å håpe at felles retningslinjer kan hjelpe med dette. Jeg håper derfor legeforeningens

arbeid med ny veileder tar opp i seg andre profesjoners behov.

Livsforlengende behandling er et sentralt tema i sykepleiepraksis og vårt profesjonelle ansvar. I yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (YER) heter det: Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskes liv og iboende verdighet. Respekten for liv er truet, særlig ved livets ytterste grense, og det ligger i vårt mandat å bidra til å sikre at livet respekteres og verdighet beholdes helt inn i døden.

Respekt for døden

Videre sier YER at sykepleieren beskytter og bevarer liv til det fra naturens side må ansees som avsluttet. I praksis er ikke dette enkelt. Formuleringen «fra naturens side», eller «naturlig død», brukes nesten aldri i helsevesenet. Vi setter diagnoser og retter oppmerksomheten mot behandlingsprosessen fremfor den sykes livsprosess. Det er ikke sykt å dø, sier Peter Hjort. I gamle dager sa vi at de gamle «tok til sengen og ville ikke ha mat», i dag får de ikke lov til dette. Hvis jeg skriver naturlig død på dødsattesten får

jeg den tilbake fordi det ikke står på diagnoselisten (3). Dagens teknologi og medisiner gjør det mulig å holde pasienter i live utover det som engang var ansett som naturlig. Det blir stadig vanskeligere å ikke prøve noe nytt. Og tilbud gir etterspørsel. Både pasienter og ikke minst pårørende vil ofte fortsette behandling lenge og vite at alt er prøvd.

Å forlenge livet for enhver pris er ikke alltid et gode. Å forhale en plagsom og meningsløs dødsprosess krenker respekten for liv og den sykes verdighet. Respekt

for livet handler også om respekt for døden, og mange menneskers verdighet sikres kun ved å avslutte meningsløs behandling og falske håp.

Herre over liv og død

Det er krevende å prognostisere og vanskelig å vite eksakt når tiden er inne for det avgjørende vendepunkt hvor alle tiltak har til hensikt å lindre den sykes ubehag og sikre en verdig død. Når denne avgjørelsen er grundig drøftet tverrfaglig blir behandlingsavslutning enklere.

Sykepleiere skal bidra til at hensiktsløs livsforlengende behandling avsluttes eller ikke påbegynnes. Sykepleiere som arbeider nær pasienten må delta aktivt i denne beslutningsprosessen. Hun bør kjenne de naturlige dødstejn, observere og rapportere grundig, lytte til den sykes forståelse og håp, og våge de terapeutiske samtaler om døden med den syke og nære pårørende.

Unngå overbehandling

Da vi på 80-tallet kjempet for Hospice i Trondheim var det et sentralt mål å sikre bedret smertebehandling. Men det var også en hovedintensjon og etablere behandlingsskulturer som var forbilder og rollemodeller ved å begrense uhensiktsmessig og krenkende utredning og



LIV ELLER DØD: Livsforlengende behandling er ikke alltid til pasientens beste. Foto: Colourbox.

behandling nær døden. På den tiden var det mange som skrev sitt livstestamente av frykt for overbehandling.

Problemet er dessverre ikke mindre nå. Mange mener at terskelen for å starte behandling med for eksempel PEG har blitt lavere i dag, og terskelen for å avslutte kan se ut til å ha blitt høyere. Stein Husebø viser til at flere sykehjem i Europa ikke tar imot pasienter uten PEG, og spør om det blir fremtiden også her hos oss.

Nye retningslinjer må omhandle alle former for behandling som har til hensikt å forlenge livet hos alvorlig syke, sier Trond Markestad, leder for rådet for legeetikk i Dagens medisin (1). Både situasjoner med akutt kritisk syke, multisyke premature barn og alvorlig syke og døende mennesker møtes med livsforlengende behandling. Det kan være ernæringsbehandling (for eksempel PEG), pustehjelp (respirator), antibiotikabehandling, gjenoppliving (resusitering), eksperimentell kjemoterapi.

Felles føringer

Mange av de saker vi får til Rådet for sykepleieetikk om dette temaet er fra sykehjem eller intensivmiljøer i sykehus. Det er her i livets ytterkanter dilemmaene blir store. Det er nok av sterke eksempler på at vi holder på for lenge

med irrelevant behandling. Noen sykepleiere sliter også med at ernæringsbehandling avsluttes og spør om dette er aktiv dødstjelp og etisk forsvarlig.

Samtykkearbeidet er sårbart. I flere saker sier sykepleiere at pårørendes syn kan bli dominerende fremfor pasientens syn. I YER heter det: Dersom det oppstår interessekonflikt mellom pårørende og pasient, skal hensynet til pasienten prioriteres. Presset fra fortvilte pårørende kan gjøre at vi lett mister fokus.

Det er viktig å understreke at verken pasient eller pårørende skal sitte med ansvaret for medisinske og faglige beslutninger, men de skal bli hørt, møtt og respektert.

Vi trenger tydeligere felles føringer for livsavsluttende behandling. Livsforlengende behandling som pågår for lenge koster mye lidelse og masse penger. Jeg mener det bør utarbeides nasjonale tverrfaglige retningslinjer som i alle fall bør omhandle følgende områder:

- Beslutningsprosess og ansvar, hvem beslutter hva, når?
- Hvordan gjennomføre tverrfaglig etisk diskurs?
- Kriterier for å avslutte irrelevant overbehandling ved de vanligste behandlingsformer
- Kriterier for HLR er viktig for å unngå uverdige tiltak

- Kriterier for å dempe utredning. Hvilke prøver og undersøkelser trenger vi egentlig å ta, hva skal vi bruke resultatene til?

- Hvordan sikre at god palliasjon fortsetter helt frem til døden

- Hvordan sikre samtykke og god kommunikasjon med pasient

- Hvordan samhandle med de pårørende, avklare rolle og ansvar

- Hvordan styrke kompetanse og mot hos personalet

Å følge mennesker til døden er et oppdrag som krever mot, kunnskap og klokskap. Rollen fordrer at vi tar ansvar for å formidle

skuffelser og vilje til å møte sorgens mange ansikter. Personalmotsetninger og egen eksistensiell smerte oppstår ofte i slike prosesser. Hjelperstyrking på dette felt av modig nærvær er essensielt.

Referanser:

1: Dagens Medisin. 11 januar 07

2: Veiledning ved avslutning av livsforlengende behandling Aker Universitetspsykehus

3: Psykisk helse nr. 5/2006. Jeg vil nytte livet. Peter Hjort



MÅNEDENS DILEMMA

Hvilke etiske konflikter opplever dere oftest i forbindelse med livsforlengende behandling?

