

## Inn i kulda

Hypotermi gir færre skader Side 52



## Årets smarteste

Priser til Egersund, Bjarkøy og Ås Side 42



## – Paradoksalt

Kan ikke gi et likt tilbud overalt Side 80



# Sykepleien

**LISBETH NORMANN:** Adecco-avsløringene viser at vi trenger andre kriterier for å vinne anbud.

**3** | 2011  
3. mars  
2011  
99. årgang



# Derfor ble jeg sykepleier





- Månedlig prevensjon, ingen piller å huske
- Lavere østrogendose (ethinyløstradiol) enn kombinasjons p-piller<sup>1</sup>
- Bedre blødningskontroll enn kombinasjons p-piller (med 30 µg etinyløstradiol og levonorgestrel<sup>2</sup> eller drospirenon<sup>3</sup>)



Før forskrivning av Nuvaring®  
se preparatomtalen

## C NuvaRing "Organon"

Antikonseptjonsmiddel

**VAGINALRING 120 µg/15 µg:** Hver vaginalring inneholder 11,7 mg etinyløstradiol, 2,7 mg hjelpestoffer. **Indikasjon:** Antikonsepsjon. NuvaRing er beregnet til kvinner i fruktbar alder. Sikkerhet og effekt er etablert hos kvinner 18-40 år. **Dosering:** Den første vaginalringen settes inn i skjeden den 1. dagen i menstruasjonssyklus og brukes i 3 sammenhengende uker. Start på dag 2-5 i syklus er mulig, men da bør mekanisk tilleggsprevensjon brukes de første 7 dagene. Etter 1 ukes ringfri pause, der en menstruasjonslignende blødning inntreffer, settes en ny ring inn i skjeden på samme uke og til omtrent samme tid. Ved bytte fra annen hormonell prevensjon, se pakningsvedlegg. **Kontraindikasjoner:** Dyp venetrombose, nåværende eller tidligere, med eller uten medfølgende lungeemboli. Arteriell trombose, nåværende eller tidligere (f.eks. cerebrovaskulær hendelse, hjerteinfarkt) eller forstadium til trombose (f.eks. angina pectoris eller forbigående iskemiske anfall). Kjent disposisjon for venøs eller arteriell trombose, med eller uten arvelig tilbøyelighet slik som aktivert protein C (APC) resistens, mangel på antitrombin III, mangel på protein C, mangel på protein S, hyperhomocysteinemi og antifosfolipid antistoffer (antikardiolipin antistoffer, lupus antikoagulanter). Migræne med aura i anamnesen. Diabetes mellitus med vaskulære komplikasjoner. Alvorlige eller multiple risikofaktorer for venøs eller arteriell trombose. Pankreatitt eller slik i anamnesen hvis assosiert med alvorlig hypertriglyseridemi. Nåværende eller tidligere alvorlig leversykdom så lenge leverfunksjonsverdier ikke er normalisert. Nåværende eller tidligere levertumorer (benigne eller maligne). Kjente eller mistenkte maligne tilstander i genitalia eller brystene, hvis de er påvirkelige av kjønnshormoner. Udiagnostisert vaginalblødning. Hypersensitivitet for virkestoffene eller noen av hjelpestoffene. **Forsiktighetsregler:** Før behandlingen starter, foretas en grundig medisinsk undersøkelse, inkl. familieanamnese og blodtryksmåling. Graviditet utelukkes. Hyppighet av senere undersøkelser baseres på etablert klinisk praksis og tilpasses den enkelte kvinne. Hormonelle prevensjonsmetoder har vært assosiert med forekomst av venøse og arterielle tromboser. Risikoen for venøs tromboemboli (VTE) øker med: Økende alder, positiv familieanamnese (venøs tromboemboli hos søsken eller foreldre i relativt ung alder), fedme og muligens også overflatiske tromboflebitter og åreknuter), langvarig immobilisering, større operasjoner, ethvert kirurgisk inngrep i beina eller alvorlig traume. I disse situasjonene er det tilrådelig å avbryte bruk (i tilfelle av planlagt kirurgi minst 4 uker i forveien) og ikke fortsette for 2 uker etter fullstendig remobilisering. Risikoen for arterielle tromboemboliske komplikasjoner øker med: Økende alder, røyking, dyslipoproteinemi, fedme, hypertensjon, migræne, hjerteklavfeil, hjerteflimmer, positiv familieanamnese (arteriell tromboemboli hos søsken eller foreldre i relativt ung alder).

### Referanser:

1. Heuvel M.W. et al. Contraception; 2005;72:168-74
2. Oddsson K. et al. Hum Reprod; 2004;20:557-62
3. Milsom I. et al. Hum Reprod; 2006;21:2304-11

Ved mistanke om en arvelig disposisjon skal kvinnen henvises til en spesialist for rådgivning før det tas en avgjørelse vedrørende bruk av hormonell antikonsepsjon. Biokjemiske faktorer som kan indikere arvelig eller ervervet disposisjon for venøs eller arteriell trombose inkluderer aktivert protein C (APC) resistens, hyperhomocysteinemi, mangel på antitrombin-III, mangel på protein C, mangel på protein S og antifosfolipid antistoffer (antikardiolipin antistoffer, lupus antikoagulanter). Ved mistenkt eller bekreftet trombose skal bruk av preparatet avbrytes. Andre medisinske tilstander som har vært assosiert med sirkulatoriske bivirkninger omfatter diabetes mellitus, systemisk lupus erythematosus, hemolytisk uremisk syndrom, kronisk inflammatorisk tarmsykdom (f.eks. Crohns sykdom eller ulcerosa colitis). En økning i frekvens eller styrke av migræne (som kan være forløper for en kardiovaskulær hendelse) kan være grunnlag for å avbryte bruken av NuvaRing umiddelbart. Noe økt risiko for brystkreft. Den økte risikoen forsvinner gradvis i løpet av 10 år etter avsluttet bruk. Levertumor må anses som en differensialdiagnose ved sterk smerte i øvre del av buken, forstørrelse av leveren eller tegn på indre blødninger i abdomen. Kvinner med hypertriglyseridemi eller slik i familieanamnesen kan ha en økt risiko for pankreatitt. Hvis vedvarende klinisk signifikant hypertensjon utvikler seg, bør bruk av preparatet avsluttes og hypertensjonen behandles. Bruken kan gjenopptas hvis normotensive verdier oppnås ved behandling med antihypertensiver. Følgende tilstander kan forekomme eller forverres ved svangerskap eller ved bruk av hormonell prevensjon: Gulsott og/eller kløe relatert til kolestase, dannelse av gallesten, porfyri, systemisk lupus erythematosus, hemolytisk uremisk syndrom. Sydenhams chorea, herpes gestationis, otoskleroserelatert hørselstap, (arvelig) angionevrotisk ødem. Ved akutte eller kroniske forstyrrelser av leverfunksjon seponeres preparatet inntil markørene for leverfunksjon går tilbake til normalen. Kan nedsette perifer insulinresistens og glukosetoleranse og kvinner med diabetes bør monitoreres nøye spesielt de første månedene. En forverring av Crohns sykdom og ulcerosa colitis har vært assosiert med hormonell antikonsepsjon. Kvinner med tendens til kloasma bør unngå å utsette seg for sollys eller ultrafiolette stråler. Hvis en av følgende tilstander foreligger kan kvinnen ha problemer med å sette ringen riktig på plass eller ringen kan falle ut: Livmorsprolaps, fremfall av fremre eller bakre skjedevegg, kraftig eller kronisk forstoppelse. Svært sjelden er det rapportert at preparatet utslittet er satt inn i urinrøret og kan havne i urinblæren. Feilplassering bør derfor overveies som differensialdiagnose ved symptomer på cystitt. Svært sjelden er det rapportert at ringen har festet seg i vevet i vagina og måtte fjernes av helsepersonell. Vaginitt kan forekomme. Det er ingen indikasjon på at effekten av NuvaRing påvirkes av behandling for

vaginitt eller at selve ringen påvirkes av slik behandling. **Interaksjoner:** Interaksjoner kan forekomme med legemidler som inducerer mikrosomale enzymer, noe som kan resultere i økt clearance av kjønnshormoner f.eks. fenytoin, fenobarbital, primidon, karbamazepin, hydantoiner, rifampicin og muligens også okskarbazepin, topiramet, felbamet, ritonavir, griseofulvin og preparater som inneholder johannesurt. Noen kliniske rapporter antyder at den enterohepatiske sirkulasjonen av østrogener kan avta når visse typer antibiotika gis, f.eks. penicilliner og tetracykliner, noe som kan redusere konsentrasjonene av etinyløstradiol. Sikkerhet og effekt påvirkes ikke av behandling med antimykotika eller spermiedrepende midler. Andre legemidlers metabolisme kan påvirkes, ved at plasma- og vevskonsentrasjoner øker (f.eks. ciklosporin) eller reduseres (f.eks. lamotrigin). **Graviditet/Amning: Overgang i placenta:** Hvis graviditet oppstår, skal ringen tas ut. Effekten ved bruk av preparatet under graviditet, er ukjent. Til tross for intravaginal administrering er intrauterine konsentrasjoner av prevensjons-hormoner lik de nivåene som er observert hos p-pillebrukere. **Overgang i morsmelk:** Østrogener kan redusere mengden og endre sammensetningen av brystmelken. Bør ikke brukes under amning. **Bivirkninger: Vanlige (≥1/100 til <1/10):** Gastrointestinale: Magesmerter, kvalme. Hud: Akne. Infeksiøse: Vaginale infeksjoner. Kjønnsganer/bryst: Smerte i bekkenet, ømme bryster, genital kløe, dysmenoré, vaginal utflod. Neurologiske: Hodepine, migræne. Psykiske: Depresjon, nedsatt libido. Undersøkelser: Vektøkning. Øvrige: Ubegag i forbindelse med ringen, utstøting. **Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):** Gastrointestinale: Diaré, oppkast, oppblåst mage, forstoppelse. Hjerne/kar: Hete-tokter. Hud: Alopesi, eksem, kløe, utslett. Immunsystemet: Hypersensitivitet. Infeksiøse: Cervisitt, cystitt, urinveisinfeksjon. Kjønnsganer/bryst: Amenoré, ubegag i brystene, forstørrede bryster, brystspreg, cervixpolypper, blødning under samleie, dyspareuni, cervix-ektropi, fibrocystisk brystsykdom, menoragi, metroragi, ubegag i bekkenet, premenstruelt syndrom, krampesmerter i uterus, brennende følelse i skjeden, vond lukt fra skjeden, smerter i skjeden, vulvovaginal ubegag, vulvovaginal tørrhet. Muskel-skjelettsystemet: Ryggsmerte, muskelkramper, smerter i ekstremitetene. Neurologiske: Svimmelhet, hypoestesi. Nyre/urinveier: Dysuri, sykelig trang til vannlating, hyppig vannlating. Psykiske: Følelsesmessig labilitet, humørsvingninger. Stoffskifte/ernæring: Økt appetitt. Undersøkelser: Forhøyet blodtrykk. Øye: Synsforstyrrelse. Øvrige: Tretthet, irritabilitet, utilpasshet, ødemer, følelse av fremmedlegeme. Svært sjeldne (<1/10 000), ukjent: Hud: Urticaria. **Oppbevaring og holdbarhet:** Grossist og apotek: Kaldt (2-8°C). Hos bruker: Romtemperatur (<30°C), ikke over 4 måneder. **Pakninger og priser:** 1 stk. kr 117,40. 3 stk. kr 297,10.

Sist endret: 07.06.2010

### Tryggere bruk av p-piller

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

Statens legemiddelverk





Anna Oppedal Tokheim, Möller's ernæringsfysiolog

56-09

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

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

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

## OPTIMAL UTVIKLING AV HJERNEN

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

## UTVIKLING AV ET STERKT SKJELETT

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

## TRYGT KVALITETSPRODUKT

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

Lær mer om hvordan Möller's Tran lages på [mollers.no](http://mollers.no)



VIL DU VITE MER?  
[www.mollers.no](http://www.mollers.no)  
grønt nr: 800 80 555

**MÖLLER'S**

GRUNNLAGT 1854



## Sykepleien

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

## E-post:

redaksjonen@sykepleien.no  
interaktivt@sykepleien.no

## Ansvarlig redaktør Barth Tholens

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

## Medarbeidere:

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

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

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

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

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

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

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

Journalist Kari Anne Dolonen  
tlf. 22 04 33 63/94 37 36 11  
kari.anne.dolonen@sykepleien.no

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

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

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

Grafisk formgiver Hilde Rebaard Evensen  
tlf. 22 04 33 58  
hilde.rebaard.evensen@sykepleien.no

Grafisk formgiver Hege Holt  
tlf. 22 04 33 57  
hege.holt@sykepleien.no

Grafisk formgiver Sissel H. Vetter  
tlf. 22 04 33 61  
sissel.vetter@sykepleien.no

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

Repro og trykk  
Stibo Graphic AS

## Gjesteskribenter:



**Sigurd Roger Nilsen og Siri Brynhildsen** skriver om hvor meningsfylt det er å oppleve at å yte god sykepleie betyr mye for hjelpetrengende mennesker. Fortellingen er fra hjemmesykepleien. Side 76.



**Berit Støre Brinchmann** skriver om hvor viktig verdier som kvalitet, trygghet og respekt er i hverdagen på et sykehus. Hun har selv vært i situasjoner hvor dette har hatt en avgjørende betydning for pasientens møte med helsevesenet. Dilemma side 78.



**Cathrine Sandnes** hadde tatt en prinsippbeslutning om aldri å iføre seg et startnummer i et skirenn, men meldte seg likevel på Birken. Hvorfor? Refleks side 86.



Det er mye uro i verden, opprør og naturkatastrofer. **Randi Moan Riiber** fra NSF's forsikringskontor forklarer hvordan du forholder deg og hva reiseforsikringen dekker hvis du har bestilt en reise som må avlyses. Side 38.



# Innhold

## Sykepleien

## AKSJONISTEN: Ingen kan i 2011 kom

## Hva skjer

- 7 Aksjonisten
- 8 Hva skjer – småstoff
- 10 Faglærte koster mindre
- 11 113 i nød!
- 12 Menn får teste omsorgsjobb
- 14 Lesbiske møter vegg
- 16 Sykepleier hjelper sexkunder
- 18 Norge møt resten
- 20 Urimelige lønnsgap
- 22 Snille arbeidstakere blir utnyttet
- 23 Vi bare spør Oline Hesselberg

## Der ute

- 34 Langhelg gir mer helgefri
- 38 Paragrafrytterne
- 39 Min jobb: Lise Nygaard
- 42 Smartprisen 2010
  - presentasjon av vinnerne:
    - Årets beste innovasjon i Stavanger
    - Årets nyskaper på Bjarkøy
    - Årets oppfinnelse i Ås

Fagpressen  
OPPLAGSKONTROLLERT



## SYKEPLEIENS FORMÅLSPARAGRAF:

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



44

23

66

## Tema:

# Derfor ble jeg sykepleier

- 26 Jostein Kristoffersen
- 27 Aleksandra Solli
- 28 Hanne Modahl Bjertnes
- 29 Bjørn Fougner
- 30 Anne Merete Bull
- 31 Morten Aas
- 32 Sykepleiere følger et slags kall  
– Rekruttering er ingen kvikk fiks
- 33 5 på gangen

# 24



me trekkende med at «slik har vi alltid gjort det».

3 • 2011

3. mars 2011 • 99. årgang

## Fag og bøker

- 52 Færre skader etter kuldebehandling
- 54 Overlevde drukning
- 55 Kjører ned barn etter hjertestans
- 59 Mobile akutteam redder liv
- 62 Prehospital sjukepleie ved akutt hjerneslag
- 66 Forfatterintervju: Surjit Singh Gill
- 68 Bokanmeldelser
- 69 Jeg elsker min ... mobiltelefon
- 70 Quiz
- 70 Oppdager få hjertefeil ved tidlig ultralyd

## Mennesker og meninger

- 72 Lisbeth Normann om Adeccoskandalen
- 73 Siden sist og meninger
- 76 Sigurd Roger Nilsen og Siri Brynhildsen om sykepleieryrket
- 78 Dilemma: Berit Støre Brinchmann
- 80 Tett på Bjørn-Inge Larsen
- 84 Hør her: Astrid Grydeland Ersvik vs. Gisle Roksrud
- 86 Refleks: Cathrine Sandnes

- 87 Stillingsannonser
- 94 Kunngjøringer

### GJESTESKRIBENTEN:

«Noen gaver er det upassende å gi til andre enn seg selv.»

Cathrine Sandnes

86

«Flere menn får smake på helsevesenet.»



12



52



## UTFLOD? VOND LUKT?

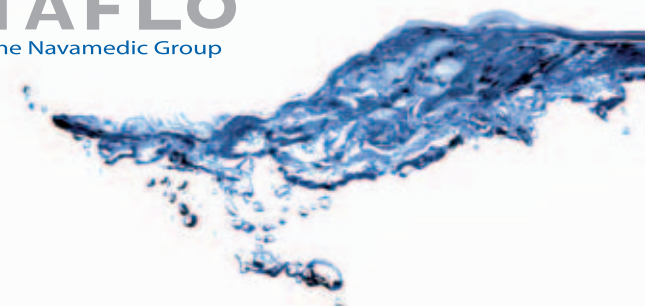
- Ecovag Balance® er dokumentert effektiv til å gjenopprette og vedlikeholde en sunn vaginalflora.
- Ecovag Balance® doseres kun én gang i døgnet.
- Du får Ecovag Balance® i alle apotek og i Vitaflos nettbutikk.

EcoVag Balance® vaginalkapsler forebygger vaginalt ubehag og er dobbeltvirkende mot ubehagelig lukt og irritasjon i skjeden (kløe, brennende svie, tørrhet og utflod). EcoVag Balance® inneholder naturlige kvinnelige melkesyrebakterier og har i vitenskapelige, kliniske studier, bevist sin effektivitet. Les mer på [www.vitaflo.net](http://www.vitaflo.net)

Vitaflo Scandinavia AB NUF  
Fornebuveien 44,  
Postboks 107, 1325 Lysaker  
Telefon: 67 11 25 40  
Fax: 67 11 25 41  
Web: [www.vitaflo.net](http://www.vitaflo.net)  
E-post: [info@vitaflo.net](mailto:info@vitaflo.net)



**VITAFLO**  
Part of the Navamedic Group



## Barth Tholens om re-sertifisering

Stilling: Redaktør i Sykepleien

E-post: barth.tholens@sykepleien.no

Eksamen  
hele livet

Om noen få år vil sykepleiere kunne miste en autorisasjon om de ikke klarer å dokumentere at de følger med i sitt fag. Gode nyheter, synes jeg.

Denne utgaven kan du lese historiene til en rekke sykepleiere som forteller hvorfor de egentlig valgte yrket. For noen handlet det om at de ønsket å jobbe med mennesker. Andre har kanskje mer tilfeldige grunner. Felles er at de ikke angrer: De føler at utdanningen har gitt dem et yrke som de trives med.

Dessverre er det slik at ikke alle fortsetter å følge med i timen etter at de har gått gjennom skoleporten for siste gang. Riktignok er det god oppsving i antallet sykepleiere som tar videre- og etterutdanning. Mastergradstudier spretter opp både her og der. Kliniske karrierestiger er populære. Noen kommer så langt som til å ta doktorgrad. Men langt de fleste sykepleiere er «menige», det vil si uten noen grad for videreutdanning eller spesialisering.

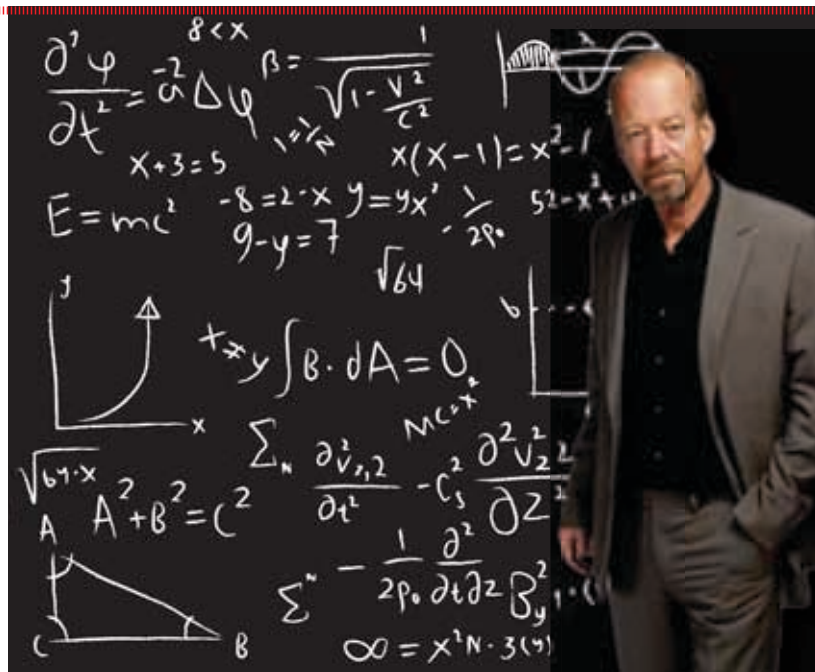
Det er denne gruppen man kan ha en viss bekymring for. Riktignok lærer man gjennom hele livet og ikke minst av egne erfaringer. Det finnes mange gode, erfarne sykepleiere med et

Kravet om re-sertifisering av norske sykepleiere er en «golden opportunity».

godt klinisk blikk som ikke kan skilte med et diplom utover sykepleierskolen.

Men temaet i forrige utgave av Sykepleien viste at det kan være risikabelt å stole blindt på erfaringer alene. Sykepleierne, viste det seg, fortsetter ufortrødent å gjøre ting stikk i strid med nyere (les mindre enn 17 år gamle) forskningsresultater. De henger ikke med i svingene, fordi de ikke er kjent med nyervervet kunnskap – eller fordi de ikke vet hvordan de skal omsette denne til ny praksis.

Et slikt gap mellom forskning og praksis er en dødssynd for en yrkesgruppe som har ambisjoner om å utgjøre den store forskjellen i helsetjenesten. Her må det ryddes opp. Ingen kan i 2011 komme trekkende med at «slik har vi alltid gjort det», når kravet er at sykepleien skal være kunnskapsbasert.



**TILBAKE TIL SKOLEN:** Sliter du med eksamensangst, kan du gå dårlige tider i møte. Men fortvil ikke. For arbeidsgiverne vil det bli enda verre. Illustrasjon: Sykepleien

I Storbritannia må sykepleiere avlegge eksamen gang på gang i løpet av karrieren, bare for å få lov til å fortsette i yrket. Eksamen fra grunnutdanningen holder bare en liten stund. Gjennom stadig testing må sykepleiere dokumentere at de holder seg faglig oppdatert innen sitt område. Klarer de ikke å lese og tilegne seg resultatene av ny forskning, er det over og ut.

Våre britiske naboer er ikke alene om slikt. I forbindelse med EUs direktivforslag 36/2005 om gjensidig godkjenning av yrkeskvalifikasjoner, er et krav om «kontinuerlig faglig oppdatering» for sykepleierne i Europa høyst aktuelt. Det kan altså tenkes at sykepleiere i hele Europa snart må belage seg på å bli testet på sine kunnskaper regelmessig for å få lov til å beholde autorisasjonen.