Har du synspunkter, meninger eller kommentarer?

Send din mening til interaktivt@sykepleien.no, eller Sykepleien, boks 456 Sentrum, 0104 Oslo. Du kan også lese inn din reaksjon på telefon 22 04 33 65. Reaksjoner fra leserne blir trykket i neste nummer av Sykepleien (om en måned).

Kjønn og sykepleie

Førstelektor Veslemøy Egede-Nissen ved Lovisenberg diakonale høgskole reiser i et debattinnlegg i Sykepleien nr. 19, 2006 kritiske spørsmål til portrettintervjuet av meg i Sykepleien nr. 15. Innlegget hennes reiser viktige spørsmål vedrørende kjønn og sykepleieryrket som også gir meg anledning til selv å kommentere noen av disse spørsmålene. Innledningsvis påpeker Egede-Nissen at intervjuet kan leses på mange måter. Ja, men portrettintervju som genre gjør det vesensforskjellig fra saksintervju eller fagartikkel. Her søker journalisten å spissformulere og karikere fremfor å problemformulere og analysere. Allerede i overskriften slås den lette tonen an. «Lektor Lerdal» gir oss assosiasjoner til Stompa & co.

Videre utover i intervjuet kommer uttalelser om hvordan det erfares å være mann i et arbeidsmiljø hvor de fleste er kvinner. Temaet kan være svært følsomt, og **Jeg ser at enkelte utsagn kan oppfattes som stereotypiske, arrogante og ureflekterte.** Men dette må som sagt til en viss grad tilskrives genren. Jeg er imidlertid enig med Egede-Nissen i at en debatt som skal bidra til økt forståelse for temaet kjønn og sykepleieutøvelse, bør uttrykke de nyanser og den kompleksitet som dette temaet fortjener.

På den ene siden hevder Egede-Nissen at jeg viser en dikotomisk kjønnsforståelse. Samtidig legger hun selv en slik forståelse til grunn når hun utelukkende omtaler og oppfatter det kjønnsnøytrale begrepet sykepleier som en kvinne. I uttalelser hvor jeg henviser til andre enn meg selv, tolker konsekvent Egede-Nissen dette som kvinner. Dette gjøres blant annet i avsnittet hvor Egede-Nissen angir at jeg hevder at kvinner (venninnegjenger) er mer opptatt av abstrakt filosofi fjernt fra diaré og oppkast. Dette har jeg aldri uttalt.

Imidlertid er ikke Egede-Nissen alene om å anta at sykepleiere er kvinner. Dette fremgår også i en doktorgradsavhandling av førstelektor Thomas Harding ved Høgskolen i Buskerud. Her beskriver mannlige sykepleiere at pasienter møter dem med denne antagelsen. Informantene beskriver at fordi de avviker fra normen, må de gjøre ekstra anstrengelser overfor disse pasientene for å få samme tillit som kvinnelige sykepleiere oppnår mer automatisk. Basert på en slik forståelse og i denne sammenhengen kan man hevde at mannlige sykepleiere må bruke mer tid på prosess enn sine kvinnelige kollegaer.

Men som sagt, i likhet med Egede-Nissen er jeg enig i at en nyansert

debatt om kjønn og sykepleie er viktig, spesielt hvis man ønsker å rekruttere flere menn til yrket.

Anners Lerdal, førsteamanuensis ved Høgskolen i Buskerud

Medikamentering

Man kan lure på hva som er hensikten med å ha alt riktig på medikamenttesten. Har stor forståelse for at det er viktig å ha grunnleggende kunnskaper/ferdigheter for å kunne administrere medikamenter i praksis.

En ting er at man har alt riktig på papiret der og da, men en annen ting er hvordan man klarer å omsette det til praksis. I tillegg glemmer man også fort dersom man ikke vedlikeholder det man har lært.

Selv strøk jeg to ganger på medikamenttesten (med en feil hver gang), men klarte det tredje gangen. Problemet mitt var ikke matematikken, men presset om å ha alt riktig. Etter hvert klarte jeg å takle det ved å regne meg igjennom utallige oppgaver, både før og mellom eksamen.

Som nyutdannet sykepleier står jeg ofte på medisinerrommet og bruker dose-, mengde-, styrkeformelen.



1. Kopper

Når ble kopper utryddet?

2. Utslett

Hva er kopiks flekker?

3. Barnesykdom

Hva er det latinske navnet for kusma?

1. 1980
2. Flekker på insiden av kindet.
3. Parotitis endemica

Selv har jeg flere ganger håndtert ukjente medikamenter og bedt kollegaer om å sjekke meg og visa versa.

Det enkelte sykehus har ofte egne rutiner/retningslinjer om medikamenthåndtering som blir fulgt i praksis. I enkelte retningslinjer blir det også presisert at man skal være to ved håndtering av visse medikamenter. Dette gjelder blant annet ved ukjente problemstillinger, administrering av sterke smertestillende, enkelte intravenøse medikamenter, medikamenter til barn etc. Hensikten med retningslinjene er i størst mulig grad å unngå feil i medikamenthåndteringen.

Katrine S. Einan





TEORI OG PRAKSIS: Marit Kolltveit og Cathrine Ålesve-Sørli er klare for ekstra innsats etter fullført videreutdanning i akutt-sykepleie til sommeren. I mellomtiden følger faglærer Lars Petter Møller dem gjennom teori og praksis.

SJEKKER TILSTANDEN: Mona Grindahl gjør Halvard Begby klar til EKG i akutt-mottaket i Fredrikstad. Når Grindahl blir ferdig akutt-sykepleier til våren, har hun kompetanse til å lese av kurven.

Akutt behov – akutt utdanning

FREDRIKSTAD: De visste mye før, men nå vet de bedre. I vår springer Norges første kull akutt-sykepleiere ut i full blomst.

Halvard Begby (69) kom inn med brystmerter til akutt-mottaket ved Sykehuset Østfold i Fredrikstad. Sykepleierstudent Mona Grindahl tar et EKG, men hun løper ikke til nærmeste lege med kurven uten å se den an først. Hvis det er tegn til infarkt, skal hun kunne se det.

Til sommeren er Grindahl en av åtte utvalgte som kan kalle seg akutt-sykepleier etter 18 måneder ved Høgskolen i Østfold. Når de åtte kommer i jobb kan de se fram til utvidede arbeidsoppgaver, to års bindings-tid og spesiallønn. Verken Nina Løkkevik, Marit Kolltveit, Mona Grindahl og Cathrine Ålesve-

Sørli tviler ikke på at de har valgt rett.

– Vi har ventet på denne utdannelsen, sier de i kor.