Slitsomt? Javisst kan det bli slitsomt å måtte lese til eksamen hele livet. For dem som hadde håpet at eksamensangsten ble gravlagt en gang for alle i midten av tyveårene, vil nyheten kanskje slå inn som en bombe. Men spør du meg, er kravet om re-sertifisering av norske sykepleiere en «golden opportunity».

Om norske helsemyndigheter går for forslaget (og det vil de før eller senere), erkjenner de også at sykepleier er basert på vitenskap og metoder som er i endring hele tiden. At det ikke bare er et håndverk som man lærer en gang for alle i ungdomsårene, ispedd litt nyvunnen empati.

Men enda viktigere er det at et slikt formelt krav om re-sertifisering vil tvinge arbeidsgiverne til å forlate unnlattelses-linjen. I dag mangler mange sykehuseiere og kommuner ordentlige planer for hvordan de skal skaffe seg tilstrekkelig kompetanse. Arbeidsgiverne er gjennomgående knipne med kursmidler og frikjøp, og mange sykepleiere må nærmest ta videreutdanning som en slags dyr hobby som gir lite eller ingen uttelling på lønnsdagen.

Den dagen re-testing blir obligatorisk, vil arbeidsgivere som ikke tenker på kompetanseutvikling av de ansatte, brutalt møte seg selv i døra.

Barth Tholens

## Vil stoppe pilleforfalskninger

16. februar stemte EU-parlamentet for et nytt direktiv som skal hindre salg av falske medisiner. Ifølge beregninger er 1 prosent av medisinene solgt gjennom lovlige kanaler i Europa falske. I andre deler av verden er andelen opp til 30 prosent.

– Falske medisiner tar liv i det stille ved at effekten uteblir eller ved at de inneholder gifter som kan skade og til og med ta livet av dem som inntar dem. Vi har blitt vitne til en betydelig økning i denne kriminelle virksomheten, sa Marisa Matias, som ledet diskusjonen i EU-parlamentet.

Direktivet vil også innføre nye tiltak for å bedre sikkerheten og sporbarhet for emballasjen til medisiner, og sanksjoner mot dem som driver med forfalskning.

Rådet skal formelt godkjenne det nye direktivet før det settes ut i livet.

## – Nei til å veie

Ifølge nye retningslinjer fra Helsedirektoratet skal landets helsesøstre i løpet av året veie alle skolebarn i 3. og 8. klasse. Men det er dråpen som får det til å renne over for helsesøsterleder Astrid Grydeland Ersvik (bildet). Hun sier helsesøstrene allerede ikke får tid til å gjøre lovpålagte oppgaver, som hjemmebesøk etter fødsel. Å pålegge dem enda en oppgave uten å tilføre ressurser, gjør at hun sier stopp.

– Det er en lang rekke med kutt i tjenesten, sier hun.

– Det generelle bildet er at det brede folkehelsearbeidet helsesøstre er forventet å skulle utføre, forsvinner. Vi har endt opp som vaksinatører og veiere, og det er det ingen som ønsker, mener hun.

– Konsekvensen er at helsesøstertilbudet er blitt et høyterskeltilbud, ikke lavterskel, slik den politiske intensjonen er. Helsesøster skal være for alle, for å kunne bidra til å utjevne sosiale helseforskjeller. Slik er det ikke nå.



Foto: Marit Fonn

## Mange får sykehusinfeksjon

1 av 17 sykehuspasienter har en sykehusinfeksjon. På sykehjem har 1 av 15 en slik infeksjon. Det kommer fram i en telling gjort av Folkehelseinstituttet siste halvdel av 2010. Tallene er som de har vært tidligere år. Folkehelseinstituttet har gjort jevnlig tellinger siden 2002.

Håndhygiene er viktigste tiltak for å få antall infeksjoner ned. Overlege Janne Møller-Stray i Folkehelseinstituttet sier at helseinstitusjoner for eldre også bør være kritiske til langvarig bruk av urinkateter. Urinveisinfeksjoner utgjør et stort problem her.



**HÅNDVASK** er det viktigste tiltaket for å få ned antall infeksjoner.

Foto: Colourbox

# Hva skjjer

### Les mer om:

**10** Faglærte koster mindre ›

**11** 113 i nød! ›

**12** Menn får teste omsorgsjobb ›

**14** Lesbiske møter veggen ›

**16** Sykepleier hjelper sexkunder ›

**18** Norge mot resten ›

**20** Urimelig lønnsgap ›

**22** Snille arbeidstakere blir utnyttet ›

**sykepleien.no**

Fag- og forskningsartikler finner du på sykepleien.no



## Pris til psykebil

Årets akuttpsykiatripris gikk til Bergens psykiatriambulanses. Ambulansen sørger for transport av psykisk syke. Den har vært i drift i seks år. De to første årene var den grå og anonym, nå er den gul som andre ambulanser. Den er litt større enn en vanlig ambulanse, slik at det er plass til både pasient, helsepersonell og pårørende bak i bilen. Seksjonsleder Jarle Johannessen sier at ambulansen er tatt godt imot.

– Særlig gunstig har det vært for pasienter å bli hentet av helsepersonell i stedet for politi, noe som kan oppleves som stigmatiserende for psykisk syke og deres pårørende, sier han til helse-bergen.no

## Høring i hpv-saken

Helsedirektoratet vil fremdeles kutte ut én type hpv-test. Det siste året har direktoratet i flere omganger forsøkt enten å stoppe all hpv-testing eller å luke ut den ene typen test som brukes, til store protester fra fagfolk. To ganger har helseministeren satt ned foten og bedt om ny vurdering, sist i januar. I begynnelsen av februar sendte direktoratet ut et nytt forslag på høring. Fristen er 11. mars.

## Psykisk syke dør 16 år før

Alvorlig psykisk syke lever 16 år kortere enn gjennomsnittsbefolkningen. Hjerte- og karsykdommer er den viktigste dødsårsaken, ikke selvmord.

Pasienter som ble satt på det vanlige antipsykotiske legemiddelet olanzapine for første gang, la etter bare 6–8 uker i gjennomsnitt på seg 5 til 6 kilo. For alle andre pasientgrupper enn alvorlig psykisk syke ville en slik bivirkning av medisineringsen ha blitt sett på som svært alvorlig, slår det ledende medisinske tidsskriftet The Lancet fast.

### ANSATTE I SYKEHJEM og deres opplevelse av kontroll i arbeidet (prosent).

	Meget sjelden/aldri	Nokså sjelden	Av og til	Nokså ofte	Meget ofte/aldri
Kan bestemme eget arbeidstempo	10	25	32	24	9
Kan bestemme når man tar pause	15	19	32	24	10
Kan bestemme lengda på pausen	47	20	18	10	5
Kan bestemme egen arbeidstid	65	14	10	6	5

Kilde: «3-2-1 Sammen for et godt arbeidsmiljø». Stami, Rapport nr 9/2010.



# Oslo bryter med Adecco Helse

Oslo kommune har sagt opp avtalen om drift av Ammerudlunden sykehjem med Adecco Helse etter avsløringen om ulovlige arbeidsforhold. Adecco Helse innrømmer å ha brutt arbeidsmiljøloven, ved å la helsepersonell jobbe overtid uten overtidsbetaling. I tillegg har ansatte sovet over i bomberommet i kjelleren, som ikke har vært godkjent til formålet. Direktøren ved Adecco Helse, Bård Kristiansen, går av som følge av avsløringene. Bemanningsfirmaet innrømmer å ha drevet ulovlig ved alle sykehjemmene de driver i Oslo. Oslo kommune overtar driften av Ammerudlunden sykehjem, men vil legge oppdraget ut på anbud igjen.

Kilde: NRK

## Eier du (ikke) humor?

Hverdag i helse-tjenesten er ikke bare festlig. Men heller ikke så traurig som man kan få inntrykk av når man leser avisene. Skal vi tro godt informerte kilder er det mye kollegial humor i korridorene.

Redaksjonen i Sykepleien er nå på jakt etter humoristiske historier fra din hverdag. Hva var det for noe morsomt som skjedde på jobben? Send oss en e-post med din historie, kort fortalt og signert, slik at andre kan være med på moroa!

Adresse: interaktivt@sykepleien.no



Foto: Colourbox

## Vant over NHO Service

NSF vant fram med sitt krav om rett til å forhandle lønn og arbeidsvilkår for medlemmene i NHO Service. Arbeidsgiverorganisasjonen nektet først å møte NSF i forbindelse med tariffrevisjonen for 2010–2012.

– For oss var det å få en minstelønnsgaranti for både spesialsykepleiere og sykepleiere helt avgjørende. Det har vi fått. I avtalen med NHO Service ligger også en sykelønnsgaranti, sier NSF's leder, Lisbeth Normann.

Avtalen innebærer i tillegg et forpliktende samarbeid der NHO Service og NSF vil drøfte viktige spørsmål knyttet til sykepleierens lønns- og arbeidsforhold samt kvalitet i tilbudet til pasientene.



## Vekst i diabetes stanset

Veksten i forekomsten av type 1-diabetes hos barn har flatet ut, mener forskere i Umeå, Sverige. Også debutalderen stiger, etter at den hadde falt betraktelig mellom 1978 og 2000. Totalt undersøkte forskerne nærmere 15 000 tilfeller. De mener at de positive tallene i hovedsak skyldes at antallet overvektige barn har stabilisert seg i Sverige i de senere årene.

Kilde: Vårdfokus/Diabetes

## Vil gi tidlig tykktarmskreft-diagnose

EU-kommisjonen har publisert europeiske retningslinjer for å sikre kvaliteten på undersøkelser og diagnostisering av tykktarmskreft. Det er denne kreftformen som tar nest flest liv i EU-landene.

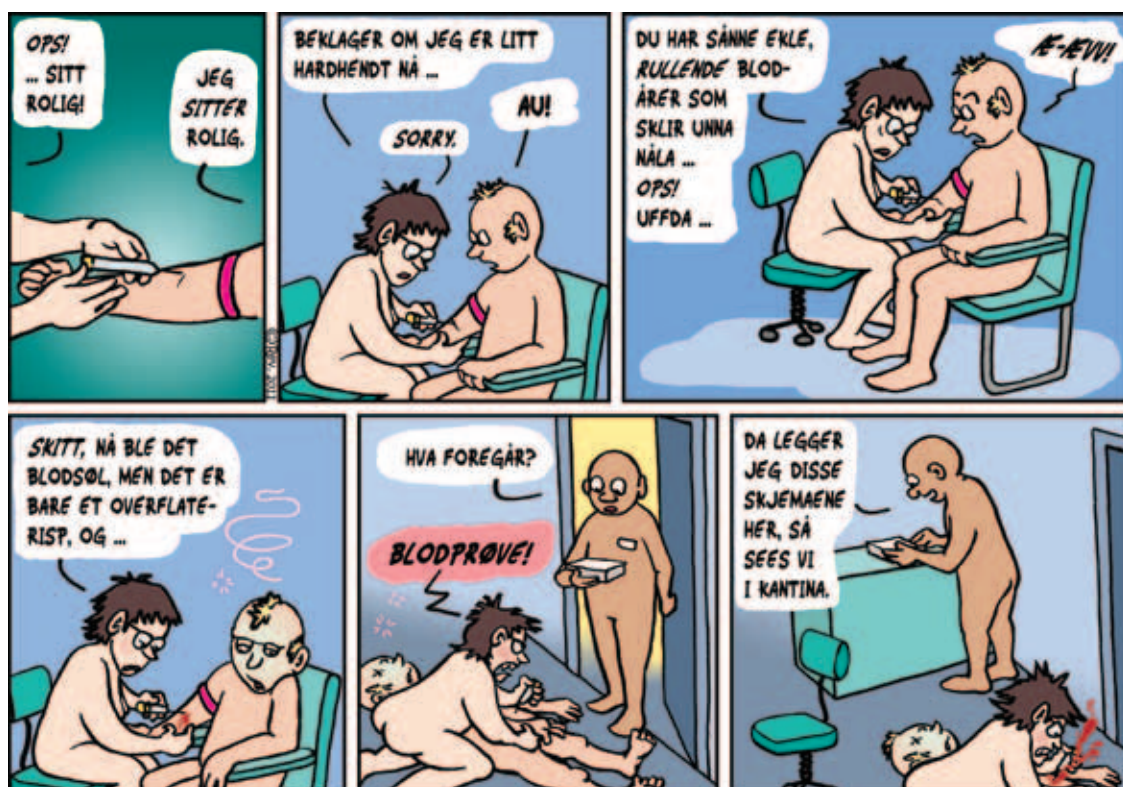
– Retningslinjene vil føre til at pasienter får sjansen til å komme til behandling i tide, etter å ha fått diagnosen tykktarmskreft. Dette kan utgjøre forskjellen mellom liv og død, sa kommissæren for helse- og forbrukersaker i EU, John Dalli i forbindelse med lanseringen av retnings-

linjene 4. februar, verdens kreftdag.

Det er beregnet at et screeningprogram kan redusere dødeligheten for tykktarmskreft med 15 prosent i aldersgruppen 50 til 74 år. Det er nå opp til landene om de vil innføre screening i forhold til tykktarmskreft. Dette diskuteres også i Norge.

Dette er den tredje i rekken av retningslinjer for diagnostisering av kreft som EU har utarbeidet. Tidligere har det kommet retningslinjer om brystkreft og livmorhalskreft.

## TERAPI



## Meninger fra www.sykepleien.no

### Sykepleier hjelper sekskunder

” Så flott å høre at det er blitt satt fokus på forebyggende arbeid i denne målgruppen. Prostitusjon er verdens eldste yrke og vil aldri forsvinne. Det er en av mange grunner til at jeg synes helsesjekk, informasjon og andre tjenester er positivt.

Cathrine

### Presset til det ytterste

” Undersøkelsen bekrefter bare det som jeg etter 18 år i eldreomsorgen har kjent på kroppen. Det er belastende, utfordrende, med høye krav til faglig kvalitet, men også givende å arbeide på sykehjem. Dagens sykehjem har annet klientell enn bare for få år siden. Beboerne er eldre, sykere med mange komplekse tilstander som tidligere ble behandlet på sykehus, men som dagens sykehjem tar seg av. Uten oppdatering, kursing og endring av bemanning blir dette for tøft.

RSI

# Faglærte koster mindre

Kostnadene for kommunenes helse- og omsorgstjenester blir lavere når andelen faglærte øker. Tekst Bjørn Arild Østby Foto KS



**KVALITET:** - Høyere kompetanse lønner seg, sier Helge Eide i KS.

**D**et går fram av undersøkelsen «Kostnader og kvalitet i pleie- og omsorgssektoren» som Telemarksforskning har gjennomført for KS – kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon.

## Mer produktive

Faglært arbeidskraft er dyrere enn ufaglært. Likevel blir kostnadene for kommunene lavere når andelen faglærte øker. Årsaken er at faglært arbeidskraft er mer produktiv enn ufaglært.

– Dette viser at kommunesektoren bør forsterke innsatsen både når det gjelder å rekruttere og å beholde ansatte med høy utdanning og relevant kompetanse, sier Unio-leder Anders Folkestad.

Områdedirektør Helge Eide i KS er enig med Unio-lederen i at dette bør få konsek-

venser for rekrutteringen til sektoren.

– Dette viser at kvalitet i pleie- og omsorgssektoren ikke ensidig avhenger av flest mulig årsverk, men av at de som gir tjenestene har en god og bred faglig kompetanse. Både stat og kommunesektor bør nå arbeide sterkere for å sikre en høyere andel ansatte med slik kompetanse. Det vil lønne seg, både for brukerne og for kommunebudsjettene, sier Eide.

## Betydningen av kompetanse

Grunnen til at andel årsverk med fagutdanning har en gunstig effekt på kommunenes kostnader, er enkel ifølge rapporten:

«Årsaken til at vi finner produktivitetsfremmende effekter av høyere andel fagutdannede kan for det første skyldes at fagutdannede på et tidligere stadium ser sykdomstegn slik at bebo-

ere tidligere kommer under riktig behandling og dermed totalt sett bidrar til en lavere belastning på sektoren. Dette gjelder i hvert fall dersom det er snakk om medisinsk fagutdannede som for eksempel sykepleiere.

For det andre har fagutdannede bedre kompetanse til å stille krav til brukerne, lære dem opp og forvente at de skal klare seg på egen hånd, noe som både øker produktiviteten i sektoren og sannsynligvis også brukernes opplevelse av kvalitet. I den forbindelse er det viktig å huske på at slikt arbeid krever en viss investering i den enkelte bruker. De krever oppfølging i en startperiode, men dette minsker igjen pleiebehovet på litt lenger sikt. Det er derfor viktig at pleie- og omsorgspersonell i en overgangperiode gis anledning til å arbeide på en slik måte at de har tid til tett oppfølging.» ■■■

## Vekstkurve

DIPS Vekstkurve gir barneavdelingen anledning til å føre og lagre vekstkurver digitalt som en del av pasientjournalen. Gjennom et enkelt og intuitivt brukergrensesnitt kan barnets vekstdata registreres og plottes mot ulike referansematerialer.

DIPS Vekstkurve inneholder flere ulike referansematerialer, inkludert Knudtzon og Waaler (0-17 år), spesialkurver for barn med Downs og Turners syndrom, svenske kurver og de nye norske vekstkurvene (Juliusson et al).

Brukeren kan enkelt veksle mellom de ulike kurvene og se barnets vekstdata plottet både mot gammelt og nytt referansemateriale.

Systemet gjør automatisk alderskorrigering ved prematuritet og regner ut kroppsmasseindeks og kroppsoverflate. Det er også funksjonalitet for registrering av pubertetsvurdering. Kurveark kan skrives ut og tas ut elektronisk, for eksempel til epikrise.

DIPS Vekstkurve er tilgjengelig fra alle PC'er på sykehuset, slik at alle vekstdata som registreres på pasienten kommer med i kurven. Registreringer av vekt i DIPS Panorama eller høyde og vekt i DIPS Medikasjon vil også vises i Vekstkurven - og motsatt. Dermed har et sentralt verktøy for barneleger endelig blitt en del av barnets elektroniske journal.

Dersom du vil vite mer om DIPS Vekstkurve kan du kontakte Medisinsk rådgiver Tomas Nordheim Alme (e-post: tna@dips.no) eller Kundeansvarlig Asbjørn Jørgensen (e-post: ajo@dips.no, tlf: 75 59 20 83).

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





**DIREKTE:** Da nødnummer 113 ble innført på 90-tallet, var det bærende prinsippet å sikre befolkningen direkte kontakt med fagkyndige personer.

Det er stor motstand i helsetjenesten mot å innføre kun ett nødnummer i stedet for tre, som i dag.

Tekst Bjørn Arild Østby Illustrasjonsfoto Scanpix

**G**jennomføres regjeringens forslag om ett felles nødnummer, vil det ødelegge et viktig helsetilbud til befolkningen. Det vil rive bort grunnlaget for god samhandling mellom befolkningen, primærhelsetjenesten, ambulansetjenestene og sykehusene. Alt i strid med den nye samhandlingsreformen, mener Ole-Petter Vinjevoll.

Lederen i NSF's Landsgruppen av Akutt- sykepleiere frykter forslaget om å slå sammen dagens tre nødnummer for brann, politi og ambulanse kan koste befolkningen liv, helse og trygghet.

### Mer enn å dele rom

Høsten 2009 sendte Justisdepartementet på høring et forslag til framtidig organisering av nødmeldetjenesten.

Departementets begrunnelse for å innføre ett felles nødnummer, er at det vil gjøre det enklere for publikum og skape bedre samarbeid mellom utrykningsetatene.

– Brann, politi og helsetjenesten vil sitte i samme rom. Dette vil gjøre tilbudet bedre, ifølge seniorrådgiver Finn Mørch Andersen i Justisdepartementet.

### Fakta:

I dag er det til sammen 70 nødmeldingssentraler: 24 for brann (nødnummer 110), 27 for politi (nødnummer 112) og 19 for helse (nødnummer 113).

Justisdepartementet ønsker å innføre ett felles nødnummer med 7–8 nødmeldingssentraler.

– Da kjenner man ikke dagens ordning godt nok, mener Vinjevoll.

NSF er ikke alene om å avvise forslaget. Ni av ti høringssvar fra helserelaterede instanser vil beholde 113 som medisinsk nødnummer.

### Direkte kontakt

Da nødnummer 113 ble innført på 90-tallet, var det bærende prinsippet å sikre befolkningen direkte kontakt med fagkyndige personer. Mottak og oppfølging av medisinske nødsituasjoner krever medisinsk vurdering, prioritering og rådgivning, var begrunnelsen.

– Hva er den største bekymringen med ett felles nødnummer?

– Tiden er en kritisk faktor i mange akutt-

– Ved hjertestans faller sjansen til å overleve med 10 prosent for hvert tapte minutt før hjertestarterens første sjokk.

### Samhandling

Nødmeldetjenesten i Norge vekker internasjonal oppmerksomhet, og blir sett på som forbilde i andre land. Vinjevoll er overhodet ikke overrasket.

– Ansatte på dagens AMK-sentraler er erfarne sykepleiere/spesialsykepleiere og ambulanspersonell som arbeider etter fastlagte handlingsplaner og retningslinjer. De har direkte radiokontakt og styringsrett over alle lokale/regionale ambulanser og andre relevante enheter. De samhandler tett med

## «Tiden er en kritisk faktor i mange akuttmedisinske situasjoner.»

medisinske situasjoner. Når en hjelpetrengende ringer 113 blir han i dag umiddelbart veiledet i livsviktig førstehjelp, samtidig som resten av kjeden blir varslet for å sikre raskest mulig livreddende hjelp. Innringer slipper å forklare seg til flere operatører. Jo tidligere vi får startet akuttbehandling, jo bedre blir overlevelsen og sluttresultatet. Og med nye og bedre behandlingsmetoder kan vi nå begrense skadene dramatisk, sier Vinjevoll.

– Eksempel?

andre AMK-sentraler, lokale legevaktsentraler og legevaktsleger. De gir innringer viktig akuttveiledning, kartlegger hastegrad og velger riktig respons for lokal ambulanse og lege. Samtidig som sykehusets livreddende ressurser står klare og godt forberedt når pasienten ankommer, understreker Ole-Petter Vinjevoll.

Saken er fortsatt under behandling, og det er uvisst om, eller eventuelt når, forslaget vil bli fremmet for Stortinget. ■■■

# Menn får teste omsorgsjobb

Menn i Trondheim får jobbe åtte uker i helsevesenet, for å se om et yrke i omsorgssektoren er noe for dem. Flere har fått mersmak.

Tekst **Johan Alvik** Foto **Carl-Erik Eriksson**

**B**are en av ti ansatte i omsorgsyrker er menn. Slik er det også i Trondheim. Derfor har kommunen startet prosjektet «Mangfold og kvalitet – flere menn i omsorgstjenesten», i samarbeid med Nav. Prosjektet går ut på å la menn i alderen 18 til 55 år prøve seg som omsorgsarbeidere et par måneder. De får jobbe på pleiehjem eller i hjemmetjenesten. Så langt er fire ferdig med praksisperioden, og fem andre er i gang.

– De fire som er ferdig har bestemt seg for å satse på videre utdanning i omsorgssektoren, sier prosjektleder Frode Rønsberg, som har bakgrunn som sykepleier.