Intensiv- eller anesthesiutdanning var ikke aktuelt. Med mellom 4 og 7 års erfaring fra akutt-mottaket i Fredrikstad eller Moss, var alle sikre på hvor de ville jobbe. Variasjon og uforutsigbarhet trives de med. I løpet av studiet har de lært å bli tryggere på akutte situasjoner.

– Nå ligger vi et skritt foran hele tida, for vi vet bakgrunnen for det vi gjør, sier Kolltveit.

Mottakssatsning

Bakgrunnshistorien har du sik-

kert hørt før: For dårlig plass, og for mange pasienter. Akutt-mottaket blir en flaskehals i systemet. Sykehuset Østfold så seg om etter løsninger, og i fravær av en storslagen ny sykehusbygning var tiden kommet for å konsentrere seg om seleksjon og behandling i akutt-mottaket. En ny CT-maskin plassert rett ved mottaket var et ledd i løsningen. En kortids-post med tre dagers liggetid er under oppføring, også den tett inntil akutt-mottaket. Men så var det dette med kompetanse og turnover blant pleiepersonalet. Kompetente folk forlot mottaket til fordel for videreutdanning, for aldri å se seg tilbake. Dermed

kontaktet sykehuset høgskolen, og høgskolen kontaktet intensiv-sykepleier Lars Petter Møller. Med fem års fartstid i mottaket er han fødselshjelper for landets første fullverdige utdanning i akutt-sykepleie.

– Ikke et B-studium

Møller har kontor trygt plassert midt mellom faglærerne til akutt-, intensiv- og operasjonssykepleie på Høgskolen i Østfold, og han trekker veksler på dem alle i undervisning og praksis. Den nye studiet er spesielt rettet mot problemstillinger i akutt-mottaket.

– Studiet skal ikke erstatte anesthesi- eller intensivutdannin-

– Vi har ventet på denne utdannelsen.

gen, men jeg får mye hjelp fra de andre. Vi er i etableringsfasen, der anestesi og intensiv var for tjue år siden. Betingelsene for at jeg tok jobben var at studiet kunne gi de samme rettighetene som intensiv og operasjon. Det skulle ikke være et B-studium, sier Møller.

Mappearbeider og problembasert læring er sikre ingredienser, men foreløpig finnes det ingen rammeplan. Det første kullet akuttisykepleierne kan bare vente seg spesiallønn ved sykehusene i Moss og Fredrikstad. To års bindingstid er også en forutsetning for den påkostede utdannelsen. Høgskolen drifter – sykehuset betaler.

– Jeg tror vi er tidlig ute med en utdanning som kommer til å vokse. Den viktigste utfordringen er å sikre det faglige innholdet.

Variert praksis

I desember evaluerte studentene utdanningen og ga uttrykk for at dybde og relevans var på plass. Studiet har gitt dem større trygghet i forhold til vanskelige pasientsituasjoner. De har vært i praksis på postoperativ-, inten-

siv-, anestesi- og operasjonsavdelingene.

På anestesiavdelingen har de blant annet trent på å ventilere pasient med maske og bag, de har forsøkt seg på intubering, ekstubering, og de kan føre og forstå anestesijournalen. Fra operasjon har de lært om infeksjonsforebyggelse, aseptikk, antiseptikk, steril påkledning og oppdekning. Også legevakt- og ambulanspraksis inngår i studiet. Studentene har også vært i praksis i mottaket til Ullevål universitetssykehus. Både studentene og faglæreren håper at Ullevål kjøper seg inn i utdanningen når neste kull begynner til høsten.

Forståelse for samarbeidspartnerne er en viktig del av praksis. Studentene får psykiatriundervisning rettet mot situasjoner i mottaket som suicidologi, intoksikasjoner, rusproblematikk og samarbeid med barnevernet og politiet.

De siste ukene går med til kursing og opplæring ved AMK-nødmeldetjenesten.

Skal veilede neste kull

Når neste kull begynner høsten

2007, blir de praksisveiledere. Den dagen Sykepleien er på besøk, underviser studentene kolleger fra akuttmottaket. To og to må i ilden. Case er blant annet lungeødem og akutt abdomen, og tiltakene prioriteres etter fallende viktighet med kodeord BLÅS (bevissthetsgrad, luftveier, åndedrett og sirkulasjon). Etterpå puster de lettet ut, mens neste tospann forbereder seg.

– Det var på tide at det kom en

spesialutdanning. Andre steder har de kurs, men det har ikke vært en fullverdig utdanning i akuttisykepleie på nivå med de andre videreutdanningene, sier Bodil S. Løkke.

– Vi håper utdanningen ikke blir en døgnflue. Det blir feil hvis ikke de som jobber i mottaket skal ha mulighet til faglig fordypning, for vi jobber med de dårligste pasientene, sier Lars G. Hatland.

VIDEREUTDANNING I AKUTTSYKEPLEIE

- Ved Høgskolen i Østfold kan sykepleiere ansatt på Sykehuset Østfold ta en atten måneder lang utdanning i akuttisykepleie. Det gir 90 studiepoeng. Det første kullet har fått utdanningen finansiert av Sykehuset Østfold.
- Universitetet i Stavanger tilbyr to års deltidsstudium for sykepleiere i akuttmottak og prehospitale tjenester fra hele landet. Det gir 60 studiepoeng.
- Høgskolen i Tromsø har hatt videreutdanning i akuttisykepleie siden 1996. Studiet er nylig bygget ut fra 30 til 60 studiepoeng. Som deltidsutdanning strekker det seg over to år.
- Kravet for alle utdanningene er sykepleierutdanning og minst to års praksis.

Uerfarne turnusleger

– At akuttmottakene blir en flaskehals, skyldes til dels manglende kompetanse hos legene, sier Ulrika Eriksson, leder av NSFs Landsgruppe av sykepleiere i akuttmottak, AMK og Ambulansetjeneste (NLSA).

– Det er ikke kultur i Norge for å møte akuttpasienter med høyeste kompetanse på legesiden. Uerfarne turnusleger og kandidater i front på akuttmottakene er ikke uvanlig, og det vil selvsagt påvirke pasientflyten. Hadde vi hatt erfarne leger hele døgnet i front, ville det utvilsomt gitt positive ringvirkninger, sier Eriksson.

Ønsker rammeplan

Hun følger spent med på videreutdanningen i Østfold.

– Jeg har lest studieplanen og snakket med noen av studentene. Jeg har ennå ikke sett evalueringen av studiet, men det virker lovende.

Eriksson har også fulgt med på de andre videreutdanningene.

Foreløpig er de for korte til å kreve rammeplan.