Han forteller at to har fått lærlingplass i kommunen for å bli helsefagarbeidere, mens de to andre vil utdanne seg til vernepleier og sykepleier.

## Får lærlingplass

I praksisperioden jobber mennene sammen med en veileder. De får assistentlønn, og alle som har fullført de åtte ukene med yrkespraksis på en tilfredsstillende måte får tilbud om lærlingplass i kommunen. Målet er at flest mulig skal ta

utdanning som sykepleier, vernepleier eller omsorgsarbeider, og fortsette å jobbe i helsesektoren.

Den første gruppen var ferdig med åtte ukers praksis 17. desember i fjor og en ny gruppe startet 17. januar i år. Allerede 26. april skal enda en gruppe få prøve hvordan det er å ha et yrke der pleie og omsorg står i sentrum. Mennene har et aldersspenn fra 19 til 45 år. Noen har lang yrkeserfaring, andre ingen. Ingen av dem har bakgrunn fra omsorgsyrker.

**TRIVES BLANT ELDERE:** – I helsevesenet opplever jeg noe nytt hver dag, sier Kristoffer Buran (25), som har tatt spranget fra jobb som maler til rekrutt i helsevesenet. Her er han flankert av fra venstre Ruth Johnsen, Bjørg Skavdal og Hansine Dahl, på Tempe Dagsenter i Trondheim.





**GIR MENN JOBB:** – Vi vil være en døråpner for menn til helsevesenet, og vise at mulighetene er mange om du utdanner deg til sykepleier, vernepleier eller helsefagarbeider, sier prosjektleder Frode Rønsberg.

– Vi ønsker å være en døråpner og gi flere menn en smakebit av helsevesenet. Mange kommer fra typiske mannsdominerte bransjer. En som vil bli sykepleier har tidligere jobbet som veiarbeider, en annen har vært maler og en var kokk som måtte finne seg ny jobb fordi han har matallergi, for å nevne noen, sier Rønsberg, som synes det er bra at også voksne menn deltar i prosjektet.

– Livserfaringen de har med seg kan være positiv i møtet med mennesker som trenger pleie og omsorg, sier han.

#### Mange søkere

Til hver gruppe av rekrutter har det vært omkring 50 søkere, forteller Rønsberg. De best kvalifiserte har blitt innkalt til intervju og blant dem har fire til fem fått praksisplass. Prosjektet skal vare frem til 2012, og innen den tid skal 20 menn ha vært igjennom praksisperioden.

– Mange menn har både interesser og evner som gjør dem egnet for arbeid i omsorgssektoren, og det er disse vi skal få tak i, sier Rønsberg.

– I tillegg erfarer vi at menn rekrutterer menn. Behovet for å ha kolleger å identifisere seg med er viktig og dette er en sentral faktor i arbeidet, forteller prosjektlederen.

En av rekruttene som er ute i praksis nå er Kristoffer

## «Vi erfarer at menn rekrutterer menn.»

*Frode Rønsberg, prosjektleder*

Buran, som har gått fra jobb som maler til en ny hverdag i eldreomsorgen.

– Jeg synes det er spennende å jobbe i helsevesenet. Det handler om å omgås mennesker og bidra til at andre får et bedre liv. Slik var det ikke i min forrige jobb, sier Buran.

I Trondheim kommune skisseres det et bemanningsbehov på om lag 1300 nye stillinger i helsesektoren frem mot år 2035, og Rønsberg håper at langt flere menn vil forstå at det er en sektor med mulighet for interessante jobber også for dem.

Vil du vite mer? Gå inn på prosjektets hjemmeside: [www.mennihelse.no](http://www.mennihelse.no) ■■■

# Du kan få billigere strøm fordi du er medlem av Sykepleierforbundet

Norsk Sykepleierforbund har inngått partneravtale med strømleverandøren LOS. Dette gir deg mulighet til å kutte i dine strømutfgifter.



LOS har landets mest fornøyde strømkunder.  
Norsk Kundebarometer 2010

Send sms <strøm> til 02021, og få tilbud om en god strømvtaale. Du kan også kontakte vårt kundesenter på telefon 02021.



# Lesbiske møter veggen

Lesbiske er blant de som klager mest på diskriminerende holdninger hos svensk helsepersonell.

Tekst **Barth Tholens** Foto **Colourbox**

**E**n kvinne fra Stockholm oppsøkte i fjor en «vårdcentral» – en slags utvidet helsestasjon. Hun ba om å få en vanlig undersøkelse innenfor infertilitetsbehandling, men helsepersonellet nektet. Siden kvinnen oppga at hun var lesbisk, ble hun henvist til Sødgersjukhuset i Stockholm. Der har man et eget mottak for lesbiske kvinner.

Da kvinnen likevel insisterte på å få en undersøkelse, ble hun rett og slett avvist. Det førte til en av svært mange klager på diskriminerende atferd som det svenske likestillings- og diskrimineringsombudet mottok i fjor. Av totalt 169 klager fra pasienter som ombudet mottok i fjor, gjaldt mange klager behandling på sykehus, legesentre og helsestasjoner. Og blant de som føler seg mest støtt av diskriminerende atferd, er gravide lesbiske kvinner.

## – Uventet

– Man forventer en slags iboende godhet hos helsepersonell, kommenterer spesialrådgiver Christine Gilljam ved det svenske likestillings- og diskrimineringsombudet, til Vårdfokus. Hun mener at diskrimineringen ofte ikke er et resultat av dårlige holdninger, men mer av uforstand og feiltolkning av regelverket.

Lesbiske gravide rapporterte blant annet at de i stedet for å snakke om sin graviditet, må bruke mye av tiden på å svare på spørsmål om sin seksuelle legning.

## Forsøker å forebygge

Kvinnen som følte seg avvist av sin egen helsestasjon, har nå anket sin sak videre til Stockholms tingrett, etter at forsøkene på en konfliktløsning strandet. For å forebygge en ny økning av klager, har ombudet nå innledet et samarbeid med det svenske sykepleierforbundet, legeföreningen og kommunenes interesseorganisasjoner. De diskuterer tiltak for å fremme likeverd i pasientomsorgen.

I Norge er det registrert kun 5 klagesaker i 2010 hvor privatpersoner har følt seg rammet av diskriminering i helsetjenester. Det opplyser rådgiver Lars Kolberg i LDO. Fra 2007 til 2010 fikk de 21 klager. ■■■

**VICTOZA**<sup>®</sup>

liraglutid

C Victoza «Novo Nordisk»  
Antidiabetikum.

ATC-nr.: A10B X07

T INJEKSJONSVÆSKE, oppløsning i ferdigfylt penn: 1 ml inneholder: Liraglutid 6 mg, dinatriumfosfatdihydrat, propylenglykol, fenol, vann til injeksjonsvæsker. **Indikasjoner:** Behandling av voksne med diabetes mellitus type 2 for å oppnå glykemisk kontroll: I kombinasjon med metformin eller et sulfonylureapreparat hos pasienter med utilstrekkelig glykemisk kontroll til tross for høyeste tolererte dose med metformin eller sulfonylurea gitt alene. I kombinasjon med metformin og et sulfonylureapreparat eller metformin og et tiazolidindionpreparat hos pasienter med utilstrekkelig glykemisk kontroll til tross for behandling med to preparater. **Dosering:** Injiseres s.c. 1 gang daglig i abdomen, låret eller overarmen. Gis når som helst på dagen på omtrent samme klokkeslett hver dag, uavhengig av måltider. Startdosen er 0,6 mg liraglutid daglig. Etter minst 1 uke bør dosen økes til 1,2 mg. Noen pasienter forventes å ha fordel av en økt dose fra 1,2 mg til 1,8 mg, og basert på klinisk respons kan dosen økes etter minst 1 uke til 1,8 mg for å bedre den glykemiske kontrollen ytterligere. Daglige doser over 1,8 mg anbefales ikke. Skal ikke administreres i.v. eller i.m. Gjeldende dose av metformin og tiazolidindion kan beholdes uforandret. Når preparatet gis i tillegg til sulfonylurea-behandling, bør det vurderes å redusere dosen med sulfonylurea for å redusere risikoen for hypoglykemi. Egenmålinger av blodglukose er ikke nødvendig for å justere liraglutiddosen. Ved oppstart av behandling med preparatet i kombinasjon med et sulfonylureapreparat kan det imidlertid være nødvendig med egenmålinger av blodglukose for å justere dosen av sulfonylureapreparatet. **Eldre >65 år:** Det er ikke nødvendig med dosejustering på grunnlag av alder. Erfaring med behandling hos pasienter  $\geq 75$  år er begrenset. **Nedsatt nyrefunksjon:** Det er ikke nødvendig med dosejustering ved mildt nedsatt nyrefunksjon (kreatininclearance 60-90 ml/minutt). Preparatet kan p.t. ikke anbefales til bruk ved moderat og alvorlig nedsatt nyrefunksjon, inkl. pasienter med terminal nyresykdom. **Nedsatt leverfunksjon:** Anbefales ikke da erfaring p.t. er for begrenset. **Barn <18 år:** Anbefales ikke pga. manglende data vedrørende sikkerhet og effekt. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for noen av innholdstoffene. **Forsiktighetsregler:** Skal ikke brukes ved diabetes mellitus type 1 eller til behandling av diabetisk ketoacidose. Det er begrenset erfaring ved kongestiv hjertesvikt, NYHA klasse I-II og ingen erfaring ved kongestiv hjertesvikt, NYHA klasse III-IV. Det er begrenset erfaring ved inflammatorisk tarmsykdom og diabetisk gastroparese, og preparatet anbefales derfor ikke til disse pasientene. Bruk av preparatet er forbundet med forbigående gastrointestinale bivirkninger, inkl. kvalme, oppkast og diaré. Bruk av GLP-1-analoger er forbundet med risiko for pankreatitt. Det er rapportert få tilfeller av akutt pankreatitt. Pasientene bør informeres om det karakteristiske symptomet på akutt pankreatitt: Vedvarende, kraftig magesmerter. Ved mistanke om pankreatitt, bør preparatet og andre mulige mistenkte legemidler seponeres. Thyroideabivirkninger, inkl. økt kalsitonin i blodet, struma og thyroideaneoplasmie er rapportert, spesielt hos pasienter med allerede eksisterende thyroideasykdom. Kombinasjon med et sulfonylureapreparat kan gi økt risiko for hypoglykemi. Risikoen for hypoglykemi kan reduseres ved å minske dosen av sulfonylurea. Tegn og symptomer på dehydrering, inkl. endret nyrefunksjon er rapportert. Pasienten bør informeres om den potensielle risikoen for dehydrering i forbindelse med gastrointestinale bivirkninger og ta forholdsregler for å unngå væskemangel. **Interaksjoner:** In vitro har liraglutid vist svært lavt potensiale for farmakokinetiske interaksjoner med andre virkestoffer relatert til cytokrom P-450 og plasmaproteinbinding. Den lille forsinkelsen i magetømming som liraglutid medfører, kan påvirke absorpsjon av orale legemidler som tas samtidig. Interaksjonsstudier viste ingen klinisk relevant forsinkelse av absorpsjonen. Noen få pasienter behandlet med liraglutid rapporterte minst én episode med kraftig diaré. Diaré kan påvirke absorpsjon av orale legemidler som tas samtidig. En klinisk relevant interaksjon med virkestoffer med dårlig løselighet eller med smal terapeutisk indeks, slik som warfarin, kan ikke utelukkes. Ved oppstart av liraglutidbehandling hos pasienter på warfarin eller andre kumarinderivater, anbefales hyppigere monitorering av INR. Kombinasjon med insulin er ikke evaluert og anbefales derfor ikke. **Graviditet/Amming: Overgang i placenta:** Det foreligger ikke tilstrekkelige data for bruk hos gravide. Dyrestudier har vist reproduksjonstoksiske effekter. Risikoen for mennesker er ukjent. Preparatet skal ikke brukes under graviditet, i stedet anbefales bruk av insulin. Hvis en pasient ønsker å bli gravid eller blir gravid, skal behandlingen seponeres. **Overgang i morsmelk:** Ukjent. Dyrestudier har vist liten overgang til morsmelk for liraglutid og strukturelt sett lignende metabolitter. Kliniske studier har vist en behandlingsrelatert reduksjon av neonatal vekt hos disse diende rotter. Pga. manglende erfaring, bør ikke preparatet brukes under amming. **Bivirkninger:** De hyppigst rapporterte bivirkningene var gastrointestinale bivirkninger, disse forekommer hyppigere i begynnelsen av behandlingen og reduseres vanligvis i løpet av få dager eller uker med fortsatt behandling. Hypoglykemi: De fleste tilfeller av hypoglykemi var milde. Alvorlig hypoglykemi var mindre vanlig og primært observert med liraglutid kombinert med sulfonylureapreparat (0,2 tilfeller/pasientår). Andre hyppig rapporterte bivirkninger var gastrointestinale, infeksjoner og parasittære bivirkninger. **Ved kombinasjon av liraglutid og metformin: Svært vanlige ( $\geq 1/10$ ):** Gastrointestinale: Kvalme, diaré. Neurologiske: Hodepine. **Vanlige ( $\geq 1/100$  til  $<1/10$ ):** Gastrointestinale: Oppkast, dyspepsi, gastritt. Neurologiske: Svimmelhet. **Stoffskifte/ernæring:** Anoreksi, redusert appetitt. **Ved kombinasjon av liraglutid og glimiperid: Vanlige ( $\geq 1/100$  til  $<1/10$ ):** Gastrointestinale: Kvalme, diaré, oppkast, dyspepsi, obstipasjon, abdominal ubehag. Infeksjoner: Nasofaryngitt. **Stoffskifte/ernæring:** Hypoglykemi, anoreksi. **Ved kombinasjon av liraglutid, metformin og glimiperid: Svært vanlige ( $\geq 1/10$ ):** Gastrointestinale: Kvalme, diaré. **Stoffskifte/ernæring:** Hypoglykemi. **Vanlige ( $\geq 1/100$  til  $<1/10$ ):** Gastrointestinale: Oppkast, dyspepsi, øvre magesmerter, obstipasjon, tannverk. Infeksjoner: Bronkitt. Neurologiske: Hodepine. **Stoffskifte/ernæring:** Anoreksi. **Ved kombinasjon av liraglutid, metformin og rosiglitazon: Svært vanlige ( $\geq 1/10$ ):** Gastrointestinale: Kvalme, diaré, oppkast. **Vanlige ( $\geq 1/100$  til  $<1/10$ ):** Gastrointestinale: Dyspepsi, obstipasjon, flatulens, abdominal distensjon, gastroosfageal refluksusyndrom, viral gastroenteritt. Infeksjoner: Nasofaryngitt. Neurologiske: Hodepine. **Stoffskifte/ernæring:** Hypoglykemi, anoreksi, redusert appetitt. **Øvrige:** Tretthet, pyreksi. **Immunogenisitet:** I gjennomsnitt utviklet 8,6% av pasientene anti-liraglutidantistoffer. Dannelse av slike antistoffer er ikke forbundet med redusert effekt av preparatet. Det er rapportert om få tilfeller av angioedem (0,05%). **Pankreatitt:** Det er rapportert om få tilfeller ( $<0,2\%$ ) av akutt pankreatitt. Reaksjoner på injeksjonsstedet: Reaksjoner på injeksjonsstedet er rapportert hos ca. 2%. Disse reaksjonene har vanligvis vært milde og førte ikke til stopp i behandlingen. Thyroideabivirkninger: Frekvensen i studier med middels og lang varighet var 33,5 (hvorav 5,4 alvorlige) tilfeller pr. 1000 pasientår. De hyppigste thyroideabivirkningene er thyroideaneoplasmie (6,8 tilfeller pr. 1000 pasientår), struma (5,4 tilfeller pr. 1000 pasientår) og økt kalsitonin i blod (10,9 tilfeller pr. 1000 pasientår). **Overdosering/Forgiftning: Symptomer:** Kraftig kvalme og oppkast er sett ved økt overdoseringstilfelle, men ikke hypoglykemi. **Behandling:** Egnede støttebehandling iht. pasientens kliniske tegn og symptomer. **Egenskaper: Klassifisering:** Glukagonlignende peptid-1 (GLP-1)-analog fremstilt ved rekombinant DNA-teknologi, 97% homologt for inkretinhormonet humant GLP-1. **Virkningsmekanisme:** GLP-1-reseptoren er målet for naturlig GLP-1, som forsterker glukoseavhengig insulinutskillelse fra pankreatiske betaceller. Liraglutid har en farmakokinetisk og farmakodynamisk profil som egner seg til administrering 1 gang daglig. Virkningen til liraglutid medieres via en spesifikk interaksjon med GLP-1-reseptorer, noe som gir en økning i cAMP. Ved høy blodglukose blir insulinutskillelse stimulert og glukagonutskillelse hemmet. Omvendt vil liraglutid under hypoglykemi redusere insulinutskillelse og ikke svekke glukagonutskillelse. Mekanisme med blodglukose senking involverer også en mindre forsinkelse i magetømming. Liraglutid reduserer kroppsvekt og mengde kropps fett via mekanismer som involverer redusert sult og nedsatt energinntak. Liraglutidbehandling har vist klinisk og statistisk signifikant forbedring av HbA<sub>1c</sub>, fastende plasmaglukose og postprandial glukose. Studier med liraglutid tyder på forbedret betacellefunksjon og det er vist reduksjon i systolisk blodtrykk. **Absorpsjon:** Langsom, maks. konsentrasjon oppnås etter 8-12 timer. Beregnet maks. liraglutidkonsentrasjon var 9,4 nmol/liter for en s.c. enkeltdose med liraglutid 0,6 mg. Ved 1,8 mg liraglutid ble gjennomsnittlig steady state-konsentrasjon av liraglutid (AUC<sub>0-24</sub>) ca. 34 nmol/liter. Liraglutiddeponeringen økte proporsjonalt med dosen. Den intraindividuelle variasjonskoeffisienten for liraglutid AUC var 11% etter administrering av en enkeltdose. Absolutt biotilgjengelighet er ca. 55%. **Proteinbinding:**  $>98\%$ . **Fordeling:** Tilsynelatende distribusjonsvolum er 11-17 liter. **Halveringstid:** Gjennomsnittlig clearance etter en s.c. enkeltdose er ca. 1,2 liter/tertime med en halveringstid for eliminering på ca. 13 timer. Liraglutiddeponering ble redusert ved mild til moderat nedsatt leverfunksjon og ved nedsatt nyrefunksjon. **Metabolisme:** 24 timer etter administrering av en enkelt dose av radiomerket liraglutid var hovedkomponenten i plasma intakt liraglutid. To mindre plasmametabolitter ble sett ( $\leq 9\%$  og  $\leq 5\%$  av total radioaktivitetskonsentrasjon i plasma). Liraglutid metaboliseres på lignende måte som store proteiner uten at noe spesifikt organ er identifisert som hovedeliminasjonsvei. **Utskillelse:** Intakt liraglutid ble ikke sett i urin eller feces etter en radiomerket liraglutiddose. Kun en mindre del av administrert radioaktivitet ble utskilt som liraglutidrelaterte metabolitter i urin eller feces (hhv. 6% og 5%). Radioaktiviteten i urin og feces ble hovedsakelig skilt ut i løpet av de første 6-8 dagene og korresponderte med 3 mindre metabolitter. **Oppbevaring og holdbarhet:** Oppbevares ved 2-8°C (i kjøleskap). Holdes borte fra fryseeksjonen. Skal ikke fryses. La hetten sitte på pennen for å beskytte mot lys. Etter første gangs bruk: Oppbevares ved høyst 30°C eller ved 2-8°C (i kjøleskap) i maks. 1 måned. **Andre opplysninger:** Opplysning som ikke fremstår klar og fargeløs skal ikke brukes. Preparat som har vært frosset skal ikke brukes. Utformet til bruk sammen med NovoFine engangs nåler med lengde opptil 8 mm. **Blandbarhet:** Skal ikke blandes med andre legemidler. **Pakninger og priser:** 3 x 3 ml (ferdigfylt penn) kr 1484,30.

**Refusjon: Refusjonsberettiget bruk:** Behandling av type 2 diabetes mellitus i kombinasjon med metformin og/eller sulfonylurea hos pasienter som ikke har oppnådd tilstrekkelig glykemisk kontroll på høyeste tolererte dose av disse legemidlene. **Refusjonskode:**

ICPC	Vilkår nr	ICD	Vilkår nr
T90	Diabetes ikke-insulinavhengig 191	E11	Diabetes mellitus type II 191

**Vilkår:** (191) - Kun til pasienter med betydelig overvekt (tilsvarende BMI lik eller over 30 for de med europeisk avstamning), og - Kun til pasienter hvor insulin ville vært alternativet, og - Kun til pasienter som oppnår et vekttap på 3% eller mer på 1 år og 5% eller mer på 2 år.

Sist endret: 17.01.2011 Pris per februar 2011

**Novo Nordisk Scandinavia AS**  
Postboks 24, 1309 Rud • www.novonordisk.no



**Nyhet**  
Refusjonsberettiget  
med vilkår  
Fra 1. februar 2011

**Victoza® ved type 2-diabetes gjør  
mer enn å senke blodglukose**

# Grip diabetes ved røttene

- Signifikant reduksjon i HbA<sub>1c</sub><sup>1</sup>
- Signifikant reduksjon i vekt<sup>1</sup>
- Reduksjon i systolisk blodtrykk<sup>2</sup>
- Bedring av betacelle-funksjonen<sup>3</sup>

**Victoza® injiseres en gang daglig**

**VICTOZA®**  
liraglutid

**Refusjon:** Refusjonsberettiget bruk: Behandling av type 2 diabetes mellitus i kombinasjon med metformin og/eller sulfonylurea hos pasienter som ikke har oppnådd tilstrekkelig glykemisk kontroll på høyeste tolererte dose av disse legemidlene.  
**Refusjonskode:**

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

**Vilkår:** (191) - Kun til pasienter med betydelig overvekt (tilsvarende BMI lik eller over 30 for de med europeisk avstamning), og - Kun til pasienter hvor insulin ville vært alternativet, og - Kun til pasienter som oppnår et vekttap på 3% eller mer på 1 år og 5% eller mer på 2 år.

Ref

1. Nauck M et al. Efficacy and Safety Comparison of Liraglutide, Glimepiride, and Placebo, All in Combination With Metformin, in Type 2 Diabetes. Diabetes Care 2009; 32: 84-90
2. Zinman B et al. Efficacy and Safety of the Human Glucagon-Like Peptide-1 Analog Liraglutide in Combination With Metformin and Thiazolidinedione in Patients With Type 2 Diabetes (LEAD-4 Met+TZD). Diabetes Care 2009; 32: 1224-30
3. Chang AM et al. The GLP-1 Derivative NN2211 Restores Beta-Cell Sensitivity to Glucose in Type 2 Diabetic Patients After a Single Dose. Diabetes 2003; 52: 1786-91

# Sykepleier hjelper sexkunder

Menn i Oslo som kjøper sex har fått et nytt tilbud: Veiledning og smittesjekk av sykepleier Lennart Lock. Tekst og foto Marit Fonn

**N**oen dager etter oppstart av tilbudet i februar, har 23 bestilt time.

– I går hadde fire bestilt time. To uteble, to kom. De hadde høye skuldre da de kom, men slappet av da de gikk, forteller Lennart Lock i lokalene i Akersgaten i Oslo.

Begge har bestilt ny time og begge sjekket seg for smitte.

## Snakker ikke om sexkjøp

Det er Reform, et ressurscenter for menn, som nå tilbyr å hjelpe sexkjøpere med tiltaket KAST (Kjøp Av Seksuelle Tjenester).

Tilbudet er fortrinnsvis for menn. Men også partnere til sexkunder kan komme.

– Man tror at sexkjøpere er perverse griser. Men for mange handler det om lengsler og savn. De ønsker en relasjon, men tror ikke de er attraktive nok. Selv om de er helt alminnelig flotte karer.

Sexkjøp dreier seg ofte om manglende mestring av seksuelle relasjoner.

– De fleste som har et velfungerende sexliv, kjøper ikke sex.

Å kjøpe sex er underlagt mye skam og tabu:

– Menn snakker ikke om at de kjøper sex. Det undertrykker refleksjonen. Får man løftet på lokket av skam, begynner tankene å komme, og følelsene kommer etter.

Mange kommer fram til at det finnes bedre måter å ha et godt sexliv på.

– Noen velger sexkjøp som en slags utvei når ting blir vanskelig.

## Flukt fra angst

Det handler også om å seksualisere angst og frustrasjon.

– Menn har ofte ikke et vokabular for følelser, og for noen er sexkjøp en flukt.

Sex kan dempe angst, men så kommer ubehaget tilbake. Lock vil hjelpe disse mennene til å finne andre måter å mestre vanskelige følelser på.

Å kjøpe sex for å få bekreftelse er vanlig:

– Men det er en illusjon om at noen bryr seg, og skammen kommer fort.

Noen kjøper sex fordi de ikke får det hjemme, eller de har spesielle preferanser.

– Kanskje har de lyst på SM, men tør ikke spørre kona. Men partnerne er ofte rausere. Og

kanskje er ikke behovet så stort når man får sagt det.

## Moraliserer ikke

Lock spør ikke: «Hvorfor kjøper du sex?» Det er konfronterende.

– Viktigere er det å spørre: «Hva betyr det for deg? Har du det godt med det?» Vi vil snu stress til mestring.

Han understreker at dette ikke er et moraliserende tilbud.

– Vi møter kundene på deres premisser og skaper trygge rammer. Endring i holdning og atferd kommer ikke utenfra. Men mange har doble følelser knyttet til det.

## Smittesjekk

Han viser til at sexkundene ikke oppsøker fastlegen for å snakke om dette.

– De ønsker ikke å avsløre at de kjøper sex. De skal ha en langvarig relasjon til legen sin. De gjør jo dessuten noe ulovlig.

Lock mener at smittesjekk er en naturlig del av tilbudet.

– Etterspørselen etter sex uten kondom er økende. Sexkjøperen utsetter seg selv, den prostituerte, andre kunder pluss egen og den prostituertes partner for smitte av for eksempel hiv.

Her kan de få gratis kondomer. De skal slippe å forklare seg.

– Vi kan behandle klamydia, gonoré og mykoplasma. Hiv, hepatitt og syfilis behandles på Ullevål sykehus.

## Ble sugd uten kondom

Lock er sexologisk rådgiver med flere års erfaring med prostitusjonsfeltet, blant annet fra helseavdelingen på Pro-senteret.

På nettsiden [www.kast-norge.no](http://www.kast-norge.no) kan man bestille time anonymt.

– Lav terskel er kjernen i dette tilbudet, sier Lock.

Nesten alle timene neste uke er opptatt allerede. På nett kan man også stille spørsmål om sexkjøp og hver tirsdag kan man chatte.

«Hvor stor er sjansen for å bli hiv-smittet av bli sugd uten kondom?» spurte en sexkunde denne uken.

Lock svarte at risikoen er lav. Men han kan bli smittet av klamydia og gonoré. ■■■

### SEXVEILEDER:

I Akersgaten og på nett kan sexkjøpere treffe Lennart Lock. Han ser gjerne at også sykepleiere bruker ham som ressursperson.







# Verv og vinn!

Nå har du muligheten til å styrke NSF, samtidig som du kan vinne flotte vervepremier. NSF er en slagkraftig fagorganisasjon som arbeider nasjonalt og lokalt for sykepleiere, spesialisykepleiere, jordmødre og helsesøstre. Vi kjenner ditt yrke og jobber for deg!

## Hva koster medlemskap i NSF?

Kontingent for medlem i arbeid er 1,45% av brutto lønn. Maks kr 383,- per mnd. + ev. obligatorisk Livsforsikringspakke Kr. 128,- per mnd. Nyutdannede har halv kontingent i de to første år etter endt utdanning. Les om fordelene nedenfor.

## Dine medlemsfordeler er:

- Et stort og slagkraftig **felleskap**
- Tilbud om medlemskap i 33 **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**
- **Eget forsikringskontor** med forsikringsordninger til medlemspris
- Gunstige tilbud på **banktjenester** i DnB NOR
- **Sparing og kreditt** med NSF's Unique konto
- **Bensinrabatt** hos Esso
- **Eurocard Gold** hos Europay
- Tilgang til NSF's **nettbutikk** med medlemsprodukter
- Tilbud om **gratis medlemskap** i Landslaget for offentlige pensjonister (LOP)
- Fordelaktig mobilavtale med Telenor



**Verv 3**

3 verving: Leatherman verktøy



**Verv 1**

**Verv 1**

1 verving: Brødpote sort

1 verving: Brødpote pistasje



**Verv 4**

4 verving: iPod Nano 8 gb (siste modell).



**Verv 1**

1 verving: Termos



**Verv 2**

2 verving: Bok. Sår



**Verv 2**

2 verving: Bok: Godt Rett Rettfærdig



**Verv 2**

2 verving: Grand Cru 3 skåler

VENNLIGST BRUK BLOKKBOKSTAVER

Ververs navn: \_\_\_\_\_ Ververens medlemsnr.: \_\_\_\_\_

Navn på nytt medlem: \_\_\_\_\_

Har du vært medlem tidligere? \_\_\_\_\_ Tidsrom: \_\_\_\_\_

Fødselsnummer (11 siffer) \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Postnr: \_\_\_\_\_ Poststed: \_\_\_\_\_

E-post: \_\_\_\_\_

Telefon privat: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

Eksamensdato: \_\_\_\_\_

Sykepleierhøgskole/sted: \_\_\_\_\_

Arbeidsgiver: \_\_\_\_\_

Arbeidssted: \_\_\_\_\_

Ansatt dato: \_\_\_\_\_

Avdeling: \_\_\_\_\_

Stillingsbenevnelse: \_\_\_\_\_

Medlemmer i lønnet arbeid innbetaler kontingenten ved månedlige trekk i lønn

## Kryss av:

- Brødpote Sort
- Brødpote Pistasje
- Brødpote Sort/Sand
- Termos
- Jeg sparer vervingen

Vervepremiene gjelder ikke for verving av studentmedlemmer

Vervepremie sendes i posten etter at innmeldingen er godkjent.

VERVEKUPONG

# Norge mot resten

De nye norske retningslinjene for overtidige svangerskap er særnorske. De følger fremdeles ikke internasjonale retningslinjer. Tekst **Eivor Hofstad** Foto **Erik M Sundt**

**H**vert år de siste ti årene har det i snitt dødd elleve barn i Norge hos gravide som har gått på overtid. Spørsmålet er om vi kunne ha forebygget flestparten av disse dødsfallene ved å følge internasjonale retningslinjer og kunnskapsoppsummeringer. I så fall må vi tilby alle gravide igangsetting av fødsel (induksjon) allerede i uken før de går overtid, altså en uke etter termin.

## Ba om nye retningslinjer

Inntil nylig har de norske retningslinjene for overtidige svangerskap sagt at første overtidskontroll skal være etter 42 uker, og tilbud om induksjon skal gis etter 43 uker hvis alt ellers står bra til.

– Vi påpekte at disse retningslinjene var utdaterte, og sendte en bekymringsmelding til Helsedirektoratet om dette for et år siden, sier spesialist på dødfødsler og avdelingsdirektør ved Folkehelseinstituttet, Frederik Frøen.

Folkehelsa ønsket retningslinjer i tråd med kunnskapsoppsummeringer fra autoritative kilder (se faktaboks) som alle sier at kvinner skal vurderes en uke over termin og selv få velge om de vil ha igangsatt fødselen før de går overtid. Det praktiseres i Tyskland, Nederland, Frank-

rike, Storbritannia, Canada, USA, Australia og New Zealand. Danmark endrer antakelig sine retningslinjer mens dette trykkes.

Helsedirektoratet ba Kunnskapscenteret om å gjøre en oppsummering på området for et år siden.

– Vi svarte at det var lite hensiktsmessig å gjøre det, siden det allerede var gjort internasjonalt, sier Liv Merete Reinart i Kunnskapscenteret.

## Fikk lite nytt

Før jul kom det oppdaterte retningslinjer fra Norsk gynekologisk forening, men Frøen er fremdeles ikke fornøyd.

– De er ikke kunnskapsbaserte. De har faktafeil og følger ikke internasjonal forskning, sier han.

I de nye retningslinjene står det at kvinnen bør tilbyes en vurdering ved 290-294 dager, dermed er de vide nok til at sykehus kan velge å gjøre alt som før. Det oppgis ingen grense for når en fødsel seinest bør igangsettes, ergo er det fremdeles fritt frem for å la kvinnene gå opptil 43 uker. Det står også at det er legen som skal ta den endelige beslutningen om induksjon.

– Det er ikke helt i tråd med pasientrettighets-

loven. Pasienten har rett til å velge når man har to behandlingsformer som fremstår som likeverdige, sier Frøen.

Hans Petter Aarseth i Helsedirektoratet er involvert i arbeidet med å lage nye helhetlige retningslinjer for svangerskaps-, barsel- og fødselsomsorgen. Han er foreløpig fornøyd med revideringen som Norsk gynekologisk forening har gjort.

– Vi synes resultatet er tilfredsstillende. Fødeavdelingene skal overta svangerskapskontrollen en uke etter termin, og gjennom tett oppfølging hver andre til tredje dag skal man klare å fange opp dem med risiko for fosterdød, sier han.

## Bivirkninger ved begge valg

Frederik Frøen påpeker at det ikke står klart at fødeavdelingen skal overta kontrollen etter en uke, og frykter at praksisen kan ta liv.

– Ett av 400 barn dør i overtidsuken vi snakker om, enten under svangerskap, fødsel eller innen første leveuke. Jeg tror du skal leite lenge etter de foreldre som vil omtale et dødsfall i uka blant 400 barn som lav risiko eller veldig trygt, sier han og henviser til de internasjonale studiene som har vist at man kan redde to av

## Verv og vinn!



Norsk Sykepleierforbund  
Svarsending 1016  
0090 Oslo

VERVEKUPONG



**INDUKSJONISTEN:** Jakob Nakling ved Sykehuset Innlandet, har fulgt internasjonale anbefalinger siden 2004 og har ikke hatt noen intrauterine dødsfall siden. Nå har også St. Olavs hospital, Oslo Universitetssykehus, Sykehuset Buskerud i Drammen og Helse Finnmark kommet etter. Ved Haukeland universitetssykehus går de gravide lengst, opptil tre uker over termin.

tre barn ved tilbud om induksjon en uke etter termin.

– Omtrent sju stykker i året?

– Det er vanskelig å gi et konkret tall, flertallet hadde nok blitt reddet. I tillegg hadde vi fått færre komplikasjoner, keisersnitt og større mødretilfredshet, sier Frøen.

– Induksjon har også risiko for bivirkninger. Vi frykter særlig ukontrollert fødsel med komplikasjoner som hjerneskadene. Hvis kvinnene skal få velge om de vil ha induksjon en uke etter termin, må de i hvert fall få god nok informasjon om bivirkningene ved begge valg, innvender Aarseth.

– Det er mer komplikasjoner med overtid enn med induksjon, det er jo det alle de internasjonale studiene har vist, påpeker Frøen.

#### 15 000 eller under 7300?

Overlege ved Kvinneklinikken ved Haukeland Universitetssykehus, Kåre Augensen, uttalte nylig til NRK at hvis man skal indusere alle en uke etter termin, ville det bli 15 000 induksjoner i året.

– Det synes vi ikke er riktig bruk av vår tid, kompetanse og ressurser, sa han, til tross for at flere studier har vist at tilbudet om induksjon er ressursbesparende for samfunnet.

– 15 000 er helt feil tall. Det har aldri vært snakk om å indusere alle etter en uke, men å gi kvinnene tilbud om det. Hvis alle takker ja på dag åtte etter ultralydtermin, vil tallet bli nærmere 7 300. Men mange vil velge å vente et par dager, repliserer Frøen.

Aarseth sier det kan være en tanke å ha et møte mellom Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet og gynekologene.

– Jeg tror man kommuniserer litt forbi hverandre og har kanskje ikke de samme definisjoner på alle begrep, sier han.

Jakob Nakling, fødselslege ved Sykehuset Innlandet, Lillehammer, er en av dem som følger de internasjonale anbefalingene, men har også vært med på å lage de norske retningslinjene.

– Hadde man hatt et endelig og sikkert svar i denne saken, hadde man naturligvis gått for det, sier han. ■■■

#### Overtid og termin

› Overtid defineres som over 294 dager (42 uker), ifølge WHO.

› Termin defineres ulikt på norske sykehus. Enten etter 282 eller 283 dagers svangerskap.

#### Internasjonale anbefalinger

Disse anbefaler vurdering og tilbud om induksjon etter en uke over termin:

› BMJ Best Practice, UpToDate, WHOs Reproductive Health Library, Cochrane Library, britiske NICE og amerikanske Agency for Healthcare Research and Quality.

# HAR DU LYST PÅ EN FORANDRING? HAR DU LYST TIL Å HJELPE ANDRE MENNESKER MED ALTERNATIV MEDISIN?

DA KAN UTDANNELSE ELLER KURS HOS BIO MEDICUS  
AKADEMIET VÆRE VEIEN TIL Å REALISERE DRØMMEN!

Vi har utdannelse i:

- Akupunktur
- Naturmedisinsk Aromaterapi
- Kraniosakralterapi
- Kinesiologi
- Soneterapi/øreakupunktur
- Klassisk dybdemassasje

Vi har kurs i:

- Akupressur/ Shiatsu massasje
- Aromamassasje/ Antistress
- Ernæring
- Lymfedrenasje
- Klassisk muskelmassasje
- Meridianmassasje
- Massasje med varme lavasteiner
- Kroppsbehandlinger
- Hudpleie
- Spabehandlinger

For mer informasjon om utdannelsene og kursene, samt oppstartsdatoer gå inn på vår webside [www.biomedicusakademiet.no](http://www.biomedicusakademiet.no) eller ta kontakt på tlf eller epost.



BIO MEDICUS AKADEMIET

NORGES STØRSTE SKOLE INNEN ALTERNATIV MEDISIN  
KURSVIRKSOMHET SIDEN 1981

Bio Medicus Akademiet, Krumgt. 7, 0170 Oslo  
Tlf: 22 93 13 40, Fax 22 59 99 88  
post@biomedicusakademiet.no - [www.biomedicusakademiet.no](http://www.biomedicusakademiet.no)

# Urimelige lønns-gap

– Industrifunksjonærene får rundt 150 000 kroner mer enn tilsvarende grupper i offentlig sektor. Dette er et urimelig stort lønns-gap, mener Anders Folkestad. Tekst Bjørn Arild Østby

**U**nio-lederen er bekymret for utviklingen tallene fra Det tekniske beregningsutvalget (TBU) viser.

– Arbeidsgiverorganisasjonen Norsk Industri må feie for egen dør og ikke kritisere offentlig sektor dersom de er bekymret for industriens konkurransekraft. Mens industrien lander på 4 prosent var lønnsveksten i offentlig sektor mellom 3,5 og 3,75 prosent i 2010, sier han.

## Mest til industrien

De siste fem årene har lønnsutviklingen vært tilnærmet den samme for de aller fleste. Men i 2010 har industrien hatt høyere lønnsvekst enn offentlig sektor.

– Under fjorårets lønnsoppgjør ble vi stadig minnet på at det var krise og at lønnsveksten måtte

## TBU

Det tekniske beregningsutvalget for inntektsoppgjørene (TBU) gir årlig oversikt over lønninger, priser og konkurransevne. Utvalgets rapporter legger en stor del av det tallmessige grunnlaget for lønnsoppgjørene.

– At industrifunksjonærene tjener rundt 150 000 kroner mer enn tilsvarende grupper i offentlig sektor er helt urimelig. Industriens folk er ikke i posisjon til å kritisere nivået eller lønnsutviklingen i offentlig sektor, sier Folkestad.

– TBU-tallene viser at frontfaget verken er eller kan være fasit for resten av arbeidslivet i årets mellomoppgjør. Frontfaget presenterte et resultat på tre prosent våren 2010, men ender altså opp på 4 prosent.

Frontfagsmodellen innebærer at konkurranseutsatt industri går foran og bestemmer lønnsveksten for de andre oppgjørene.

## Nytt mellomoppgjør

Foran vårens mellomoppgjør har både NHO og KS gått ut og varslet nullopptjør.

– Det er altfor lett vint nærmest å avlyse årets forhandlinger. Det er uansvarlig av KS å se frontfaget som en endelig ramme for kommunesektoren. Da tar man ikke rekrutteringsutfordringen og like-lønnsutfordringen i kommunene på alvor, sier Unios forhandlingsleder i KS-området, Mimi Bjerkestrand, til Kommunal Rapport. ■■■

## Dalacin Pfizer

Antiinfektivum til gynekologisk bruk. ATC-nr.: G01A A10

VAGINALKREM 2%: 1 g inneholdt: Clindamycin. phosph. aeqv. clindamycin. 20 mg, sorb. monostear., polysorb. 60, propylenglycol. 50 mg, acid. stearic., alcohol cetostearylic., cetylal., paraffin. liquid., alcohol benzylic. 10 mg, aqua steril. q.s. ad 1 g.

VAGITORIER 100 mg: Hver vagitorie inneholdt: Clindamycin. phosph. aeqv. clindamycin. 100 mg, adeps solid. q.s. ad 2,5 g.

**Indikasjoner:** Bakteriell vaginose.

**Dosering:** Vaginalkrem: En fylt applikator (5 g) intravaginalt hver kveld i 7 dager. Vagitorier: 1 vagitorie intravaginalt hver kveld i 3 dager.

**Kontraindikasjoner:** Hypersensitivitet for preparater som inneholder klindamycin, linkomycin eller hardfett (vagitorier).

**Forsiktighetsregler:** Før eller etter at behandlingen påbegynnes bør det tas laboratorieprøver for å teste på mulige andre infeksjoner som Trichomonas vaginalis, Candida albicans, Chlamydia trachomatis og gonokokkinfeksjoner. Bruk av klindamycin intravaginalt kan gi økt vekst av ikke-følsomme organismer, spesielt sopp. Hvis betydelig eller langvarig diaré inntreffer, må legemidlet seponeres og nødvendig behandling gis. Betydelig diaré som kan opptre mange uker etter avsluttet behandling, skal behandles som om den er antibiotikarelatert. Moderat diaré avtar ved seponering av behandlingen. Samleie frarådes under behandlingen. Lateksdommer og latekspressar kan svekkes i kontakt med innholdstoffene i preparatene. Tamponger eller intimspray bør ikke anvendes under behandlingen. Sikkerhet og effekt er ikke undersøkt hos kvinner <16 år eller >65 år, gravide, ammende, kvinner med nedsatt nyre- eller leverfunksjon, kvinner med immunsvikt eller kolitt.

**Graviditet/Amming:** Overgang i placenta: Preparatet anbefales ikke brukt i 1. trimester. Det er vist at bruk av klindamycin vaginalkrem hos gravide i 2. trimester og systemisk tilført klindamycinfosfat i 2. og 3. trimester ikke er assosiert med fosterskader. Vagitoriene kan derfor brukes under 2. og 3. trimester dersom det er et klart behov for det. Overgang i morsmelk: Ukjent. Preparatet bør ikke brukes under amming.

**Bivirkninger:** Hyppige (>1/100): Urogenitale: Vaginitt, lokal irritasjon, vaginal Candidainfeksjon. Mindre hyppige: Gastrointestinale: Diaré, kvalme, forstoppelse, mavesmerter. Hud: Urticaria, pruritus, utslett. Urogenitale: Vaginal utflod, menstruasjonsforstyrrelser, smerter på applikasjonsstedet. Øvrige: Svimmelhet, hodepine, soppinfeksjoner.

**Overdosering/Forgiftning:** Se Giftinformasjonens anbefalinger for klindamycin J01F F01.

**Egenskaper:** Klassifisering: Klindamycinfosfat er en vannløselig ester av det semisyntetiske antibiotikum klindamycin. Virkningsmekanisme: Bakteriostatisk eller baktericid effekt ved å hindre bakterienes proteinsyntese. Klindamycin er vist å ha in vitro aktivitet mot følgende bakterier som er assosiert med bakteriell vaginitt: Gardnerella vaginalis, Mobiluncus spp., Bacteroides spp., Mycoplasma hominis, Peptostreptococcus spp.

Absorpsjon:

Vaginalkrem: Ca. 4% (varierer mellom 0,6-10%) absorberes

systemisk. Vagitorier: Ca. 30% (varierer mellom 6,5-70%).

Oppbevaring og holdbarhet: Skal oppbevares <25°C.

Pakninger og priser: Vaginalkrem: 40 g (tube m/7 engangsapplikatorer) kr 167,20. Vagitorier: 3 stk. kr 191,40.

Sist endret: 27.01.2004

E2010-1542

## «Norsk Industri må feie for egen dør.»

ned for alle. Og da privat sektor var ferdig med sine forhandlinger fikk vi høre at norsk økonomi ikke tålte mer enn 3 prosent lønnsøkning, og at offentlig sektor måtte innordne seg etter det. Så ser vi at industrifunksjonærene fikk økt lønna med 4,25 prosent, sier Folkestad.

Kommuneansatte har hatt en lønnsvekst i fjor på 3,6 prosent, mens ansatte i spesialisthelsetjenesten har hatt en lønnsvekst på 3,1 prosent ifølge SSB.

Pfizer AS - Postboks 3 - 1324 Lysaker

Telefon 67526100 - Telefax 67526192 - www.pfizer.no

# Sopp eller bakteriell vaginose?

## Kjennetegn<sup>2</sup>:

### Soppinfeksjon

- Hvit, grynete utflod som ligner "cottage cheese"
- Sterk kløe, noe sårhet

### Bakteriell vaginose

- Tyntflytende, **fiskeluktende utflod**
- Svie og kløe er mindre vanlig

## Effektiv lokalbehandling av

bakteriell vaginose på

**kun 3 dager<sup>1</sup>**

med Dalacin Vagitorier



# Snille arbeidstakere blir utnyttet

– Mange ansatte i pleie og omsorg er «snille» og strekker seg langt i å utføre skjulte tjenester for å tilfredsstille brukernes behov.

Tekst Bjørn Arild Østby Foto Høgskolen i Østfold

Jörg Kirchhoff har i sin doktorgradsavhandling studert hvilke konsekvenser innføring av bestiller/utførermodellen på 90-tallet har hatt for ansatte i pleie- og omsorgssektoren.