– Vi savner en enhetlig utdanning i akuttisykepleie, og det kan være negativt fordi studieinnholdet avhenger av hvert enkelt studiested. Vi trenger en nasjonal rammeplan. Men slik økonomien er i helseforetakene, kan det ta tid.

Krevende arbeidsdag

Hun mener hovedgrunnen for å starte opp flere videreutdanninger innen akuttisykepleie er at de fleste pasientgrupper trenger et mottakelsessted som har en høy-

ere kompetanse enn tidligere.

– Behandlingsteamene der sykepleieren inngår i akuttmottakene får oppgaver som krever en høyere kompetanse enn grunnutdanningen i utgangspunktet kan gi. Sykepleieren må ha stor kunnskap i en mer kompleks og krevende arbeidshverdag. Det gjelder kunnskaper både faglig sett og innen teknologiske verktøy. Selvsagt vil dette bidra til at selve driften i akuttmottakene blir mer strømlinjeformet, men det ser jeg mer som en bieffekt.

tekst **Eivor Hofstad** og **Anders Førde**

På veggen



Foto: Erik M. Sundt

Ringerike sykehus på Hønefoss



ENGLER: – Jeg vil ikke påstå at jeg er en kunstkjenner. Men dette bildet må du bare komme og se på, sier sykepleier Heidi Sødal (43). Og tar oss med til nevrologisk avdeling (I3) på Ringerike sykehus.

«Minst 50 ganger i løpet av en vakt» går Sødal forbi Torun Hollands maleri. Hver gang blir hun slått av maleriets positive utstråling.

– De tre kvinnene, det er lik som vi som jobber her. Sykepleierne, sier Sødal.

– «De hvite englene», kaller pasientene dem. Vi jobber med slagrammede. Mange av dem har plutselig fått livet snudd opp og ned. Det er tungt, for dem og for oss. Da er det viktig at vi har noe på veggene her gir oss masse gode følelser. Dette bildet hjelper meg å hjelpe. Det hjelper meg til å gjøre en god jobb.

Kunstner: Torun Holland
Uten tittel
Collage maleri
Henger i 3. etasje, I3-tunet,
Ringerike sykehus

Er du spesielt glad i kunst på jobben din?
Eller er det noe som gjør deg forarget?
Tips oss om et kunstverk på din
arbeidsplass. barth.tholens@sykepleien.no

Siste skrik

Her ligger de siste fagartiklene som har stått i Sykepleien Magasinet.

Spesialist

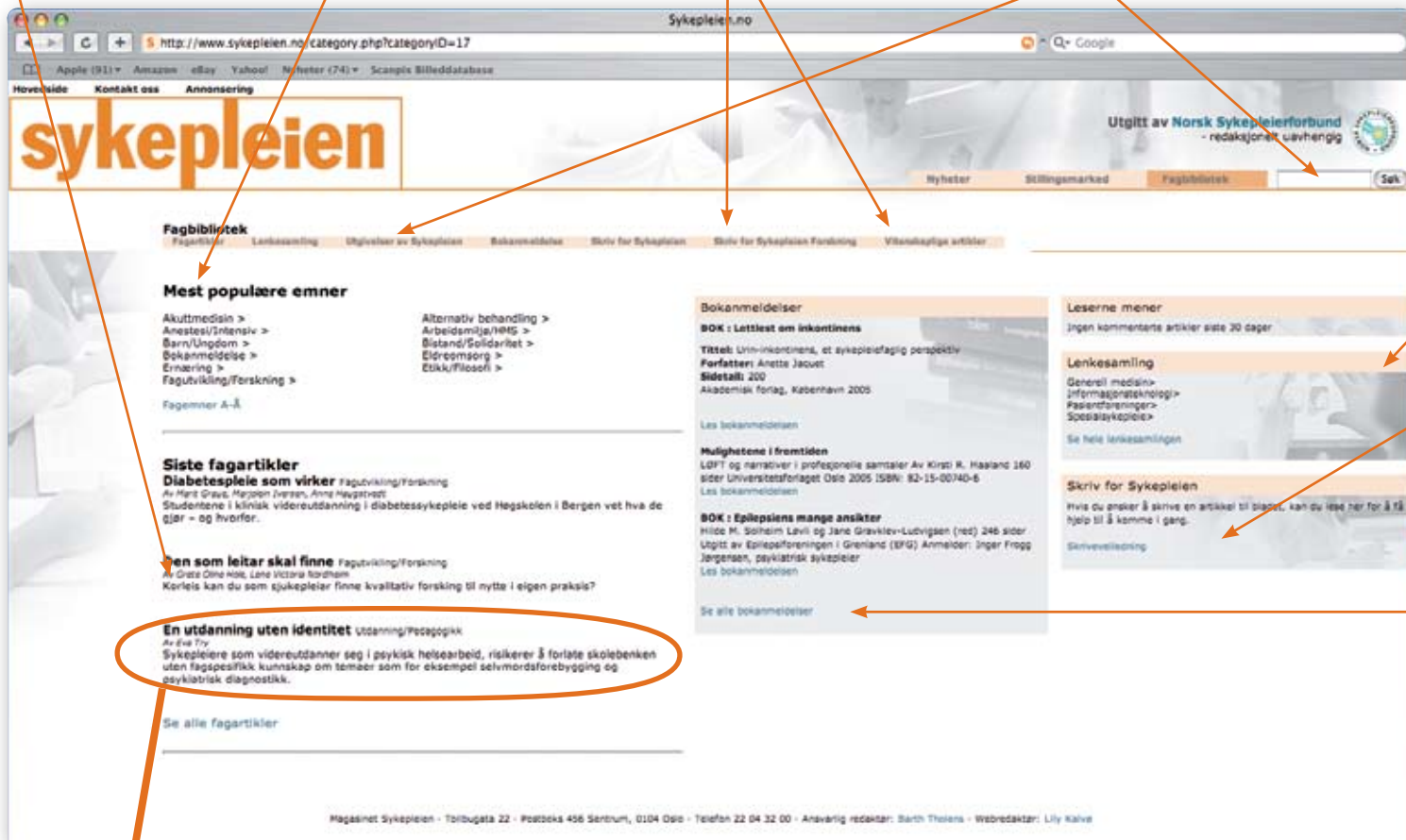
Er det fagstoff innen ett spesielt område du jakter på? Her er oversikt over det meste.

Dr. i sykepleie

Forsker du? Da bør du sjekke hva Sykepleien Forskning har publisert. Kanskje du selv har noe å bidra med?

På jakt

Leter du etter en spesiell artikkel – men har mistet bladet eller glemt når det sto på trykk i Sykepleien? Her kan du lete og finne det meste.