– Avhandlingen viser at ansatte i mange tilfeller utfører tilleggstjenester som avviker fra

Eksempel på skjult arbeid kan være at ansatte utfører oppgaver for brukerne som de egentlig ikke har vedtak på.

## Sterke normer

I avhandling tok forskeren utgangspunkt i to

alle ansatte utførte arbeid som verken var dokumentert eller ønsket fra organisasjonens side, i tillegg til det formelle arbeid.

– Grunnen til at ansatte utfører skjulte tjenester er at de, i møtet med brukerne tyr til uskrevne regler som er sterkere enn organisasjonens regelverk, men som legitimerer de ansattes ordrenekt, ifølge forskeren.

– Det er uheldig at arbeidsoppgaver er skjult. Noen ansatte er fleksible eller «snille» og blir utnyttet, når de strekker seg langt i å utføre skjulte tjenester for å tilfredsstille brukernes behov, sier Kirchhoff.

## «Det er uheldig at arbeidsoppgaver er skjult.»

Jörg Kirchhoff



arbeidskontrakten. Avvikene blir aldri bokført, eller dokumentert på annen måte, og framstår derfor som skjulte tjenester, sier Kirchhoff.

kommuner som brukte bestiller/utførermodellen for å organisere sine virksomheter, deriblant de hjemmebaserte tjenestene. Det viste seg at

## Andre bør overta

Hjemmehjelperne som ble intervjuet syntes innføring av arbeidsregulering gjennom bestiller/utførermodellen var positiv, og gjorde det lettere for dem å sette grenser for brukerne. Sykepleierne derimot ønsket friheten til å bestemme selv. ■■■



## Nye Silentia Silver Line

Silentia Silver Line er en videreutvikling av Silentia-skjermen som er vel kjent på markedet. Den nye modellen er resultat av en omfattende nyutvikling hvor en rekke komponenter er endret og forbedret. Dette gjelder såvel design som konstruksjon og kvalitet. Grunnideen er imidlertid fortsatt den samme som hos forgjengeren. Silentia Silver Line kan benyttes alle steder hvor man ønsker en rask avskjerming, som f.eks. i et pasientrom, på en intensiv- eller oppvåkingsavdeling



- Hygienisk - Enkelt renhold
- Alltid på plass - Veggmontert.
- Stenger ikke for dagslyset .
- Tar liten plass når den ikke er i bruk.
- Ikke i veien for takløftere eller annet takhengt utstyr



Avalon Medical AS • Postboks 6589 Etterstad 0607 Oslo  
Tlf. 23036370 • Fax. 23036371 • Mail: avamed@online.no

# Oline Hesselberg

Alder: 28 år

Aktuell som: Tillitsvalgt sykepleier i Norsk Sykepleierforbund (NSF) på Ammerudlunden sykehjem.

### BAKGRUNN:

NRK Dagsrevyen fortalte om ulovlige forhold på Adecco-drevne Ammerudlunden sykehjem, som tidligere har fått priser og honnør av politikere. Ansatte jobbet opp til 84 timer i uken uten overtidsbetaling og overnattet i kjelleren. Et etisk dilemma å gå på jobben, sa Oline Hesselberg til NRK. Hun nådde ikke fram da hun varslet ledelsen om ulovlige forhold. Flere andre Adecco-drevne sykehjem har også drevet ulovlig.

# Sa fra om Adecco-lovbrudd

### Varslet du NRK?

– Etter å ha forsøkt å varsle ledelsen uten hell, henvendte jeg meg til NSF, som igjen tipset NRK. Det er min plikt som sykepleier og tillitsvalgt å rapportere om lovbrudd.

### Hvordan synes du mediene har håndtert saken?

– Jeg er glad for at det har dreid seg om arbeidsforholdene. De er blitt skildret riktig.

### Hva var egentlig lovbruddene?

– Ansatte jobbet altfor mange timer i uken og fikk bare betalt ordinær timelønn. Bomberommet de sov i er ikke godkjent som soveplass. Turnusene var også full av doble vakter.

### Hvor lenge har du jobbet der?

– Siden 2009. Jeg hadde svangerskapspermisjon et år og ble tillitsvalgt i august 2010.

### Hvordan har det vært?

– Spennende. Og lærerikt. Da jeg var på kurs i NSF, skjønte jeg hvor ille forholdene var.

### Hva gjorde du da?

– Jeg fikk hjelp til hvordan jeg skulle gå fram overfor ledelsen for å formidle min bekymring. Det var frustrerende ikke å komme noen vei.

### Er de ansatte organiserte?

– Mange er i Fagforbundet. Fem er i NSF.

### Mange utlendinger?

– Veldig mange. Mange østeuropeere og svenker, og en del filippinere.

### Hvordan kunne dette skje?

– Vanskelig spørsmål. Ledelsen har presentert et fritt system der de ansatte kan jobbe så mye de vil og ta fri når de vil. Men så lenge det er såkalt frivillig, betales ikke overtid.

### Og dette kalles ønsketurnus?

– Ja. Men det har ikke vært en formell grunnturnus i bunn. De har holdt på i ni år. Det er en enorm kraft i en kultur som danner seg og får aksept på en arbeidsplass.

### Skremmer det deg?

– Det forteller i alle fall at det gjelder å ha friske øyne og impulser utenfra. Det gjelder også kommunale arbeidsplasser.



### Hvilket syn har du på privatdrevne sykehjem?

– For meg handler ikke dette om Adecco eller privat drift. Kun om forholdene på Ammerudlunden, uavhengig av hvem som driver. I utgangspunktet er jeg positiv til privatisering.

### Har du endret syn?

– Nei. Jeg tror mange private driver lovlig. Men jeg er blitt mer bevisst at man må sette foten ned når det er nødvendig.

### Hvordan har pasientene det på Ammerudlunden?

– Stort sett veldig bra, tror jeg. De sier de er fornøyde. Men arbeidsmiljøloven er jo til for å beskytte både dem som mottar og yter pleie. Det er en grunn til at du ikke skal jobbe mer enn 40 timer uken.

### Jobber du selv overtid?

– Nei, jeg har mann og barn og synes det er mer enn nok å jobbe 100 prosent.

### Hvordan har mediekjøret vært for deg?

– Jeg har det bra. Jeg har fått god støtte og veiledning fra NSF.

### Hva skjer nå?

– Jeg skal ut i ny svangerskapspermisjon i mai. Til da skal jeg følge godt med. Nå blir det jo ny arbeidsgiver. Kommunen tar over.

### Ser du politiske poeng i saken?

– Det politiske er ikke viktig for meg. Det viktige er at arbeidsplassen fungerer.

### Fått refs fra ledelsen?

– Nei. Og de fleste ansatte vil ha lovlige, trygge forhold. Jeg har fått mange positive henvendelser fra dem. Jeg vet at noen ikke er positive, men dem hører jeg ikke fra.

### De ville fortsette som før?

– Ja.

Tekst og foto Marit Fonn

**Forlot tall  
og data-  
maskiner.**



**Trosset foreldrene.**

**Ville ha det gøy  
på jobben.**



**— Derfor ble jeg**



**Droppet  
bank og børs.**

**Hørte på svigerfar.**



**Skulle redde  
verden.**



**sykepleier**

De valgte samme yrke.  
Les hvorfor.





**GLØD:** Barn. Energi. En herlig kombinasjon, synes Jostein Kristoffersen, som ikke lot seg skremme da han selv var pasient.

# Var syk, fant drømmejobben

**Jostein Kristoffersen** (25) hadde lymfekreft som barn. Derfor er han nå barnesykepleier. Tekst Marit Fonn Foto Bjørn Erik Rygg Lunde



**Jostein Kristoffersen**  
Jobber på barnemedisinsk avdeling, Nordlandssykehuset Bodø.  
Ble sykepleier i 2007.

flere måneder hadde Jostein Kristoffersen fra Stjørdal hatt en klump på halsen. Legene fant ikke ut av det. De tok en prøve. 11-åringen fikk diagnosen: Kreft.

Den aktive gutten, som særlig var god til å gå på ski, ble innlagt på sykehuset i Trondheim i juli 1997. Han syntes det var litt merkelig: Han følte seg frisk, men de sa han var syk. Han fikk medisin – og ble dårlig. Men han funderte ikke så mye over det mens han fikk cellegift, tenkte bare at han ville bli frisk.

Like før jul fant de fortsatt lymfekreft i halsen. Nå ble den angrepet med 20 strålebehandlinger. Med venekateter under huden ble det verken gym eller fotball i friminuttet. Men han klaget ikke. Neste vinter ble det oppdaget spredning. Til magen.

Han ble en av de yngste som skulle få stamcellebehandling i Bergen. Beinmargen ble stimulert så man kunne ta ut stamceller som ble fryst ned. Han fikk noen steintøffe cellegiftkurer – og så tilbake sine egne stamceller.

– Det var som å sette på en reset-knapp, jeg måtte bygges opp på nytt. Jeg fikk vannkopper for andre gang, og måtte ta om igjen barnevaksinene, forteller han.

Men siden har han vært frisk.

## Artig på jobben

Kristoffersen ser nå at han har legning for å tenke positivt. Han

gledet seg til å komme på sykehuset, det var så artig – han fikk blåse tyggegummibobler, se film, spille tv-spill.

– Det virket så morsomt å jobbe der, det var så muntert.

Sakte grodde tanken fram: Han ville bli sykepleier, på samme avdeling han selv var på. Han ville ha det like artig på jobben som dem – og gi noe tilbake ved å hjelpe andre.

Han fikk høre han var modig og tøff som ville tilbake der han hadde vært så syk.

Som yngstemann, 18 år, begynte han på sykepleierutdanningen i Bodø. Fordypningspraksis fikk han på barneavdelingen:

– Helt fantastisk! Her var alle typer pasienter; med kreft, diabetes, epilepsi, spiseforstyrrelser ...

Ti år etter at han fikk diagnosen lymfekreft, var han ferdig sykepleier. Han fikk vikariater på barneavdelingen i Bodø.

I 2009 flyttet han hjem til mor og far i Stjørdal mens han tok videreutdanning i barnesykepleie i Trondheim. Denne gangen ble det praksis på barndommens avdeling. Like før jul ble han barnesykepleier og kunne dra tilbake til Bodø til fast jobb.

– Det føles utrolig bra. Jeg elsker faktisk jobben min. Det er noe av det artigste jeg gjør. Jeg ville ikke byttet mot noe.

Det er noe med ungenes glød og entusiasme:

– De kan komme syke og slappe, må gjennom fæle prosedyrer, vi må holde dem fast og kan tro de blir traumatisert. Men neste dag, etter



## « Jeg elsker faktisk jobben min.

antibiotika- og væskebehandling, har ungene fått tilbake energien. Den vil de ut og bruke opp med en gang. De lever akkurat der de er.

### – Drill studentene i praksis!

– Hva i utdanningen vil du ta vare på og fornye?

– Mest mulig praksis. Studentene må drilles og veiledes, så man kan ta ut dem som ikke egner seg. Faglærerne bør mer ut i praksis-

feltet, de har vært for lenge borte.

– Hvordan rekruttere nye sykepleiere?

– Kanskje man tidlig kan vise de unge hvor fint sykepleieryrket er. Det er dessverre sånn at mange velger yrke ut fra status og lønn.

Men lønn er ikke alt.

– Anbefaler du yrket?

– Så absolutt, dette er jo drømmejobben.

# Elsker mennesker

Foreldrene forventet at skoleflinke **Aleksandra Solli** (22) skulle bli akademiker.

Hun fulgte magefølelsen. Tekst **Nina Hernæs** Foto **Bjørn Erik Larsen**



**Aleksandra Solli**  
Jobber på Bergen kommunale legevakt.  
Ble sykepleier i 2010.

**D**et var nok ikke så populært at jeg valgte yrkesfag, sier Aleksandra Solli.

Allerede på ungdomsskolen skjønte hun det. Hun ville jobbe med mennesker. Og hun ville søke helse- og sosialfag. For en mor som er universitetsbibliotekar og en far med doktorgrad i historie kom det som en overraskelse.

– Det ble noen diskusjoner og diskrete forsøk på å tale meg til fornuft. Men jeg tvilte aldri.

### Vasket på legevakten

Etter to år med helse- og sosialfag og et år med allmennfaglig påbygning på videregående, begynte hun på sykepleie.

– Jeg hadde nok egentlig tenkt på sosionom eller barnevernspedagog, men likte sykepleiefagene best.

Medisin var aldri et alternativ.

Nå jobber hun natt på legevakten i Bergen, og ser for seg å være sykepleier til hun blir pensjonist. En videreutdanning tar hun nok etter hvert. Den blir klinisk rettet.

Lyst til å jobbe på legevakten fikk hun etter å ha jobbet der som vaskhjelp fra hun var 18. Det hun liker best her er mangfoldet.

– På natt er det bare én stor avdeling som er åpen, så jeg ser alt mulig, fra vonde halsar til forgiftninger og psykiatri. Vi må bare åpne døren og ta imot dem som kommer. Det er krevende, men vi jobber veldig bra i team og jeg har kolleger med opptil 40 års erfaring. Lurer jeg på noe, får jeg alltid svar.

### Selvtillit

Solli peker på at hun har ressurssterke foreldre som har gitt henne selvtillit til å ta egne valg. Det har hun gjort.

– Jeg tror de er stolte nå, sier hun.

– Det er i hvert fall jeg som har de mest spennende historiene å fortelle fra jobben.

### – Mye mer enn rumpevask

– Hva blir viktig i utdanningen fremover?

– Praksis. Jeg lærte så mye. Man må selvfølgelig ha teori i bunn, men praksis er utrolig viktig.

– Hvordan rekruttere nye sykepleiere?

– Statusen må heves. Ikke bare lønnen, men det må komme

frem at sykepleie er mer enn å vaske rumper. Men vi gjør det og.

– Hun mener serier som Jordmødrene på NRK og Sykehuset på TV3 viser mangfoldet og hva sykepleierutdanning kan brukes til.

– Anbefaler du yrket?

– Ja.



**GJØR ALT MULIG:** Aleksandra Solli mener hun har verdens beste jobb på legevakten i Bergen.



**FORLOT IT-BRANSJEN:** Tall og datamaskiner bra, sykepleie best. Hanne Modahl Bjertnes overrasket seg selv.

# Ble inspirert som pårørende

Hun var pårørende i ett år. Etterpå var saken klar: **Hanne Modahl Bjertnes** (58) ville bytte beite. 48 år gammel ble hun sykepleier. Tekst Marit Fonn Foto Stig Weston



**Hanne Modahl Bjertnes**  
Jobber på transplantasjonskirurgisk sengepost på Rikshospitalet, Oslo universitetssykehus.  
Ble sykepleier i 2001.

**H**anne Modahl Bjertnes hadde jobbet med it i over tjue år. Så fikk mannen hennes kreft og ble innlagt på sykehus. Å være pårørende var en ny opplevelse. I et års tid fulgte hun ham inn og ut av sykehuset.

Der fikk hun god tid til å observere helsepersonell i aksjon. Hun så hva de gjorde, og hva de betydde for pasient og pårørende. Hun

« Et smil er veldig viktig.

merket at det var stor forskjell på sykepleierne. Tanken tok form: «Dette er viktig arbeid. Er det jeg gjør like viktig?»

Hun trivdes godt i Statistisk sentralbyrå, der hun blant annet programmerte. Likevel tenkte hun: «Skal jeg fortsette å jobbe med tall og datamaskiner?»

Hun sa ingenting høyt. En dag sa mannen hennes: «Kanskje du skal bli sykepleier?»

«Ja, det har jeg tenkt på», svarte hun.

Han så også at sykepleierne gjorde en viktig jobb og mente at hun ville egne seg.

## Sparte penger

I februar 1997 døde mannen. Hun visste hva hun ville, men fortsatte i it-jobben et år til mens hun sparte penger. Så søkte hun sykepleierutdanningen. I 2001 hadde hun fått et nytt yrke, 48 år gammel.

– Jeg har ikke angret et øyeblikk. Selv om jeg har fått dårligere

lønn og dårligere arbeidsvilkår, ler hun.

Nå jobber hun på transplantasjonskirurgisk sengepost ved Rikshospitalet i Oslo. Der er hun blitt klinisk spesialist.

– Her på avdelingen får alle nye veldig god opplæring. Og det er trygt å spørre hverandre; «hvordan var det igjen». Ingen trenger å tro at de skal kunne alt mulig.

Bjertnes og kollegene har det ofte travelt. Likevel har de tid til å snakke med pasienten.

– Dette er en avdeling der mange blir friske. Det er ikke så tungt som der pasientene dør etter en kort periode.

God sykepleie definerer hun slik: Å kunne faget og ha omtanke for pasienten.

– Og det er veldig viktig med et smil!

## – Må beholdes i yrket

– Hva blir viktig i utdanningen framover?

– Det må være tilstrekkelig mye praksis, som gir konkret kunnskap og ferdighet. Men helt utlært blir man aldri på tre år.

– Hvordan rekrutterer nye sykepleiere?

– Jeg synes det er minst like viktig å tenke på hvordan beholde dem i yrket. Da er det arbeidsvilkårene som gjelder. Jeg tenker med gru på dem på sykehjem som står alene med ansvar for 30-40 beboere. Jeg hadde aldri turt. Her har vi tilgang på sykepleiere og leger hele tiden.

– Anbefaler du yrket?

– Absolutt!



# Gikk fra scene til seng

**Bjørn Fougner** (58) ville ikke ende som bitter skuespiller. Så han ble sykepleier.

Tekst **Nina Hernæs** Foto **Lena Knutli**

**D**a Bjørn Fougner ble tatt opp som elev på Trøndelag Teater, trodde han lykken var fullkommen. Han var skuespiller. Men så var det ikke så stas som han trodde.

## Glad for erfaringen

– Jeg syntes rett og slett ikke jeg var god nok. Jeg hadde også truffet en del skuespillere som ikke var lykkelige med arbeidet sitt. Jeg ville ikke ende som dem. Jeg innså at jeg aldri ville bli en Kim Haugen eller en annen sprengbegavet skuespiller, og da var det egentlig helt greit å slutte. Det var en slags lettelse. Men jeg er glad for at jeg har prøvd.

## Liker folk

29 år gammel begynte han på sykepleien.  
– Egentlig hadde jeg søkt om å bli produksjonsassistent i NRK, men nåløyet var sylstramt. Siden jeg allerede hadde sagt opp på teatret, trengte jeg en plan B. Da kom jeg på at min første svigerfar en gang hadde sagt at om jeg ville slutte som skuespiller, kunne jeg bli sykepleier. Han var lege og en klok mann, så jeg tenkte han visste hva han snakket om. Han fikk rett. Jeg vet ikke helt hva han så, kanskje at jeg er glad i folk. Har jo et velutviklet omsorgs-gen.

## Morsom utdanning

Årene på sykepleierskolen er de tre morsomste årene Fougner har hatt.

– Det var et ekstremt sosialt kull og jeg var veldig motivert

## « Svigerfar fikk rett.

for å lese. Som skuespiller følte jeg at jeg ikke kunne nok. Jeg manglet en faglig ballast. Kanskje hadde det vært annerledes om jeg hadde gått Statens Teaterhøyskole, men jeg søkte aldri der. Det har jeg av og til angret på.

Etter noen år som sykepleier tok han videreutdanning som operasjonssykepleier.

– Men det må være verdens kjedeligste jobb. Ikke noe for meg.

## På post

Nå jobber Fougner på sengepost. Som fast ansatt i bemanningscentralen på kirurgen stepper han inn på ni ulike avdelinger ved behov. Han er sjelden flere enn tre dager på samme sted.

– Etter at jeg sluttet som operasjonssykepleier, jobbet jeg ute for Røde Kors, og så som forskningsassistent. Men da begynte jeg å savne pasienter. Derfor ble jeg hjemmesykepleier i Trondheim kommune.

Men Fougner vil helst være på sengepost og foretrekker at pasientene er våkne.

– Det er så mange artige folk. Så mange historier.

Han er fremdeles veldig glad i teater og ser mange stykker.

– Når jeg ser innmari gode forestillinger, kan jeg tenke «åh, jeg kunne tenkt meg å være med». Men det er flyktige følelser.

## Vil ha flere menn

– *Hva blir det viktigste i utdanningen fremover?*

– Å holde på praksis. Det må ikke skjæres ytterligere ned. Man kan ikke lese seg til et klinisk blikk.

– *Hvordan rekruttere nye sykepleiere?*

– Jeg er opptatt av å rekruttere mannlige sykepleiere. Førskolelærerne har klart å gjøre yrket attraktivt for menn, de har spilt på at det er viktig for brukerne med mannlige førskolelærere. Det bør Sykepleierforbundet også gjøre. De må gjøre yrket attraktivt og vise at det ikke er noe mindre mandig å være sykepleier enn å være elektriker.

– *Anbefaler du yrket?*

– Absolutt. Selv om ingen av mine tre barn vil bli sykepleier.

En vil bli lege.



**Bjørn Fougner**

Jobber på bemanningscentralen for kirurgisk og ortopedisk avdeling, St. Olavs Hospital i Trondheim. Ble sykepleier i 1984.



**BESTE ROLLE:** Som sykepleier liker Bjørn Fougner det uforutsigbare.



**VERDENSVANT:** Anne Merete Bull reiser som bare det. Til alle verdensdeler.

# Inngangsbillett til verden

**Anne Merete Bull** (60) ble sykepleier fordi hun ville reise ut i verden. Dit kom hun etter en omvei på 30 år. Tekst **Marit Fonn** Foto **Stig Weston**



**Anne Merete Bull**  
Jobber i internasjonal avdeling i Røde Kors.  
Ble sykepleier i 1973.

**S**ammen med søsteren tok hun på seg hvit skjorte, armbind med rødt kors og hette på hodet og ble sykepleier. De var ikke mange år gamle, og moren mener det var da Anne Merete Bull valgte yrke.

– Det var nok mest lek, sier hun selv.

Men hun var fortsatt et barn da hun merket seg de store forskjellene i verden.

«Vi har trukket vinnerloddet», tenkte hun der hun vokste opp på vestkanten i Oslo. Hun følte seg ukomfortabel, og skjønte hun måtte gjøre noe for å redusere ulikhetene. 13–14 år gammel visste hun hvordan: Hun skulle bli sykepleier og reise ut i verden. Sykepleie ville være inngangsbilletten hennes til å hjelpe andre.

Hun tenkte aldri på noe annet yrke.

## Helsesøster og fylkesleder

Etter gymnaset var det rett på sykepleierskolen. Men før hun var ferdig sykepleier, var hun blitt mor. Hun fikk et barn til og ble alenemor. Ikke så lett å reise til Afrika da.

Hun jobbet på medisinsk avdeling. Ble helsesøster. Pleie- og omsorgssjef. Og politiker i Sykepleierforbundet. I tre perioder var hun fylkesleder i Oslo.

Men en dag var det nok: Hun satt ved skrivebordet på jobben og det var snakk om nok et gjenvalg. Da slo det henne: «Hvis ikke jeg gjør det nå, blir det ikke. Da vil jeg angre på at jeg ikke gjorde det jeg har villet nesten hele livet.»

Så hun brente alle broer og dro. Hun var 48 år da hun hadde sitt første oppdrag for Røde Kors: Feltsykehus i flyktningleir for

## « Alt har falt på plass.

kosovoalbanere i Makedonia. Etter krigen var hun ett år i Kosovo. I mellomtiden var hun i Tyrkia etter et jordskjelv. Siden har det blitt Midtøsten, Palestina og to år i Irak.

Nå er hun ansatt ved hovedkontoret som rådgiver for lokale nasjonalforeninger i Røde Kors og Røde Halvmåne. Hun reiser ofte og til alle verdensdeler. I fjor var hun fem ganger i Yemen.

– At jeg er helsesøster passer godt med denne jobben. Røde Kors-bevegelsens intensjon er å styrke lokalbefolkningen gjennom et nettverk av frivillige slik at de kan hjelpe seg selv.

Hun synes det er flott å bidra til at folk mobiliserer i eget land.

– Å forebygge sykdom gir bedre helse og dermed bedre motstandskraft mot naturkatastrofer. Å bedre mor og barns helse er



også et av de viktigste tiltakene mot fattigdom.

– Jeg angrer slett ikke på yrket. Alt har falt på plass. Det tok bare litt tid. Hvis det er noe man vil nok, får man det til.

**– Ikke velg annerledes!**

– Hva blir viktig i utdanningen framover?

– Praksis! Det må være nok av den til at sykepleierne kan være operasjonelle. Dette er et praktisk yrke. Pasientene trenger velkvalifiserte sykepleiere ved sykesengen.

– Hvordan rekruttere nye sykepleiere?

– Det aller, aller viktigste er å få opp status og lønn. Vi må vekk fra ideen om at kvinner må velge annerledes. Nå må vi se hva samfunnet trenger og honorere deretter.

– Anbefaler du yrket?

– Ja, uten tvil. Å kunne gjøre en forskjell for andre, enten det er på sykehus i Oslo eller i en avsides landsby i Yemen – mer kan man vel ikke ønske seg?

# Kjedet seg i bank

**Morten Aas** (37) var diplomøkonom. Så tok han sommerjobb på sykehjem. Tekst **Nina Hernæs** Foto **Erik M. Sundt**

**H**an ville tjene masse penger fort. Han gikk på BI, fikk jobb i bank og godt betalt. Men egentlig fant han jobben lite interessant.

**Måtte ha utdanning**

Mellom to bankjobber trengte han sommerjobb. Han ringte et sykehjem i Drammen og fikk tilbud om tre opplæringsvakter for å se om dette var noe for ham.

– Jeg ble hektet med en gang. Den sommeren gikk jeg så mange ekstravakter at jeg nesten bodde på sykehjemmet, sier han.



**SPESIELL BAKGRUNN:** Morten Aas tenker han vil kombinere økonomi og sykepleie på sikt. Kanskje vil han jobbe som leder. Først skal han ta videreutdanning i psykisk helsearbeid.

Aas jobbet på en lukket demensavdeling. Det var mye somatikk og psykiatri.

– Så interessant!

Etter sommeren gikk han tilbake til bankjobbingen, men en helg i måneden tok han vakter på sykehjemmet. Etter et år fikk han tilbud om fast stilling på natt. Da bestemte han seg.

– Jeg ville bytte yrke, men fant ut at jeg måtte utdanne meg. Som assistent blir man fort tilsidesatt. Jeg ville ha faglig tyngde.

Han søkte sykepleierutdanningen.

**Håndlag**

Nå tenker han at han kanskje burde tatt hintet før.

– Da jeg studerte på BI, fikk jeg mitt første barn. Under fødselen spurte jordmoren om jeg var sykepleier. Hun syntes jeg hadde så godt håndlag. Hun så kanskje noe.

Vennene ble ikke sjokkert over kursendringen.

– Noen ble nok overrasket, fordi spranget er ganske stort. Men de som kjenner meg så at jeg passet bedre som sykepleier enn i bank.

Nå jobber Aas på regional sikkerhetsavdeling på Dikemark i Asker. Her får han brukt faget.

– Det aller beste er samhandlingen med pasientene og det å bidra til at de får en meningsfull hverdag.

Han forteller om et tempo som er psykisk avslappet, men mentalt slitsomt.

Banken savner han ikke.

– Det hendte jeg sendte ut børsmeldinger og lurte på om noen leste det jeg skrev, sier han.

– Som sykepleier jobber jeg med mennesker som viser at de setter pris på at jeg er her.

**Så mange muligheter**

– Hva blir viktig i utdanningen fremover?

– Praksis. Teori kan man fort lære seg. Praksis viser om man kan fungere i jobben og i møte med andre mennesker.

– Hvordan rekruttere nye sykepleiere?

– Markedsføre det som et spennende yrke, men mange forskjellige muligheter. Ingen hverdag er lik. Og så må jeg vel kunne si at vi hadde fortjent bedre lønn.

– Anbefaler du yrket?

– Utvilsomt.



**Morten Aas**  
Jobber på regional sikkerhetsavdeling, Dikemark i Asker. Ble sykepleier i 2007.

« Jeg burde tatt hintet før.





# Sykepleierne følger et

– Mange har gått en kronglete vei, men når de først har bestemt seg for sykepleie, er det et veldig bevisst valg. Tekst Nina Hernæs Foto Mari Johansen/Høgskolen i Oslo

**D**et sier Bodil Tveit, førsteamanuensis ved Diakonhjemmet høyskole. Hun avla i 2008 Ph.D. med avhandlingen «Ny ungdom i gammelt yrke».

– De velger ikke nødvendigvis sykepleie fordi de har gått i stå i andre jobber eller utdanninger, men fordi de finner ut at det er dette de virkelig vil, sier hun.

### Søker dypere mening

– Generelt har de som velger sykepleie store forventninger til yrket. De er engasjerte og opptatt av å hjelpe andre. Men de er også opptatt av hva de selv kan få ut av det. Noen er opptatt av at

representerer også en interesse for andres livshistorier. De vil jobbe med mennesker fordi det skaper liv i hverdagen.

Mange sier at det å sitte på kontor foran en pc er det verste de kan tenke seg. Sykepleie er en kontrast til dette.

– De opplever at sykepleie har en dypere mening, sier hun.

### Ofrer seg ikke

Tveit fant noe hun vil kalle kall.

– De går inn i noe de tror de passer til. Hos enkelte er den overbevisningen så sterk at de mener de ikke kunne blitt noe annet. Svært mange opplever at sykepleieryrket samsvarer med deres personlighet.

Men de har lite av selvpoppofrelsestanken som preget sykepleien i gamle tider.

– Tvert imot, de er ikke interessert i å ofre seg for andre. De tenker heller at sykepleie er en måte å realisere seg selv på.

Trygghet kan også være en motivasjon for å bli sykepleier. Det er tydelig hva de skal bli. Det er ikke selvsagt hvor du ender hvis du tar noen fag på universitetet. Samtidig opplever Tveit at de ser sykepleieryrket som en serie av muligheter.

– De tenker at spekteret av jobber er veldig bredt. De er tydelige på at om de ikke liker seg ett sted, kan de bytte til et annet.

– Hva med fremtiden?

– Jeg tror det handler mye om hvordan sykepleierrollen utvikler

« De mener de ikke kunne blitt noe annet. Førsteamanuensis Bodil Tveit

yrket gir spenning. Både i form av akutsituasjoner og feltarbeid, men også knyttet til intense situasjoner rundt fødsel og død. De søker eksistensielle øyeblikk, erfarer Tveit.

Alle sier de vil jobbe med mennesker. I det kan det ligge mye forskjellig.

– Kanskje dreier det seg om et behov for bekreftelse, men det

# – Rekruttering er ingen

Å motivere unge til å bli sykepleiere er ingen enkel sak. – Men det burde være mulig. Vis dem tidlig fagets mange muligheter, råder rektor Jan Grund. Tekst Marit Fonn Foto Sonja Balci

**J**an Grund er rektor for blant annet sykepleierstudenter på Høgskolen i Akershus og professor i helseledelse.

– Hvordan skal man klare å rekruttere folk til å bli sykepleiere?

– Det er ikke så lett. Sykepleiere gjør et forferdelig viktig ar

### Konkurrerende yrker

– Det fins ingen kvikk fiks. Det gjelder å appellere og vise hvor spennende jobben er. Men å motivere dagens unge kvinner og menn til å velge sykepleieryrket er krevende. Det er så mange yrkesmuligheter.

Han føyer til at faget må styrkes og at lønnen må opp.

– Sykepleieryrket har ikke bare lav lønn, men møter også et arbeidsliv preget av midlertidighet og deltidsstillinger.

Grund mener høyere lønn vil kunne redusere lønnsforskjellen mellom menn og kvinner og derfor trekke flere menn til yrket. Men man må starte tidlig med rekrutteringen, råder han.

– En forutsetning for bedre rekruttering er at likestilling kommer høyere på agendaen i skolen, som er en viktig arena

« Det viktigste er nok å få opp lønnen. Rektor Jan Grund

beid, og det trengs både gode ledere og gode fagfolk som står på. Lederne må slåss for høyere lønn for å tiltrekke seg flere varme hender og kalde hjerner.



**TIDLIG:** Rekrutteringen av helsepersonell bør starte allerede i grunnskolen, mener Jan Grundt, rektor på Høgskolen i Akershus og professor i helseledelse.





# slags kall



**OFRER SEG IKKE:** Sykepleierne er ikke lenger selvoppofrende, sier Bodil Tveit.

seg. Det avhenger av hvordan arbeidsgiverne tar imot dem.

– Ser du kjønnsforskjeller?

– Nei. Guttene er kanskje litt mer orientert mot spenning. De har kanskje litt andre fremtidsplaner. Mange vil bli ledere.

– Vil motivasjonen holde seg?

– Vanskelig å si, men vi ser mange motsetninger. Helsesektoren blir mer og mer teknisk og økonomistyrte. Samtidig er sykepleierstudenter opptatt av mulighetene for omsorg og ser på yrket som et «mykt» alternativ i et teknologisk samfunn. For å holde motivasjonen oppe hos de gruppene som motiveres av yrket i dag, må nok sykepleie oppleves som et slikt alternativ.

# kvikk fiks

når ungdom skal velge utdanning og yrke. Ungdommen må så tidlig som mulig få innblikk i sykepleiefagets mange muligheter, der man både må kunne teori og praksis.

## – Verdiene lever

Grund mener også at sykepleierne selv må motivere seg. Her har Sykepleierforbundet en rolle:

– Leder Lisbeth Normann er en motivert dame som kan mobilisere folk til å velge denne utdanningen. Helsetjenesten er en spennende arbeidsplass med engasjerte kolleger og store muligheter for å bruke sitt fag, og der verdiene lever. Å jobbe i helsevesenet er vel noe av det mest meningsfulle man kan gjøre – hver dag kan man gjøre noe for andre mennesker, sier Grund. ■■■

# 5 på gangen

Tekst Marit Fonn og Nina Hernæs

## Hvorfor ble du sykepleier?



### Lisbeth Normann, leder i NSF

Jeg fikk det plutselig for meg. Da jeg gikk på videregående, hadde jeg lurt på å bli jurist. Men plutselig fant jeg ut at det skulle jeg ikke. Jeg skulle bli sykepleier. Det passet meg. Familien ble nok litt overrasket, men jeg var helt sikker.



### Laila Dånøy, stortingsrepresentant, KrF

Min mor mente sykepleie ville være fint for meg. Jeg hadde gått gymnaset og var usikker på hva jeg skulle gjøre. Jeg undersøkte litt, søkte og kom inn. Det første halve året var en sjokkopplevelse. Jeg var bare 18 år og hadde praksis et sted der mange var syke og døde. En kort periode lurte jeg på om jeg ville klare det. Det gjorde jeg.



### Sonja Irene Sjøli, stortingsrepresentant Høyre

På gymnaset var jeg usikker på hva jeg skulle bli. To somre jobbet jeg på Østlandske vanførehjem, en rehabiliteringsinstitusjon for funksjonshemmede. Etter gymnaset vurderte jeg lærerskole, men etter å ha jobbet et halvt år på en institusjon for psykisk utviklingshemmede bestemte jeg meg for sykepleie. Jeg videreutdannet meg til operasjons-sykepleier, men det var ikke noe for meg. Så ble jeg jordmor, det har jeg aldri angret på.



### Somayah Jamali, rådgiver i NSF

Jeg kom til Norge som flyktning fra Iran og ville ha en jobb jeg kunne bruke over hele verden. Som flyktning opplevde jeg en usikkerhet om jeg ville få bli i landet eller om jeg måtte flykte på nytt. I tillegg er søsteren min sykepleier. Å sitte ved frokostbordet og høre henne fortelle fra nattevakter på Ahus var også en viktig inspirasjon.



### Dagfinn Bjørklid, stabsoffiser i Forsvarets sanitet

Jeg tenkte at sykepleie er et fag som kan brukes til mye og overalt i verden. For meg har yrkesvalget en sterk politisk og humanitær komponent. Jeg kan som sykepleier bidra med noe; bygge et bedre samfunn og samtidig gjøre noe for enkeltindividene.

# Der ute

## Les mer om:

42 Smartprisen 2010 ›

44 Samhandler seg inn i fremtiden ›

46 Tverrfaglig og trygg akuttberedskap ›

48 Vil gi bedre dusjopplevelser ›



**sykepleien.no**

› Hva skjer med Adecco-sykehjemmene? Følg saken på sykepleien.no



## DER UTE KRISTIANSAND

– Du må være innstilt på at det er bare jobb som gjelder den helga.

# Langhelg gir mer helgefri

### Fakta:

- › Medavdeling 2a på Sørlandet sykehus i Kristiansand har fått prøve ut prosjektet med helgearbeid bare hver 5. helg, etter initiativ fra de ansatte. Arbeidshelgene består av tre nattevakter.
- › Prosjektet startet i juni og halvårsevalueringen viser positiv respons. Det er forlenget ut 2011.
- › Avdelingen har 26 sengeplasser og består av fem indremedisinske spesialiteter: hematologi, gastroenterologi, nyremedisin, geriatri og revmatologi.

**H**elgevakter er ikke lenger et like hett diskusjonstema på medisinsk avdeling 2a ved Sørlandet sykehus i Kristiansand. Avdelingen har i snart ett år forsøkt å lette på helgeutfordringen gjennom en ny løsning med arbeid hver 5. helg med 12 timers vakter.

### Færre helgevakter

Trass i hektisk aktivitet, lamper som blinker og ansatte på vei fra en oppgave til en ny, er det ingen tvil om at sykepleierne på medisinsk avdeling 2a trives på jobben.

Sykepleierne Laila Bjørge, Hilde Mjåland, Iselin Johanesen og Kate Skuland forteller at de trives godt med arbeidsoppgavene, kollegene og ledelsen. Den største frustrasjonen har vært i forhold til hyppige helgevakter.

Sykepleierne er innforstått med å jobbe helger, all den tid de arbeider i en virksomhet med 24 timers drift året rundt. Men er det ikke andre måter å organisere turnusen på, som gjør det mulig å jobbe mindre enn hver 3. helg?

Helgearbeid har også på denne avdelingen vært et tilbakevendende tema. Men i motsetning til mange andre steder, begynte de å lete etter mulige løsninger. Og de innså raskt at dette måtte de finne ut av selv.

### Stor interesse

En ting var å snakke om det. Men hvor stor var egentlig interessen for å delta i en alternativ helgeturnus med færre,

men lengre helgevakter? Det viste seg at så mange som hver tredje sykepleier på avdelingen var positiv til å prøve ut en alternativ helgeturnus. Enhetsleder var positiv, og Arbeidstilsynet hadde ingen innvendinger mot at avdelingen fikk mulighet til å prøve ordningen i ett år.

I juni i fjor startet avdelingen prosjektet «Arbeid hver 5. helg med 12 timers vakter». Etter et halvt år ble det gjort en evaluering av prosjektet. Og resultatet var ikke til å misforstå: «Alle som er med i prosjektet konkluderer med at de vil fortsette. De positive følgene er mye viktigere enn det som er nevnt under negative følger.»

De fire sykepleierne går enda et steg videre. Det vil være en stor nedtur å måtte gå tilbake til arbeid hver 3. helg, mener de.

Nå er prosjektet foreløpig forlenget ut 2011, og det vil bli en gjort ny evaluering i løpet av juni. Samtidig har andre avdelinger ved sykehuset begynt å fatte interesse for ordningen.

### Frivillig ordning

– Dette er en frivillig ordning. Turnusen er kommet etter ønske fra de ansatte selv, og ikke noe ledelsen har forsøkt presse på dem, understreker tillitsvalgt for NSF-medlemmene, Snefrid Wiersholm Axelsen.

Den tillitsvalgte er i utgangspunktet skeptisk til lange vakter, men ser ingen grunn til å gå mot ordningen når det skjer etter et sterkt ønske fra de ansatte selv. →



**MINDRE STRESS:** - Stemningen er roligere og vaktskiftene er blitt betydelig mindre hektiske, sier sykepleier Iselin Johanesen.



**TRIVES:** Sykepleierne Iselin Johannesen (tv) og Hilde Mjåland er to av til sammen 18 ansatte på medisinsk avdeling 2a som går i den nye turnusen.

– Her har alt foregått på en ryddig måte. Når det i tillegg ikke går ut over de som jobber hver 3. helg eller pasientene, ser jeg ingen grunn til å reagere, sier tillitsvalgte.

Hun legger til at medisinsk avdeling 2a er en stor og godt organisert avdeling.

– Var det noen som hadde forutsetningene for å prøve ut en slik turnus, så måtte det være denne avdelingen, sier Axelsen.

Hun har så langt ikke blitt kontaktet av noen av de ansatte i forbindelse med gjennomføringen av prosjektet. Det tar den tillitsvalgte som tegn på at ordningen har gått seg til, og at de ansatte er fornøyde.

– Så får vi avvente og se hva den nye evalueringen konkluderer, sier Axelsen.

#### Tre netter i strekk

– Hadde dere ingen betenkeligheter med å gå inn i denne type turnus?

– Det mest skremmende var å skulle jobbe tre nattevakter etter hverandre, forteller Laila Bjørge. I den nye 15 ukers turnusen jobber de hver 5. helg fra lørdag klokka 22.30 til søndag 07.30. De to neste skiftene strekker seg fra klokka 19.30 til 07.30. Deretter følger to dager fri. Gulroten er at man har arbeidsfri de påfølgende fire helgene.

Det å jobbe tre netter i strekk var en bekymring enhetsleder Ingjerd Lind delte med de ansatte. Hun gikk derfor selv den nye turnusen, for å kjenne på belastningen.

#### Positive erfaringer

De som deltar i prosjektet har fått flere helger fri. Mer tid til familie og venner. Det i seg selv er med på å øke arbeidsgledden ifølge sykepleierne.

– Har den nye turnusen ført til andre konsekvenser?

– Vaktskiftene er blitt betydelig mindre hektiske. Det skyldes at alle ansatte ikke lenger enten skal gå av vakt eller begynner sin vakt. Det blir en roligere stemning når noen «overlapper» og kan følge pasienten over lengre tid, sier Hilde Mjåland.

Pasienten er et viktig stikkord for sykepleierne. Dette må ikke ses på som

# INNFRI DYRE SMÅLÅN!



Vi har over 100 000 kunder i Norden og vi kommer til å gjøre vårt beste for å imøtekomme ditt lånebehov.

Lån opptil kr 300 000 uten sikkerhet

Rente fra 8,90 % (eff. rente fra 9,8 %)

- Ønsker du å pusse opp hjemme eller vil du innfri dyre smålån – du bestemmer!
- Opptil 12 års nedbetalingstid
- Du kan innfri lånet når du vil, uten ekstra kostnader
- Renten og avgiften er fradragsberettiget på selvangivelsen

Søk på [www.nordaxfinans.no](http://www.nordaxfinans.no) med tilbudskode **50030**

Eller ring oss på telefon **815 56 474**.

Kostnadseksempel: Ved utbetalt lånebeløp på kr 200.000 over 8 år, med 13,9% nom. rente blir samlet kredittbeløp kr 201.475 og total tilbakebetalingsbeløp kr 341.156.

Redusert skatt av dette er kr 39.523. Effektiv rente på eksempl er 15,7%.

Etableringsgebyr kr 1475 og termingebyr kr 65 inngår i beregningen. Lånet er et annuitetslån.

nordax®  
FINANS

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

et ensidig tiltak for å tilfredsstille de ansatte, understreker de.

– Vi opplever en mye bedre kontinuitet i pasientarbeidet. I løpet av vekten blir vi godt kjent med pasienten, og det er lettere å legge til rette for mer individuelle opplegg for den enkelte pasient. Når vi går nattevakt, har vi allerede truffet pasienten på dagtid. Det gjør det lettere i forhold til administrering av for eksempel sovemedisiner. Det er også tryggere for pasienten. De slipper å ha nye folk å forholde seg til hele tida, som må oppdateres før hvert vaktskifte, sier Kate Skuland.

Kontinuitet er spesielt viktig når liggetiden ved avdelingen er så kort som fra 2,5 til 6 døgn, varierende etter hvor pasienten er innlagt.

Alle de fire sykepleierne har fått tilbakemeldinger fra pasienter om at de føler seg trygge og ivaretatt når samme

ansatt har ansvar både på kvelden og påfølgende natt.

– Ikke overraskende, sier Iselin Johansen.

– Nå kan vi planlegge arbeidsoppgaver bedre, og har bedre tid til å få tingene gjort. Det går mindre tid til utveksling av informasjon ved at vi sparer inn et vaktskifte.

Sykepleierne opplever også å bli bedre kjent med de andre yrkesgruppene som jobber på avdelingen.

#### Jobb og søvn

– Det må da være slitsomt å gå mange og lange vakter etter hverandre, slik denne turnusen legger opp til?

– Klart det er tungt når det er fullt og belegget er ressurskrevende, innrømmer Bjørge.

– Men det er det også ved «vanlige» helgevakter, påminner Skuland.

De ansatte er og må være innstilt på at det bare er jobb og søvn som gjelder den helga, understreker sykepleierne. Ingen av dem har merket problemer på hjemmefronten på grunn av den nye turnusen. Tvert om. Nå får de flere helger sammen med familien og venner.

#### Årvåken leder

For enhetsleder Ingjerd Lind er det viktig at dette er de ansattes prosjekt, og ikke noe som er innført mot deres ønske. Hun er også helt klar på at dette ikke skal gå ut over andre ansatte på avdelingen, som ikke deltar i ordningen.

– En viktig forutsetning for prosjektet er at det ikke skal medføre ekstrarbeid eller forskyvninger i arbeidstid for dem som jobber hver 3. helg, sier Ingjerd Lind.

– Og hvordan unngå det?

– Det er litt mer komplisert å leie



**ENESTE:** Sykehuset i Kristiansand er det eneste i landet med denne type turnus.

inn folk ved sykdom, men fraværet har ikke vært vanskeligere å takle enn før vi startet prosjektet. Innleie i helgene er alltid komplisert.

Ingjerd Lind er glad for at de ansatte trives med den nye turnusen.

– Det er imidlertid uaktuelt å innføre denne type turnus på hele avdelingen. Vi trenger et visst antall ansatte som går i ordinær turnus.

Tekst Bjørn Arild Østby Foto Erik M. Sundt

IBGELV-11-2A

**Ibox gel**  
5% ibuprofen 100 g  
Smertestillende og betennelsesdempende

Weifa

Til bruk på hud

# INGENTING HJELPER MOT DE VONDE HENDENE MINE.

## Bruk 10 cm Ibox gel akkurat der du har vondt.

Ibox gel er effektiv mot moderate smerter i muskler og ledd ved forstuing eller forstrekning. Smør gelen direkte inn på det vonde området, og den trekker inn og virker lokalt. Sørg for å massere inn rikelig. Ibox gel kan kjøpes reseptfritt på apoteket - nå også i stor 100 grams tube.