En utdanning uten identitet utdanning/pedagogikk
 Av Eva Fry
 Sykepleiere som videreutdanner seg i psykisk helsearbeid, risikerer å forlate skolebanken uten fagspesifikk kunnskap om temer som for eksempel selvmordsforebygging og psykiatrisk diagnostikk.



Vennlig

Funnet en interessant artikkel som du vil skrive ut? Trykk her, artikkelen blir utskriftsvennlig, og du får med alt.

Interessant for andre!

Trykk her – og send artikkelen til en kollega.

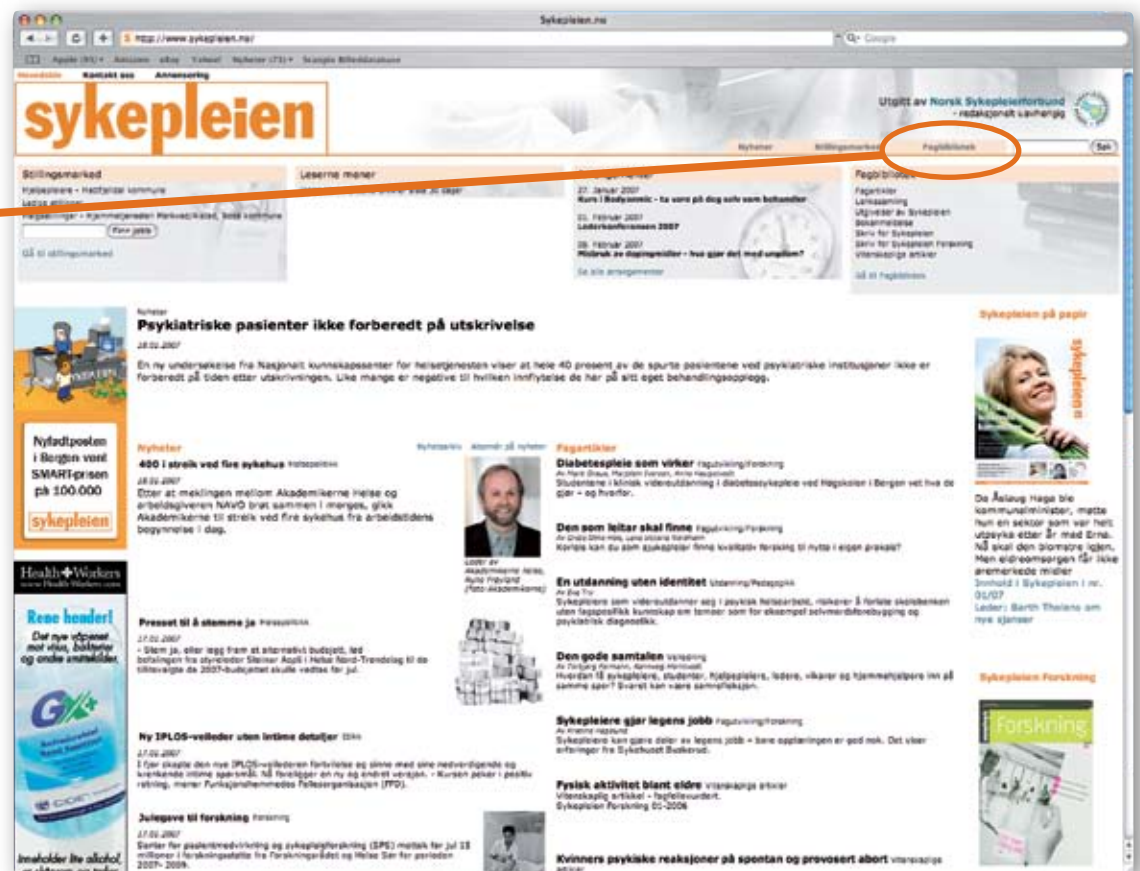
Uenig?

Her kan du skrive din mening.

Hvem sa hva?

Kort informasjon om fagfolkene bak artikkelen.

Fagidiot?
Trykk på «Fagbibliotek»
og arkivet åpenbarer seg!



Ut i verden

Vi har samlet lenker til andre nettsider som burde være interessante for sykepleiere.

Noe på hjertet?

Har du noe å lære bort til kolleger? Ta pennen fatt og skriv en knakende god artikkel. Her får du hjelp.

Faglig påfyll

Hva mener andre fagfolk om ny litteratur? Svaret finner du her.

Veien til fag - på nett



Hvordan og hvor kan du finne forskning og fagstoff som du kan bruke i praksis? Alt dette får du svar på med et tastetrykk.

www.sykepleien.no er ikke bare for nyhetshungrige sykepleiere. Dersom du er fagidiot er det nok av artikler, nyheter, bokanmeldelser og utenlandske linker til å holde deg i ånde i timevis. Bonusen er at du selv blir oppdatert på ditt fagområde. Sykepleien presenterer her en liten ABC på hvordan du finner frem i fagstoffet på nettet. Er du uenig eller har synspunkter på det du leser, er det fullt mulig å ytre dem - med et aldri så lite tastetrykk.

Forbundsleder Bente G. H. Slaatten

Stilling: Forbundsleder i NSF

E-post: bente.slaatten@sykepleierforbundet.no



Tøft nok!

Sykehusansatte sykepleiere har det tøffere enn noen sinne. Stående omstillinger, økte forventninger om effektivitet, krav om inntjening og slitsomme arbeidstidsordninger gjør arbeidshdagen tidvis uholdbar. Det gir seg utslag i høyt sykefravær. Nesten 10 prosent av de ansatte i helse- og sosialsektoren er til enhver tid borte fra jobb på grunn av sykdom.

Det bør få varselbjellene til å ringe hos flere enn Arbeidstilsynet. Tilsynet avsluttet før jul sin sykehuskampanje «God vakt!». Kampanjen kom i gang på bakgrunn av undersøkelser som viste at 1 av 4 ansatte i helsetjenesten slet med helseplager som de mente helt eller delvis skyldtes jobben. Oppsummeringen av kampanjen viser at deler av sykefraværet faktisk har klar sammenheng med arbeidsforholdene.

«Når de som skal ta vare på folks helse blir syke av jobben sin, er det alvorlig for den enkelte og for arbeidet som skal utføres,» påpeker Arbeidstilsynet. Samtidig fastslås det at alle landets sykehus bryter Arbeidsmiljøloven og at misforhold mellom ressurser og oppgaver, dårlig organisering og tilrettelegging av arbeidet, mangelfull personalpolitikk og dårlig håndtering av omstillingsprosesser er sentrale utfordringer.