Brukes ikke på slimhinner, i øyne eller på skadet hud. Ved langvarig smerte bør lege kontaktes. Skal ikke brukes av personer som ikke tåler acetylsalisylsyre, ibuprofen eller andre betennelsesdempende legemidler. Skal ikke brukes av gravide de siste 3 måneder før fødselen. Ibox inneholder ibuprofen. Les nøye pakningsvedlegget på innsiden av esken.

## Har du spørsmål om lønn, rettigheter eller forsikring?

Send en epost til [interaktivt@sykepleien.no](mailto:interaktivt@sykepleien.no).

Du kan også gå inn på [sykepleien.no](http://sykepleien.no) og finne svar på aktuelle spørsmål.

# Når reisen må avbestilles

Dekker NSFs reiseforsikring avbestillingskostnader for bestilte reiser til steder der det oppstår uro og opptøyer, eller naturkatastrofer? Avdelingsleder for Forsikringskontoret NSF, **Randi Moan Riiber**, svarer på spørsmål fra leserne.

**M**ed tanke på de aktuelle situasjonene i Nordafrika og Australia har vi fått mange spørsmål om avbestilling av reiser. Utviklingen i Egypt førte til at Utenriksdepartementet frarådet reise eller opphold til hele landet. I slike tilfeller dekker NSFs reiseforsikring avbestillingskostnader når avbestilling ikke kan kreves dekket av turoperator eller flyselskap.

Avbestillingsforsikringen gjelder også

hvis det før en reise inntreffer en epidemi, terrorhandlinger eller at sikrede i samråd med selskapet finner at innreise vil være forbundet med overhengende fare for liv og helse. Erstatning er begrenset til inntil 50 000 kroner per enkeltperson, og inntil 100 000 kroner samlet for familie (gjelder bare reiseforsikring familie).

Er en allerede på ferie et sted hvor det har oppstått uroligheter eller naturkatastrofer,

dekker reiseforsikringen evakuering til nærmeste sikre destinasjon, eller hjemsted i Norge i henhold til Utenriksdepartementets anbefaling. Hvis departementet ikke har tatt initiativ til evakuering, kan den skje i samråd med selskapet. Erstatningen er begrenset til 30 000 kroner per person, og inntil 60 000 kroner per skadetilfelle for merutgifter til reise, kost og losji i inntil 30 dager etter at hendelsen inntraff.

## Andre spørsmål til forsikringskontoret:

**Jeg har fått et forsikringstilbud på en uføreforsikring som har langt lavere pris enn det dere kan tilby. Hva er årsaken til det?**

Noen forsikringsselskap bruker betegnelsen uføreforsikring selv om det er rene diagnoseforsikringer de tilbyr. Slike forsikringer gir rett til erstatning ved 15-20 diagnoser som forsikringsselskapene selv plukker ut. Hvis belastningslidelser som muskel- og skjelettsykdommer og psykiske lidelser utelates fra forsikringen, blir den rimeligere. I tillegg er det ofte en begrenset dekning hvis en skulle bli arbeidsufør på grunn av ulykke.

Dessverre opplyser ikke alle selskapene om at disse viktige deknningene er utelatt. Ca. 70 prosent av alle som blir uføre i Norge i dag blir det som følge av skjelettsykdommer og psykiske lidelser. Sykepleiere er ofte mer utsatt på grunn av arbeid som ofte er fysisk belastende. Det er derfor svært viktig at du vet hva som dekkes i den forsikringen du kjøper.

NSFs uførekapitalforsikring i Livsforsikringspakken og i Utvidet livsforsikring dekker uførhet uansett årsak, og får derfor høyere pris.

**Hvor skal jeg melde forsikringskader?**

Tingskader meldes til DnB Skadekontor på telefon 815 44 135.

Personskader meldes til Forsikringskontoret NSF på telefon 22 04 31 50.

**Hvilke forsikringsselskap er våre samarbeidspartnere?**

Alle skadeforsikringer er i DnB NOR Skadeforsikring. Livsforsikringspakken og Utvidet livsforsikring er i Vital Forsikring. Barnforsikringen er i Tryg Forsikring.

**Hvorfor ser jeg ikke forsikringene mine i nettbanken min?**

Per i dag er det dessverre ikke teknisk mulig å vise forsikringer som er kjøpt

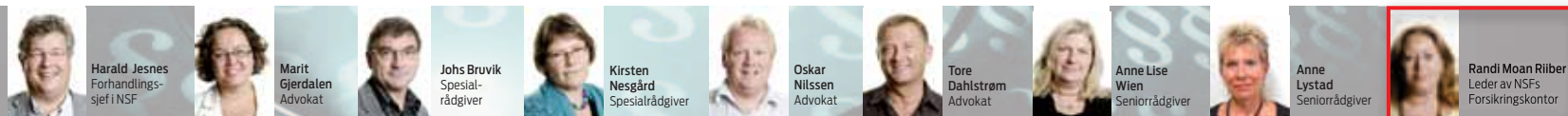
via NSF, i nettbanken. Dette gjelder selv om du har nettbank i DnB NOR. På NSFs nettsider, Medlemsnett, kan du imidlertid få informasjon om du har noen av de kollektive forsikringene: Livsforsikringspakke, innboforsikring, reiseforsikring eller restansvarsforsikring.

**Kan jeg dele opp innbetalingen for forsikringene mine i flere terminer?**

Det er ikke mulig å velge antall terminer eller hovedforfall for de kollektive forsikringene, dvs. innbo-, reise-, barne- og restansvarsforsikring. Hovedforfall er 1.1. hvert år. For barneforsikringer er det én termin for ett barn, per 1.1., og to terminer for flere barn, per 1.1. og 1.7.

For alle andre forsikringer som gruppe- og villaforsikring er antall terminer valgfritt. Ta kontakt med Forsikringskontoret NSF på telefon 22 04 31 50 for eventuelle endringer.

## Passer på paragrafene:



## Lise Nygaard

Alder: 52

Yrke: Kreftsykepleier

Jobber: Medisinsk dagavdeling ved Aker universitetssykehus

# Mange gode stunder

Godt humør gir kreftpasientene litt fri fra det triste.

**J**eg jobber aller mest med lungekreftpasienter, og utsikten for å overleve en slik diagnose er dårlig. Bare fem til ti prosent blir helbredet. Men jeg liker tanken på at behandlingen kan stagnere sykdommen og bidra til at pasientene får gode perioder i den tiden de har igjen. Det er mye godt humør på avdelingen. En god latter er befriende og kan gi pasienten en fristund i det triste og vonde.

Jobben min er å forberede pasientene til forskjellige utredninger, gi cellegiftbehandling og følge opp med etterkontroller. Jeg prøver å være med når pasienten får vite diagnosen, og jeg kan følge samme pasient i flere år. Jeg har mye kontakt med både pasienter og pårørende, og samtalene med dem er den delen av jobben jeg liker best. Vi snakker om mye forskjellig, men en nødvendig del av samtalene er å informere om hvordan cellegiften virker og om bivirkninger som håravfall, kvalme og nedsatt benmargsfunksjon.

Det er 20 til 30 pasienter innom avdelingen hver dag, men ikke alle får cellegift. De er hos oss fra en time til en hel dag, alt etter hva som skal skje. Arbeidsdagen begynner med morgenmøte. Vi går igjennom dagens pasientlister og fordeler oppgaver. Deretter møter jeg pasienten og snakker med ham eller henne. Første steg i behandlingen er å ta blodprøve for å måle blodverdiene, deretter gir jeg cellegift til dem som skal ha det. Når vi gir cellegiften intravenøst, bestemmer vi som regel tempoet med en dråpeteller. Behandlingen kan ta flere timer og pasientene velger om de vil sitte i gode lenestoler eller ligge i en seng.

Det er åtte sykepleiere og en hjelpepleier på avdelingen. De fleste er godt voksne og har lang erfaring fra yrket. Jeg ble sykepleier i 1982 og har jobbet ved Aker i snart 30 år. Ved Medisinsk dagavdeling har jeg jobbet siden 1996.

Det hender at jeg tenker på pasienter også i helgene når jeg har fri, men etter mange år som sykepleier er jeg blitt flinkere til å skille mellom jobb og privatliv. I fritiden sørger jeg for påfyll sammen med dem jeg er glad i. Når jeg får vite at en pasient er død, blir jeg berørt, men jeg går ikke så langt i engasjementet at det blir min private sorg. Jeg blir ikke tyngt av jobben. Tvert imot har jeg lært å sette stor pris på mitt eget liv og min gode helse, og jeg håper jeg sjelden klager over bagateller. ■■■

Fortalt til Johan Alvik Foto Erik Sundt

## LOETTE 28 ANTIKONSEPSJONSMIDDEL ATC-NR: G03A A07

**TABLETTER**, filmdrasjerte: Hver aktiv tablett inneh.: Levonorgestrel 100 µg, etinyløstradiol 20 µg, laktosemonohydrat, hjelpestoffer. Fargestoff: Rødt jernoksid (E 172), titandioksid (E 171). Hver inaktiv tablett inneh.: Laktosemonohydrat, hjelpestoffer. Fargestoff: Titandioksid (E 171).

**INDIKASJONER:** Antikonsepsjon.

**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. Oppstart: Ingen tidligere hormonell prevensjonsbruk (i løpet av den siste måneden): Medisineringen skal starte på dag 1 i kvinnens normale syklus. Det er tillatt å starte på dag 2-7, men da anbefales i tillegg en annen prevensjonsmetode (f.eks. kondomer og sæddrepende middel) i løpet av de 7 første dagene en tar tablettene.

**SKIFTE FRA ET ANNET KOMBINASJONSPREPARAT:** Medisineringen bør starte dagen etter den vanlige tablettfrie perioden eller perioden med inaktive tabletter til foregående kombinasjonspreparat. Skifte fra et rent progestogenpreparat (minipille, progestogeninjeksjon/implantat): Kvinnen kan når som helst skifte fra minipille og begynne med preparatet neste dag. En bør starte dagen etter fjerning av et implantat eller, dersom en bruker injeksjon, dagen etter neste injeksjon skal foretas. I alle disse situasjonene, anbefales å bruke en tilleggsprevensjon de 7 første dagene en tar tablettene. Etter abort i 1. trimester: Medisineringen kan starte umiddelbart. Andre prevensjonsmetoder er ikke nødvendig. Etter fødsel eller abort i 2. trimester: Siden den umiddelbare postpartumperioden er assosiert med en økt risiko for tromboemboli, skal p-piller ikke anvendes tidligere enn 28 dager etter fødsel, hos ikke ammende eller etter abort i 2. trimester. Tilleggsprevensjon anbefales de 7 første dagene. Dersom samleie har funnet sted, må graviditet utelukkes før en starter med et kombinasjonspreparat, ellers må kvinnen vente på sin første menstruasjonsperiode. Effekten av p-pillene reduseres når tabletter glemmes eller ved oppkast. Se pakningsvedlegg.

**KONTRAINDIKASJONER:** Skal ikke brukes av kvinner med noe av følgende: Tromboflebitt eller tromboemboliske lidelser, dyp venetrombose, en tidligere historie med dyp venetrombose eller tromboemboliske lidelser, cerebrovaskulære eller kardiovaskulære lidelser, trombose og valvulopati, arvelig eller ervervet trombofili, migrene/hodepine med fokale nevrologiske symptomer, slik som aura, trombogene rytmeforstyrrelser, alvorlig diabetes med vaskulære forandringer, alvorlig ubehandlet hypertensjon, kjent eller mistenkt cancer mammae, cancer i endometriet eller andre verifiserte eller mistenkte østrogenavhengige neoplasier, kolestatisk gulsott under graviditet eller gulsott ved tidligere bruk av p-piller av kombinasjonstypen, leveradenomer eller leverkreft, udiagnostiserte unormale vaginalblødninger, verifisert eller mistenkt graviditet, hypersensitivitet overfor noen av preparatets innholdsstoffer.

**FORSIKTIGHETSREGLER:** Før behandling initieres, foretas grundig undersøkelse inkl. mammaeundersøkelse, blodtrykksmåling, samt en grundig familieanamnese. Hyppigheten og typen av etterfølgende undersøkelser bør være basert på etablerte retningslinjer og tilpasses individuelt. Forstyrrelser i koagulasjonssystemet skal utelukkes hvis det i nærmeste familie allerede i yngre år har forekommet tromboemboliske sykdommer (først og fremst dyp venetrombose, hjerteinfarkt, slaganfall). Ved unormale vaginalblødninger skal undersøkelser gjennomføres for å utelukke kreft. Kvinner fra familier med økt forekomst av brystkreft eller som har benigne brystkner, må følges opp spesielt nøye. Sigarettøyking øker risikoen for alvorlige kardiovaskulære bivirkninger ved bruk av p-piller. Denne risikoen øker med alder og mye røyking og er ganske markert hos kvinner over 35 år. Kvinner som bruker p-piller må på det sterkeste anbefales ikke å røyke. Bruk av kombinasjons-p-piller er assosiert med økt risiko for arterietrombose og tromboemboli. Rapporterte hendelser inkl. hjerteinfarkt og cerebrovaskulære hendelser (iskemi og blødningsslag, transitorisk iskemisk attack). Eksponering for østrogen og progestagener bør minimeres. Forskriving av kombinasjons-p-piller med minst mulig østrogen- og progestageninnhold anbefales. Risikoen for arterietrombose og tromboemboli øker ytterligere hos kvinner med underliggende risikofaktorer. Må brukes med forsiktighet hos kvinner med risikofaktorer for kardiovaskulære lidelser. Eksempler på risikofaktorer for arterietrombose og tromboemboli er: Røyking, hypertensjon, hyperlipidemi, overvekt og økt alder. Kvinner som bruker perorale kombinasjons-p-piller og som har migrene (spesielt migrene med aura), kan ha økt risiko for slag. Opptrer tegn på emboli (f.eks. akutte brystsmarter, tungpustethet, syns- eller hørselsforstyrrelser, smerter og hevelse i en eller begge underekstremitetene) under behandlingen skal preparatet seponeres og pasienten undersøkes nøye. Bruk av kombinasjons-p-piller er assosiert med økt risiko for venetrombose og tromboemboli. Den økte risikoen er størst blant førstegangsbrukere det første året. Risikoen er imidlertid mindre enn under graviditet. Venøs tromboembolisme er dødelig i 1-2% av tilfellene. Risikoen øker ytterligere hos kvinner med tilstander som predisponerer for venetrombose og tromboembolier.

**EKSEMPLER PÅ RISIKOFAKTORER FOR VENETROMBOSE OG TROMBOEMBOLIER ER:** Overvekt, kirurgisk inngrep eller skader som øker risikoen for trombose, nylig gjennomgått fødsel eller abort i 2. trimester, forlenget immobilisering og økt alder. Om mulig, bør behandlingen med kombinasjons-p-piller avbrytes 4 uker før og 2 uker etter elektiv kirurgi hvor det er økt risiko for trombose og ved forlenget immobilisering. Bruk av p-piller er assosiert med godartede adenomer i lever, selv om insidensen av disse er sjeldne. Risikoen synes å øke med varigheten av behandlingen. Disse ytrer seg som akutte buksmerter eller akutt intraabdominal blødning. Preparatet skal da seponeres og pasienten undersøkes nøye. Ruptur kan forårsake død gjennom intraabdominal blødning. Kvinner som tidligere har hatt kolestase forårsaket av perorale kombinasjons-p-piller, eller har hatt kolestase under graviditet, har større risiko for å få denne tilstanden ved bruk av perorale kombinasjons-p-piller. Pasienter som bruker perorale kombinasjons-p-piller bør derfor overvåkes nøye, og dersom tilstanden vender tilbake, bør behandlingen avbrytes. Det er rapportert tilfeller av retinalvaskulær trombose. P-piller må seponeres dersom det forekommer uforklarlige delvis eller fullstendige synsforstyrrelser, proptose eller dobbeltsyn, papillødem, eller skader i retinavaskulaturen. Glukoseintoleranse er rapportert og kvinner med diabetes eller nedsatt glukosetoleranse skal følges nøye opp. Dersom kvinner med hypertensjon velger å bruke p-piller, må de overvåkes nøye og dersom signifikant økning av blodtrykket oppstår, må preparatet seponeres. Bruk av perorale kombinasjons-p-piller kan være assosiert med økt risiko for cervical intraepitelial neoplasie eller invasiv livmorhalskreft hos enkelte kvinnepopulasjoner. Imidlertid er det fremdeles kontroversielt hvorvidt omfanget av slike funn kan skyldes forskjeller i seksuell atferd eller andre faktorer. Adekvate diagnostiske tiltak er indisert ved udiagnostisert abnormal underlivsblødning. Utvikling eller akutt forverring av migrene eller utvikling av hodepine med annet forløp som er tilbakevendende, vedvarende eller alvorlig, krever at p-piller seponeres og at årsaken vurderes. Kvinner med migrene (spesielt migrene med aura) som bruker kombinasjons-p-piller kan ha økt risiko for slag. Gjennombruddsblødninger og sporblødninger sees spesielt de 3 første månedene.

Adekvate diagnostiske tiltak må iverksettes for å utelukke kreft eller graviditet ved gjennombruddsblødninger på samme måte som ved annen unormal vaginalblødning. Dersom patologi er blitt utelukket, kan fortsatt bruk av de perorale kombinasjons-p-pillene eller bytte til annen formulering løse problemet. Noen kvinner kan oppleve postpille amenoré muligens med anovulasjon, eller oligomenoré, spesielt når slike forhold har eksistert tidligere. Kvinner som behandles for hyperlipidemi skal følges tett. En liten andel kvinner vil få ugunstige lipidforandringer når de bruker p-piller. Ikke-hormonell prevensjon bør vurderes ved ukontrollert dyslipidemi. Vedvarende hypertriglyseridemi kan forekomme. Økninger i plasmatriglyserider kan føre til pankreatitt og andre komplikasjoner. Akutt eller kronisk leverdysfunksjon kan nødvendigvis seponering inntil leverfunksjonen normaliseres. Pasienter som blir klart deprimert når de bruker p-piller, må forsøke å klarlegge om symptomene er relatert til medikamentet. Kvinner med en sykehistorie med depresjon skal observeres nøye og preparatet skal seponeres dersom det utvikles alvorlig depresjon. Pasienter bør informeres om at preparatet ikke beskytter mot hiv-infeksjon (AIDS) eller andre seksuelt overførbare sykdommer. Preparatet bør ikke brukes ved sjeldne arvelige problemer med galaktoseintoleranse, en spesiell form for hereditær laktasemangel (Lapp lactase deficiency) eller glukose-galaktosemalabsorpsjon. Utsettelse av menstruasjonen: Menstruasjonen kan utsettes ved først å ta de rosa tablettene og så kaste brettet uten å ta de 7 hvite tablettene. Start deretter direkte på et nytt brett.

**INTERAKSJONER:** Nedsatt serumkonsentrasjon av etinyløstradiol kan føre til økt insidens av gjennombruddsblødninger og uregelmessig menstruasjon, og kan muligens redusere effekten av kombinasjons-p-pillen. Ved samtidig bruk av preparater som inneholder etinyløstradiol og forbindelser som kan redusere plasmakonsentrasjonen av etinyløstradiol, anbefales en ikke-hormonell prevensjonsmetode (kondom og spermdrepende middel) i tillegg. Ikke-hormonell prevensjonsmetode anbefales brukt i tillegg i minst 7 dager etter seponering av substansen som kan føre til redusert plasmakonsentrasjon av etinyløstradiol. Ved langvarig bruk av slike substanser bør ikke kombinasjons-p-pillen anvendes som primær prevensjon. Det anbefales å bruke tilleggsprevensjon over en enda lengre periode etter seponering av forbindelser som inducerer hepatiske mikrosomale enzymer og fører til redusert plasmakonsentrasjon av etinyløstradiol. Det kan enkelte ganger ta flere uker inntil enzyminduksjonen er fullstendig normalisert, avhengig av dosen, behandlingsvarigheten og eliminasjonshastigheten til den induserende forbindelsen. Diaré kan øke tarmmotiliteten og derved redusere hormonabsorpsjonen. På samme måte kan medikamenter som reduserer tarmoverføringstiden redusere hormonkonsentrasjonene i blodet. Interaksjoner kan oppstå med medikamenter som inducerer mikrosomale enzymer som kan minske etinyløstradiolkonsentrasjonen (f.eks. karbamazepin, oksykarmazepin, rifampicin, barbiturater, fenylbutazon, fenytoin, griseofulvin, topiramid, enkelte proteasehemmere, ritonavir). Atorvastatin kan øke serumkonsentrasjonen av etinyløstradiol. Medikamenter som opptrer som kompetitive inhibitorer for sulfonering i gastrointestinalveggen kan øke biotilgjengeligheten av etinyløstradiol (f.eks. askorbinsyre, paracetamol). Substanser som hemmer CYP 3A4 isoenzymer, f.eks. indinavir og flukonazol, kan også øke biotilgjengeligheten av etinyløstradiol. Konsentrasjonen av etinyløstradiol vil kunne minske etter inntak av visse antibiotika (f.eks. ampicillin, tetracyklin) pga. redusert entero-hepatisk resirkulering av østrogen. Etinyløstradiol kan interferere med metabolismen av andre medikamenter ved å inhibere hepatiske mikrosomale enzymer, eller ved å inducere hepatisk medikamentkonjugering, spesielt glukuronidering. Plasma- og vevskonsentrasjonene vil følgelig enten kunne minske (f.eks. lamotrigin) eller øke (f.eks. ciklosporin, teofyllin, kortikosteroider). Toleandomycin kan øke risikoen for intrahepatisk kolestase ved koadministrering med perorale kombinasjons-p-piller. Det er rapportert at bruk av perorale kombinasjons-p-piller øker risikoen for galaktoré hos pasienter som behandles med flunarizin. Gjennombruddsblødninger er rapportert ved samtidig bruk av johannesurt (Hypericum perforatum). Effekten av preparatet kan reduseres, og ikke-hormonell tilleggsprevensjon anbefales ved samtidig bruk med johannesurt.

**GRAVIDITET/AMMING:** Studier antyder ingen teratogen effekt ved utilsiktet inntak i tidlig graviditet. Overgang i placenta: Se Kontraindikasjon. Overgang i morsmelk: Både østrogen og gestagener går over i morsmelk. Østrogen kan redusere melkeproduksjonen samt andre morsmelkens sammensetning. Bør ikke benyttes under amming.