Dessverre er jeg verken overrasket eller sjokkert over funnene. Dette er i tråd med tilbakemeldingene vi får fra medlemmer og tillitsvalgte i alle deler av landet. Som Arbeidstilsynet også fastslår, er det en kjent sak at sykehusansatte

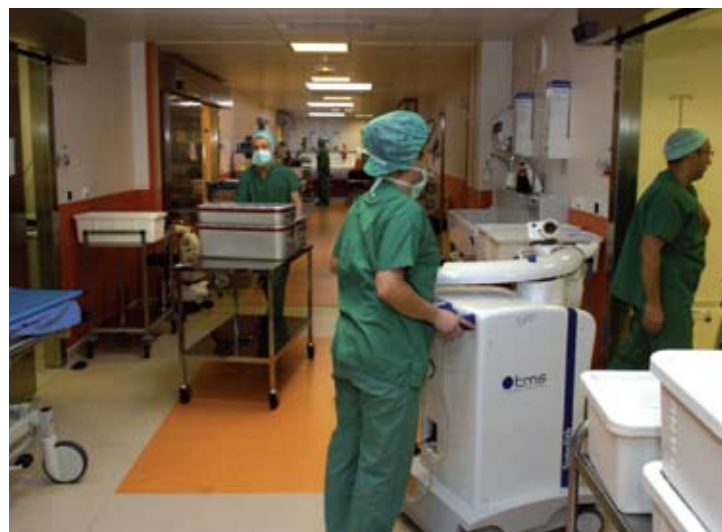
opplever et misforhold mellom de oppgavene de skal løse og sin egen arbeidskapasitet. De føler at de ikke strekker til, de har dårlig samvittighet overfor pasientene, og de er redde for å gjøre feil. Sykepleierne strekker seg langt for å få hjulene til å gå rundt, ofte så langt at det går ut over egen helse.

Heldigvis har Arbeidstilsynet gitt en rekke pålegg om å rette opp feilene. Blant annet har omstillingsprosessene ofte mangler knyttet til medvirkning og oppfølging av ansatte. Dessuten må HMS-arbeidet vies mer oppmerksomhet. Forebygging av arbeidsrelaterte plager og sykefravær som følge av et gjennomgående høyt arbeidspress må også fokuseres.

Med disse alvorlige påpekningene i mente, er det kritikkverdigg at helseministeren ikke har brukt oppdragsdokumentene for 2007 til å gi sykehusene tydelig beskjed om å følge opp. En bedriftseier som får flengende kritikk for dårlige arbeidsforhold, bør ikke bare gi sine styrer og ledere klare meldinger om å rydde opp. Det må også stilles ressurser som muliggjør en opprydning til disposisjon.

Styrene og administrasjonene må ta tak i utfordringene og konkretisere i en plan hvordan de skal redusere sykefraværet. Ansatte som skal strekke strikken enda lenger er feil medisin. Men helseministeren forventer at helseforetakene skal spare inn ca. 3 milliarder kroner bare i år.

Konsekvensen er ifølge sykehusene selv færre senger og kutt i antallet årsverk. Alle vet



at det er en umulig oppgave å opprettholde (og helst styrke...) et godt pasienttilbud, utvikle et inkluderende og helsefremmende arbeidsmiljø samtidig som ressursene reduseres og færre ansatte skal utføre mer arbeid. Når vi i tillegg vet at kommunehelsetjenesten verken har kapasitet eller nok kompetanse til å ta seg av de utskrivningsklare sykehuspasientene, blir presset i systemet forsterket ytterligere.

De ansatte i helsetjenesten har hatt det tøft nok lenge nok. Gapet mellom forventningene til hva som skal leveres og finansieringen som stilles til rådighet er for stort. Det er på tide at regjeringen viser i praksis at de forstår sammenhengen mellom godt arbeidsmiljø og god kvalitet på helsetilbudet.

Et viktig første skritt er å sørge for at finansieringen står i forhold til krav og forventninger. I den situasjonen helseforetakene nå befinner seg, er krav om budsjettbalanse og innsparing neppe god medisin. Vi foreslår

NOK Å GJØRE: Ved et sykehus er det ofte språk mellom ressurser og forventninger. Illustrasjonsfoto: Colourbox

nok en gang at det etableres en økonomisk opptrappingsplan for sykehusene. Det vil gi forutsigbarhet og mulighet for å konsentrere seg om å videreutvikle både arbeidsmiljøet for de ansatte og helsetjenestetilbudet til befolkningen.

Regjeringen står for en inkluderende arbeidslivspolitik som skal forebygge sykefravær. Samtidig er regjeringen eier av helseforetakene som gjennomgående bryter arbeidsmiljøloven. Jeg oppfordrer regjeringen til å leve som den lærer, og ta tak i de dokumenterte arbeidsmiljøutfordringene i statens egne, store virksomheter.

Bente G.H. Slaatten



Dette er nyheter fra **Norsk Sykepleierforbund**
www.sykepleierforbundet.no

Kreftsaken ved Haukeland: NSF krever strakstiltak

Åtte sykepleiere har fått kreft, sannsynligvis som følge av stråling i hjerteavdelingen ved Haukeland sykehus.

– NSF krever strakstiltak ved den aktuelle avdelingen, og at liknende avdelinger i andre sykehus undersøkes, sier forbundsleder Bente G. H. Slaatten.

Nylig ble det kjent at 16 sykepleiere ved hjerteavdelingen på Haukeland har fått kreft. En rapport fra Seksjon for arbeidsmedisin ved Universitetet i Bergen slår fast at 8 av tilfellene sannsynligvis er forårsaket av stråling på arbeidsplassen. Norsk Sykepleier-

forbund (NSF) har sendt brev til helseminister Sylvia Brustad med krav om strakstiltak og undersøkelser også i andre helseforetak.

Ber om kontroll

– I første rekke er det to hensyn som gjelder: Å sikre at arbeidsmiljøet ved den aktuelle avdelingen er dokumentert trygt, slik at de som jobber der i dag ikke løper samme risiko. Dernest må andre helseforetak gå inn ved liknende avdelinger for å kontrollere at sikkerheten er fullt ivarettatt, sier Slaatten.

NSF mener man ikke kan utelukke muligheten for at sikkerhetsrutiner kan ha sviktet også i andre sykehus. Det er derfor viktig at forholdene i andre helseforetak

også undersøkes. På bakgrunn av de alvorlige konsekvensene vi har sett for ansatte, mener NSF at Arbeidstilsynet umiddelbart må stenge avdelinger der sikkerhetsrutinene ikke er tilfredsstillende.

Medisinsk tilbud

– Undersøkelsene må kartlegge både status per i dag, men også eventuell svikt som ligger bakover i tid. Ansatte som kan være eksponert for stråling må gis et medisinsk tilbud, sier Slaatten.

NSF har også skrevet til Arbeidstilsynet og Statens Strålevern, blant annet for å få en vurdering av hvorvidt arbeidsmiljøet har vært tilfredsstillende sikret for de ansatte ved hjerteavdelingen på Haukeland.

– Ikke bruk Scandic-hotellene

Forbundsstyret i NSF oppfordrer alle ledd i organisasjonen til å ikke inngå avtaler med hotellkjeden Scandic.

En delegasjon fra Cuba som skulle delta på reiselivsmessen ble nektet overnatting på Scandic Edderkoppen Hotell i Oslo. Scandic-kjeden ble kjøpt opp av den amerikanske Hilton-kjeden i mars i fjor, og ble da gjort kjent med Hilton-kjedens policy om å nekte gjester fra Cuba adgang på grunn av USAs handelsblokade av landet.

– Det er uakseptabelt at andre lands lovgivning og politikk utøves i virksomheter som er etablert i

Norge. Inntil Scandic bestemmer seg for å følge norsk lovgivning og politikk, ønsker ikke NSF å benytte seg av deres hoteller eller konferansesenter, sier forbundsleder Bente Slaatten.

Dermed føyer Sykepleierforbundet seg inn i en lang rekke organisasjoner som krever at Scandic-kjeden endrer praksis. Utdanningsforbundet, Fagforbundet og Antirasistisk Senter har reagert på utestengningen av cubanerne.

HSH stevnet for arbeidsretten

NSF stevnet 25. januar HSH (Handels- og Service-næringens Hovedorganisasjon) for arbeidsretten. Bakgrunnen er at HSH mener stabiliseringstilleggene i en rekke virksomheter i Oslo og på østlandsområdet skal fjernes.

For NSF's medlemmer i disse virksomhetene kan det dreie seg om tillegg i størrelsesorden 6 - 12.000 kroner i året. Stabiliseringstillegg gis til ansatte som har

mer enn 4 års ansiennitet i samme virksomhet. Virksomhetene dette gjelder er organisert i HSH innenfor det som kalles «Landsoverenskomst for virksomheter» og «Landsoverenskomst for helse og sosiale tjenester».

HSHs standpunkt i saken skal ikke ha ført til at den enkelte sykepleier mister deler av lønnen. Men dersom HSH vinner frem kan tilleggene gå tapt ved fremtidige lønnsjusteringer.

På Norsk Sykepleierforbunds egen nettside finner du saker NSF og sykepleierne er engasjert i. Gå inn på www.sykepleierforbundet.no/ sistenytt, og les mer.

Klikk og vinn!

Gjennom hele 2007 kommer vi til å kjøre en rekke konkurranser her på sykepleierforbundet.no. Denne måneden kan du være med i trekningen om det flotte bokverket «Det friske og Det syke mennesket»!

Ung og uføretrygdet?

Er du ung og uføretrygdet, eller kjenner du noen som er det? Unio og Arbeids- og inkluderingsdepartementet er blant de som er engasjert i en forskningsstudie stiftelsen De Facto skal gjennomføre om unge og uføre. Jakten på informanter er i gang.

Regjeringen tar grep i Libya-saken Regjeringen lover å diskutere situasjonen til de fem bulgarske sykepleiere og den palestinske lege som sitter dødsdømt og fengslet i Libya med libyske myndigheter. I et svar på NSF's henvendelse i saken, skriver statsministerens kontor at saken vil bli tatt opp allerede i inneværende måned.

Får etterbetalt ubekvemstillegg Er du ansatt i et helseforetak som tidligere lå inn under KS-området, og som etter 2002 endret praksis for beregning og utbetaling av lørdags-, søndags, kvelds- og nattilleggene? Da kan du ha krav på etterbetaling.

Må komme verdsettingsdiskrimineringen til livs – Hvorfor skal det være mindre verdt å jobbe med mennesker enn å jobbe med maskiner, spør NSF-leder Bente Slaatten på likelønnskommisjonens nettside.

Banktilbud til medlemmer! Norsk Sykepleierforbund har forhandlet frem et nytt banktilbud for deg som er medlem i NSF.

Området Ullevål i Oslo
anno 1882.

Norges største fyller 130 år

Mellom 1879 og 1900 ble befolkningen i Oslo doblet. Dette medførte store helsemessige utfordringer. Krohgstøtten sykehus som ble innviet i 1859 ble snart for lite, og pasientene ble anbrakt i leiegårder rundt omkring i byen. Hvor forholdene var meget lite tilfredsstillende.

Enkelte sykdommer trivdes særlig godt i tettbygd strøk og særlig der det var trangbodd og kummerlig. Tuberkulosen fant gode betingelser i den raskt voksende byen, og spesielt i de fattigste strøkene.

Kommunen gikk derfor til innkjøp av Ullevåls arealer og begynte oppføringen av de første bygningene til et nytt sykehus. De første åtte bygningene, fire

sykehuspaviljonger, en observasjonspaviljong, økonomibygning, likhus og stall stod ferdig høsten 1887. Den første pasienten ble innlagt den 5. september.

Interessen var betydelig, for det var akkurat da en stor epidemi av difteri og skarlagensfeber i hovedstaden.

I den neste byggeperioden (1898-1903) ble den «kirurgiske» blokken oppført og tatt i bruk i 1902. Videre ble det i disse årene bygget to blokker for hud- og veneriske sykdommer, og en stor difteripaviljong som fikk betegnelsen K.

I den tredje byggeperioden (1912-1926) ble det oppført en rekke store blokker som økte sykehusets kapasitet til nærmere



SYKEHUS: De første bygningene av Ullevål sykehus ble tatt i bruk 1887.

2 000 senger. Ullevål ble dermed Nordens største sykehus. De viktigste nybyggene var medisinsk blokk, Psykiatrisk avdelings to bygninger, samt en ny avdeling for hud- og veneriske sykdommer.

Med en så stor institusjon som Ullevål nå var blitt, trengte sykehuset også annet enn nye sykehusværelser. Man bygde «Søsterhjemmet», ny administrasjonsbygning og legeboliger.

I dag består Ullevål universi-

tetssykehus HF av 800 somatiske senger og 360 senger innen psykiatri. Antall ansatte ligger rundt 8 600, og sykehuset hadde i 2005 et driftsbudsjett på 5,6 milliarder kroner.

Men det er slutt på byggeperiodene. I løpet av 2007 er sykehuset pålagt å spare 300 millioner kroner, og redusere med rundt 150 årsverk.

tekst Bjørn Arild Østby
foto Norsk Teknisk Museum

Folk

Ny direktør i Helse Midt-Norge

Jan Eirik Thoresen er konstituert som adm. direktør i Helse Midt-Norge. Thoresen har fram til nå vært fagdirektør og viseadministrerende i det regionale helseforetaket. Han er kirurg av profesjon og har mastergrad i helseadministrasjon. Han har tidligere blant annet vært overlege ved sykehuset i Trondheim, medisinsk sjef for utbyggingsprosjektet og konstituert adm. direktør ved St.Olavs Hospital og Helse Nord-Trøndelag.



Avtroppende direktør Paul Hellandsvik blir rådgiver i Helse Midt-Norge.

Kunnskapssenterets råd

Reidun Førde er ny leder i Kunnskapssenterets råd fra 1. februar 2007. Kunnskapssenteret er en faglig uavhengig organisasjon som framskaffer og formidler forskningsbasert kunnskap om kvalitet i helsetjenesten og effekt av metoder, virkemidler og tiltak.

Kunnskapssenterets råd er en rådgivende funksjon for ledelsen. Funksjonstiden for medlemmene i rådet er i to år.

Utnevnt kommandør Årets jordmor

Direktør på Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN), Knut Schrøder, er utnevnt til Kommandør av Den Kongelige Norske St Olavs Orden.

Det er oppbyggingen av UNN og hans engasjement for helsevesenet i Nord-Norge som er vektlagt i Ordensrådets begrunnelse:

«Her nevnt oppbyggingen av fullverdig hjertekirurgisk og medisinsk tilbud i landsdelen, kreftbehandling med stråleterapi, nevrologisk avdeling ved RiTø og satsingen på telemedisin som



virkemiddel for å flytte spesialisthelsetjenesten ut til pasientene», skriver Kongehuset i en pressemelding.

I gode år ble det født opp til 70 barn i Austevoll kommune i Hordaland. I fjor var det «bare» 52. Jordmor Berit Hodne har hatt kontakt med de aller fleste i løpet av 25 års tjeneste i kommunen.

Hodne har vært uerstattelig ute i øyriket og karakteriseres som et hardt arbeidende menneske med et hjerte av gull. I konkurransen med 150 andre jordmødre er hun kåret som Årets jordmor av barnemagasinet BAM. Prisen er et reisestipend på 10 000 kroner.



Verv og vinn!

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

Hva koster medlemskap i NSF?

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

Vi kjenner ditt yrke og jobber for deg! Dine medlemsfordeler er:

- Et stort og slagkraftig **fellesskap**
- Tilbud om medlemskap i 31 **faggrupper**
- 3000 **tillitsvalgte** bistår deg på de fleste arbeidsplasser
- **Sykepleien** (18 utgaver)
- Bilaget **SykepleienForskning** (4 ganger per år)
- **Juridisk bistand**
- **Godkjenning** av sykepleiefaglige veiledere og
- kliniske spesialister i sykepleie
- **Stipender og legater** til reise, utdanning og forskning
- **Kurs og kongresser**
- **Kursopphold** på Ressursenteret Villa Sana, Modum Bad
- **Eget forsikringskontor** med forsikringsordninger til medlemspris
- Gunstige tilbud på **banktjenester** i DnB NOR
- **Sparing og kreditt** med NSF's Unique konto
- Fordelaktige **mobiltaler** med NetCom
- **Bensinrabatt** hos Esso
- **Eurocard Gold** hos Europay
- Tilgang til NSF's **nettbutikk** med medlemsprodukter
- Tilbud om **gratis medlemskap** i Landslaget for offentlige pensjonister (LOP)

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

arbeidstid og eventuelle yrkesskader blir ivarettatt. NSF er et sykepleiefellesskap som setter faget, dets utvikling og plass i utdanningsystemet og helsevesenet på dagsorden. Medlemmer kan søke juridisk bistand dersom det oppstår problemer knyttet til arbeidsforholdet. Juridisk bistand kan også gis i enkelte typer straffesaker, for eksempel ved feil medisinerings.



Gratis
ved 1 verving

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



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



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

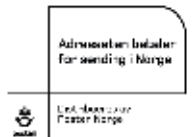
Vervepremiene gjelder ikke for verving av studentmedlemmer

VERVEKUPONG

Kryss av for dame- eller herreur: Dame Herre Jeg vil spare vervingen

VENNLIGST BRUK BLOKKBOKSTAVER

Ververs navn:	Verrens medlemsnr.:
Navn på nytt medlem:	
Har du vært medlem tidligere?	Tidsrom:
Fødselsnummer (11 siffer)	
Adresse:	
Postnr:	Poststed:
E-post:	
Telefon privat:	Mobil:
Eksamensdato:	
Sykepleierhøgskole/sted:	
Arbeidsgiver:	
Arbeidssted:	
Ansatt dato:	
Avdeling:	
Stillingsbenevnelse:	
Medlemmer i lønnet arbeid innbetaler kontingenten ved månedlige trekk i lønn	



Norsk Sykepleierforbund
Svarsending 1016
0090 Oslo

Verdens minste revolusjon...

... kun for kvinner



Enkelt
Sikkert
Diskret



PRODUKTFOTO 1:1

SpeediCath Compact er et helt nytt tappekaterer spesielt utviklet for kvinner. Kateteret er tilpasset kvinnens anatomi og er derfor kun 7 cm langt. Kateteret er overflatebehandlet og ligger i sterilt saltvann - klart til bruk. SpeediCath Compact har et moderne og praktisk design som gjør det enkelt å ta med seg. Den unike pakningen fungerer også som et hygienisk innføringshåndtak.

En enkel, sikker og diskret nyhet for kvinner som er avhengig av intermitterende kateterisering!

SpeediCath



www.arcus-kjemi.no

Løsningen er i boks!

Nå introduserer vi en praktisk boks med Antibac våtservietter for overflatedesinfeksjon.

Produktet inneholder de samme virkestoffene som Antibac overflatedesinfeksjon på flaske.

Det er gjennomført grundige tester som viser at serviettene gir samme effekt på bakterier, virus og sopp som den flytende desinfeksjons-spriten.

Boksen inneholder 150 våtservietter som er biologisk nedbrytbare. Alkoholøsningen tilfredsstiller EN 1276 og EN 1650 kravene og serviettene er CE-merket. Som ekstrautstyr får du stål-dispenser til vegg.

Vi tar renhet på alvor.

ARCUS  KJEMI

Arcus Kjemi AS, tlf. 64 98 08 01