**BIVIRKNINGER:** Bruken av kombinasjonspreparat er assosiert med en økt risiko for arterielle og venøse tromboser og tromboemboliske tilstander, inkl. hjerteinfarkt, slag, transitorisk iskemisk attack, venøs tromboemboli og pulmonær emboli. En økt risiko for cervixneoplasier og cervixkreft og en økt risiko for brystkreft. Hyppige (>1/100): Gastrointestinale: Kvalme, oppkast, magekramp, oppblåst mage, smerter. Hud: Akne. Metabolske: Vektforandringer (økning eller reduksjon). Nevrologiske: Humørforandring inkl. depresjon, angst, svimmelhet, endret libido. Urogenitale: Gjennombruddsblødninger, og/eller sporblødning, dysmenoré, endret menstruasjonsmengde, cervixerosjon og -seksjon, vaginitt inkl. candidiasis, amenoré. Øvrige: Hodepine, inkl. migrene, væskeretensjon, ødemer, brystsmarter, ømme bryster, forstørrede bryster, seksjon fra brystene. Mindre hyppige: Gastrointestinale: Endret appetitt. Hud: Kløe, vedvarende melasmer, hirsutisme, hårtap. Metabolske: Endring i serumlipidnivå, inkl. hypertriglyseridemi. Sirkulatoriske: Hypertensjon. Syn: Intoleranse for kontaktlinser. Sjeldne (<1/1000): Gastrointestinale: Kolestatisk gulsott, gallesten, galblærelidelse (forverrer eksisterende lidelser og påskynder utvikling hos symptomfrie), pankreatitt, leveradenomer, leverkarsinomer. Hud: Erythema nodosum, erythema multiforme, angioødem, urticaria. Metabolske: Nedsatt glukosetoleranse, forverring av porfyri, senkning av serumfolatnivået. Nevrologiske: Forverring av chorea. Sirkulatoriske: Forverring av varikøse vener. Syn: Opticusneuritt, retinal vaskulær trombose. Urogenitale: Postpille amenoré, spesielt når slike forhold har eksistert tidligere. Øvrige: Hemolytisk uremisk syndrom, anafylaktiske reaksjoner inkl. urticaria og angioødemer, forverring av systemisk lupus erythematosus.

**OVERDOSERING/FORGFITNING:** Symptomer: Kvalme, oppkast, brystømhet, svimmelhet, buksmerter, tretthet/utmattelse, blødninger ved seponering hos kvinner. Behandling: Intet spesifikt antidot. Dersom videre behandling av overdose er nødvendig, rettes denne mot symptomene. Se Giftinformasjonens anbefalinger G03A.

**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/lipoprotein-fraksjoner), parametre i karbohydratmetabolismen og koagulasjons- og fibrinolyseparametre. Vanligvis holder endringene seg innen normale laboratortverdier.

**PAKNINGER OG PRISER:** 3 x 28 stk. (kalenderpakn.) kr 242,70.

Sist endret: 19.08.2009

(priser oppdateres hver 14. dag, ev. refusjon hver måned)



# LOETTE®

LEVONORGESTREL 100µg / ETINYLØSTRADIOL 20µg

“Anbefalt **førstevalg** er p-piller som inneholder enten **levonorgestrel** eller **norethisterone**, med lavest mulig dose av østrogen.”<sup>1</sup>

**Loette** inneholder levonorgestrel og den **laveste tilgjengelige dose** etinyløstradiol (20 µg).<sup>2</sup>

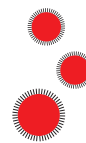
Les mer på  
[WWW.PFIZER.NO/LOETTE](http://WWW.PFIZER.NO/LOETTE)



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

Årets Smartpriskonkurranse viser at det finnes folk som kan tenke nytt i Men det gjenstår å bygge en ordentlig kultur for smarte hoder.

# Trenger flere smarte hoder



- › Smartprisen er en konkurranse om nyskaping i helsetjenesten.
- › Prisen skal stimulere til utvikling av ideer med samfunnsmessig nytteverdi.
- › Disse samarbeider om prisen: Tidsskriftet Sykepleien, KS, Spekter og kompetansenettverket Innomed

**D**et er en krevende oppgave å få etablert en innovasjonskultur i helsevesenet.

Det sier Espen Helge Aspnes i Innomed, et nasjonalt kompetansenettverk for behovsdrivet innovasjon i helsesektoren.

– De fleste som jobber i helsevesenet aksepterer relativt ukritisk de produktene og løsningene de har og tenker ikke over at de selv kan bidra til innovasjon. Det er noe «andre» driver med, undrer Aspnes.

Han priser derfor initiativet til Sykepleien, som i samarbeid med KS og Spekter står bak utdelingen av årets Smartpriser. Prisene går til sykepleiere som har gått nye veier.

#### Vel så viktig som leger

– Mitt inntrykk er at sykepleiere er en yrkesgruppe som merker utfordringene i helsevesenet best ved sin direkte kontakt med pasienter og pårørende. Sykepleiere spiller for eksempel ofte en viktigere rolle enn leger når de skal komme med innspill i forhold til utforming og innredning av helsebygg.

Aspnes har vært medlem i årets Smartpris-jury som har vurdert kandidater fra hele landet. Juryen ble ledet av Sykepleierforbundets Svein Roald Olsen. Både kommunesektoren og sykehussektoren var representert.

#### – Trenger teamarbeid

Også direktør Gudrun Haabeth Grin-

daker i kommunenes interesseorganisasjon KS er opptatt av at sykepleiere kan gi viktige bidrag til innovasjon fordi de ser behovene i praksisfeltet fra et brukerperspektiv.

– Men det er helt nødvendig å sette sammen team med personer fra forskjellige fagfelt for å få frem innovasjon. Når vi skal innovere i helse- og omsorgstjenestene må vi sikre at ikke bare sykepleiere definerer behovet og leter etter løsninger, det må også inn andre faggrupper og gjerne noen som ikke har helsekompetanse i det hele tatt.

Høsten 2010 fikk KS gjennomført en undersøkelse som viste at det finnes mange gode ideer og gode løsninger i norske kommuner.

– Men vi har behov for et betydelig løft for å kunne løse morgendagens behov. Samhandlingsreformen krever at det utvikles innovasjon knyttet til samhandling rundt pasient/pasientenes forløp. Dagens statlige støtteordninger stimulerer ikke innovasjon i kommunene, og det er behov for å finne nye virkemidler, mener Haabeth Grindaker. KS mener at staten må bidra til innovasjon ved å ta del i denne risikoen. Hun mener at støtteordninger for offentlig innovasjon er nesten fraværende.

#### – Står pasienten nærmest

Spekter, som representerer sykehuse- ne i Norge, er med for første gang i Smartpris-sammenheng. De er ikke

i tvil om at sykepleiere kan bidra til innovasjon.

– Sykepleiere er ofte de som står pasienten nærmest, mener spesialrådgiver Øyvind Bakke i Spekter.

– De har gode forutsetninger for å se hva som kan gjøres annerledes, og dermed gjøres på en «smartere» måte. Vi trenger alle de innovatørene vi kan få i norsk helse- og omsorgssektor.

Bakke håper at Smartprisen kan være med på å skape en innovasjonskultur.

– Naturlig nok var det et varierende nivå på årets 14 kandidater, men det er ikke så viktig. Det som er viktig er at en slik årlig konkurranse setter fokus på og motiverer til flere Petter-Smarter med gode ideer og løsninger til beste for pasientene. Dette er også motivasjonen for at vi i Spekter har valgt å delta på dette.

#### Gode innovatører

– Jeg synes nivået blant Smartpris-kandidatene var godt, og det er tydelig at det finnes mange gode innovatører «der ute», fastslår Innomeds Espen Helge Aspnes.

Mens Innomed vil forsøke å bistå både vinnerne og andre kandidater for å se om det finnes muligheter for å sette produkter i kommersiell produksjon, vil KS forsøke å få støtteordninger for «entreprenørene» i kommunesektoren.

Tekst **Barth Tholens** Foto **Colourbox**

Årets  
innovasjons-  
virksomhet:  
kr. 75 000

Årets  
nyskaper:  
kr. 75 000

Årets  
oppfinnelse:  
kr. 100 000



Dette er fagjuryen:



Barth  
Tholens  
(Sykepleien)



Wenche  
Eikens  
(Spekter)



Svein  
Roald Olsen  
(NSF)



Christine  
Næss  
Evensen  
(KS)



Espen  
Helge  
Aspnes  
(Innmed)



Øyvind  
Bakke  
(Spekter)



Eli Sogn-  
Iversen  
(KS)



Terje  
Anderssen  
(Rikshospitalet)



Ingegerd  
Kleivdal  
(Ski kommune)

## Og vinnerne er ...

Fagjuryen har utpekt vinnerne av Smartpris 2010, i tre forskjellige klasser. Vinnerne blir presentert på de neste sidene:

› **Årets Innovasjonsvirksomhet:**  
Avdeling 2 Øst, Dalane Lokalmedisinske senter i Egersund.  
Prisen er på 75 000 kroner. (side 42)

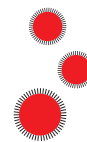
› **Årets Nyskaper:**  
Sykepleierne i akuttmedisinsk team i Bjarkøy kommune i Nordland.  
Prisen er på 75 000 kroner. (side 45)

› **Årets Oppfinnelse:**  
Ann-Cecilie Høyøy fra Ås i Akershus  
Prisen er på 100 000 kroner. (side 46)



Dalane Lokalmedisinske senter pakker kofferten og gjør seg klar for reisen inn i fremtiden. For det får de prisen for årets innovasjonsvirksomhet.

# Samhandler seg inn i fremtiden



## DLMS:

Eigersund kommune (14094)  
Sokndal kommune (3252)  
Lund kommune (3111)  
Bjerkreim kommune (2575)  
(innbyggertall i parentes)

Stavanger universitetssykehus (SUS)  
Nedslagsfelt: 330 000 innbyggere

**A** Gud, skal jeg få datamaskin, tenkte jeg. Hvorfor måtte det bli akkurat meg? Forteller Rose Marie Løvås og ser konsentrert inn i skjermen. Med trent mine trykker hun på de riktige knappene – eller rettere sagt: den rette knappen.

Rose Marie Løvås har kols, og ble valgt ut som en av de første pasientene som skulle prøve ut kols-kofferten ved Dalane Lokalmedisinske senter (DLMS), avdeling 2 Øst. DLMS er et samhandlingsprosjekt. Fire kommuner i Dalane og Helse Stavanger HF, Stavanger universitetssykehus, møtes i avdeling Øst.

### Ildsjeler

DLMS har både sengepost fra Helse Stavanger HF, kommunal sykehjemsavdeling, kreftpoliklinikk, legevakt, røntgenavdeling og laboratorium under ett og samme tak. De har spe-

samhandlingsreformen: Hensikten med senteret er å optimalisere pasientflyt mellom forvaltningsnivåene, sømløse overganger og praktisering av BEON-prinsippet.»

– Det er viktig å understreke at vi ikke er en egen institusjon. Vi står mellom to nivåer – der skal vi forsøke å holde balansen, sier lege Johannes Bergsaker Aspøy.

– Vi har vært forsiktede med å opprette egne stillinger i dette prosjektet, vi har heller bygget på deltidsstillinger vi allerede har. I forhold til å finne sykepleiere som vil jobbe hos oss, har vi et luksusproblem. Mange synes det er en spennende modell, og vil være med, sier sykepleier Mariann Svanes.

Med samhandlingskroner fra helsemyndighetene, gaver fra frivillige og midler fra Helse Vest, har 2 Øst blitt en samhandlingsarena. Ildsjelene bak prosjektet er Svanes og Bergsaker Aspøy. Hun har bakgrunn fra spesialist- og kommunehelsetjeneste, han fra spesialisthelsetjenesten.

Sammen la de hodene i bløt for å ta helsepolitiske føringer på alvor. Både fordi samhandlingsreformen varsler en fremtid hvor sykehusene blir forbeholdt de aller sykeste, og kommunene må ta imot flere pasienter, og fordi de selv hadde en egen erfaring med at mange pasienter, særlig kronikere hadde behov for en «halvannenlinje»-tjeneste.

– Vi visste hva behovet var, og vi ville tenke nytt, sier lederne for DLMS-prosjektet, sykepleier Mari-

ann Svanes og lege Johannes Bergsaker Aspøy.

### Puls på kontoret

Duoen har mange planer for hvordan de skal trekke flere pasientgrupper inn i DLMS-modellen. Først ut har kols-pasientene vært.

Det er her Rose Marie Løvås og kols-kofferten kommer inn.

Sykepleier Svanes forklarer konseptet:

– De sykeste kols-pasientene får tilbud om å ha kofferten hjemme. Kofferten er egentlig en laptop. Brukeren kobler seg opp til et på forhånd bestemt tidspunkt på dagen, og får opp et skjermbilde av sykepleieren som sitter i andre enden. Sykepleieren på sin side, ser pasienten. Sammen går de gjennom en sjekkliste på blant annet respirasjon, medisinerbehov og opphosting av slim.

Rose Marie Løvås ser på sykepleieren som dukker opp på skjermen.

– Kan du ta frem denne, så måler vi oksygenopptaket, sier sykepleier Tone Alice Lædre, som sitter på et kontor langt unna Rose Marie.

Rose Marie vet godt hva det er, hun tar frem målerutstyret, stiller inn, og smetter klypa på fingeren. Få sekunder etter fyller lyden av Rose Maris puls kontoret hvor Lædre sitter.

Også spirometri og måling av hjertefrekvens gjøres på denne måten.

### Fellesskap

I tillegg til kols-kofferten har DLMS et nattevaktssamarbeid med sykehjems-

## «Vi ville tenke nytt.»

sialister med helse-vest-avtalehjemler, fastleger, spesialistpoliklinikker, hudpoliklinikk og dagkirurgi – blant annet.

I Smartpris-juryens begrunnelse for å utrope dette prosjektet som vinner, heter det: «Avdeling 2 Østs avdelingsleder, Mariann Svanes har, i samarbeid med prosjektleder, spesiallege Johannes Bergsaker-Aspøy, utviklet DLMS til en modell enestående i Norge og synes godt tilpasset



**VINNERE:** Sykepleier Mariann Svanes og lege Johannes Bergsaker-Aspøy er vinnere av Innovasjonsprisen 2011.

Årets innovasjonsvirksomhet: kr. 75 000

Årets nyskaper: kr. 75 000

Årets oppfinnelse: kr. 100 000

## ÅRETS INNOVASJONSVIRKSOMHET Avdeling 2 Øst, Dalane Lokalmedisinske senter

**Smartprisens fagjury** mener at Dalane Lokalmedisinsk senter er en foregangsvirksomhet som viser vei i en tid der myndighetene forsøker å løse de utfordringene som ligger i Samhandlingsreformen. Utviklingen av senteret bidrar til bedre pasientflyt mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Tiltaket er med på å redusere behovet for innleggelse på sykehuset og gir hjemmeboende pasienter større trygghet. Tiltaket har også vært med på å gi lokalsykehuset et nytt meningsfylt innhold.

I fagjuryens vurdering gir sykepleiere et vesentlig bidrag til at senteret kan oppnå sine mål. Avdelingens leder, sykepleier Mariann Svanes, har vært en viktig bidragsyter til denne modellen. Videre finner fagjuryen det prisverdige at Dalane Lokalmedisinske senter og dets sykepleiere har tatt i bruk ny teknologi og utstyr i sitt arbeid.

avdelingen – som ligger rett over gangen. Den interkommunale legevakten bemannes på kveld og i helger av spesialistsykepleiere fra kirurgisk poliklinikk, og disse stepper inn både på sykehjemsavdelingen og på sykehusposten, dersom det er behov.

Sykepleiere som jobber på sykehjem og i hjemmetjenesten kurses i å legge veneflon, og det foregår et systematisk arbeid for å dele kunnskapen slik at sykepleierne i de fire samarbeidskommunene får kunnskap som gjør at de kan ha kronikere lengre, og ta dem imot tidligere fra sykehus.

Sykepleiere koordinerer mestringskurs for diabetes-, kols-, smerte- og hjertesyke. En sykepleier har ansvar for undervisning ute i kommunene, og det er dannet et lungenettverk, hvor helseforetaket og kommunene deltar. På kreftpoliklinikken er det sykepleiere som styrer, og gir pasientene blant annet cellegiftkurer og blodtransfusjon.

– Dette prosjektet skaper en samhandlingsarena mellom kommune- og spesialisthelsetjeneste. Vi har tro på helhetstenkning og samarbeid om gode løsninger. På den måten kan vi utnytte tilgjengelig kompetanse på ulike nivåer bedre. Vi ser at sykepleiere gjerne vil ha nye arbeidsoppgaver, hvis det innebærer opplæring, sier Svanes.

– For pasientene betyr det at de kan behandles i nærmiljøet. Dersom de er trygge på at de får den behandlingen de trenger, er det primærønsket. For kronikere blir det uansett

nok tid på sykehus. Den tiden de kan være hjemme er verdifull, sier Bergsaker-Aspøy.

– Vi har også tro på det å skape en fellesskapsfølelse på tvers av behandlingsnivåene, og ser at prosjektet vårt er helt i tråd med helsepolitiske føringer, sier de.

På sikt er hensikten at prosjektet skal føre til at trykket på å bygge ut sykehussenger skal minskes, og også at trykket på å ansette flere i kommunehelsetjenesten skal bli mindre.

Planen videre er å utvide pasientgrunnlaget til hele det samme området som SUS i dag dekker, og å innlemme flere kronikergrupper: Diabetes og psykiatri står for tur.

### Utvidet familie

Rose Marie Løvås har målt alt hun skal for i dag. Nå er hun rolig – og trygg.

– Første natten før jeg skulle bruke kofferten sov jeg ikke. Nå er jeg veldig glad for å ha den. Når sykepleierne kikker inn gjennom skjermen her, er det nesten som å ha familien på besøk. Jeg kjenner dem jo så godt alle sammen, og de kjenner meg, sier hun.

Tekst **Ann-Kristin Bloch Helmers**  
Foto **Jan Inge Haga**



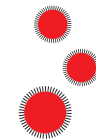
**GIR TRYGGHET:** Sykepleier Tone Alice Lædre sitter i en ende – pasient Rose Marie Løvås i den andre. Sammen sjekker de oksygenmetningen hver dag på et avtalt tidspunkt. Løvås setter pris på tryggheten ved å få en sykepleier på «besøk» hjemme hver dag.

**KOFFERT:** Rose Marie Løvås får låne kols-kofferten i 14 dager etter at hun er skrevet ut fra sykehuset. Det er hun glad for.



Sykepleierne i Bjarkøy kommune trener avansert akuttmedisin i tverrfaglige En god idé som er overførbar til andre kommuner med spredt befolkning.

# Tverrfaglig og trygg akuttberedskap



## Bjarkøymodellen

- ▶ Lokal akuttgruppe med sykepleiere, legesekretær, helsesøster, ambulansespersonell og kommuneleger.
- ▶ Strukturtrent intern teamtrening og opplæring gjennom praktiske fellesøvelser to timer hver sjettede uke.
- ▶ Gruppens medlemmer har formell delegasjon til avansert hjerte-lungeredning og bruk av defibrillator (Zoll-M), opptak og sending av 12-avlednings-EKG, vengkanylering og medisiner og prehospital trombolytisk behandling.
- ▶ Akuttmedisinsk utstyr og trombolysesett er utplassert på sykehjemmet (i tillegg til ambulansens utstyr).
- ▶ Varsling av akuttgruppen skjer via sykehjemmet, enten fra AMK eller fra pasient.
- ▶ Sykepleier i bakvakt på sykehjemmet har delegasjon til selvstendig behandling og kan ved behov rykke ut.
- ▶ Akuttgruppens personell er i ordinær tjeneste og inngår i sin vanlige vaktturnus.
- ▶ Sykepleiere, helsesøster og legesekretær mottar et beskjedent årlig tilskudd fra kommunen for deltakelse i akuttgruppen.

Kilde: «Pleie- og omsorgspersonell i akuttmedisinske team» (F Hilpüsch og kolleger), Tidsskriftet for Den norske legeförening, 1/2011.

**B**jarkøy kommune består av flere øyer utenfor Harstad, og har 482 innbyggere. Det tar en og en halv time å komme seg med bil og ambulansetjenesten er opptatt andre steder.

Derfor har Bjarkøy tatt grep. Det er den eneste kommunen i Finnmark og Troms hvor absolutt alle kommunalt ansatte sykepleiere hyppig øver primærbehandling av akutte brystsmarter og hjerteinfarkt, inkludert prehospital trombolytisk behandling.

Siden 2000 har de seks sykepleierne trent akuttmedisinske prosedyrer sammen med helsesøsteren, legesekretæren og de to kommunelegene to timer hver sjettede uke. Siden 2006 har også ambulansespersonell ansatt på Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN) vært med på øvelsene.

– Vi øver forskjellige akuttsituasjoner. Alt fra avansert hjerte- og lungeredning til akutt syke barn, fra anafylaktisk sjokk til trauma, sier Cornelia Yvonne Fokkes, sykepleier på Bjarkøy.

Organiseringsmodellen er såpass original at den fortjener en smartpris, mener hun. Det var smartprisens fagjury enig i, og belønnet Bjarkøy kommune med «årets nyskaper» for 2010.

### – Trygt

Unni Worum har vært sykepleier i 40 år og er fagleder i hjemmetjenesten i Bjarkøy. Hun synes akuttberedskapen

har blitt bedre etter at de gikk over til å trene oftere og tverrfaglig.

– Den største forskjellen er nok at det kjennes tryggere nå enn før. Vi får en drilling som ikke nødvendigvis ligger i grunnutdanningen. Før trente vi kanskje en gang i året, selv om vi også da var pålagt å stille når noe skjedde. Nå er vi mer forberedt og situasjonen blir tryggere, sier hun.

Fokkes legger til at den årlige opplæringen før 2000 var begrenset til gjenoppfrisking av basal hjerte- og lungeredning, og at sykepleierne på sykehjemmet tradisjonelt ble kontaktet ved akutte hendelser, ofte før AMK ble kontaktet.

– Men etter flere akuttmedisinske hendelser, opplevde vi at vår kunnskap kom til kort. Da kommunelegene kom tilbake fra et akuttmedisinsk kurs ved UNN, ble det bestemt at kunnskapen skulle videreføres til oss, sykepleierne på Bjarkøy, forteller Fokkes.

– Hvordan er det å trene sammen med så mange yrkesgrupper?

– Den brede fagkompetansen gjør at vi trekker veksler på hverandre. Gevinsten av å øve sammen er at vi får en felles plattform og blir kjent med hverandre. Det er også bra å være mange. Jeg vet hvordan det er å stå alene. I akuttsituasjoner trenger man ofte flere hender enn to. Vi må ta oss av pårørende også, sier Worum.

### Formalisert

Hun er glad for at det hele nå er formalisert og at de har fått en opplæringspakke som ligger i bunnen. I Tidsskriftet for Den norske legeförening nr. 1 i år, skriver kommunelege Frank Hilpüsch og kolleger blant annet om Bjarkøy-modellen. De mener at en god akuttberedskap ikke kan baseres på frivillighet, men at det forutsetter regelmessig og systematisk trening, etablering av varslingsrutiner, kvalitetssikring og nødvendig avlønning.

– Vi har bakvakter alene. Det er en ekstra belastning, men vi får ekstra lønn for det. Vaktene er innarbeidet i turnusen, sier Worum.

– Når fikk dere sist bruk for akutt-kunnskapen deres?

– Det er ikke så ofte jeg må ut. Det er kanskje åtte måneder siden nå. Alt er ikke like alvorlig. I løpet av et år oppstår det i gjennomsnitt én dramatisk situasjon. Men kompetansen jeg får er også til praktisk nytte reint sykepleierfaglig, sier Worum.

– Vi har mellom ti og 15 utryknings per år. Sist jeg var ute, var faktisk i går, sier Fokkes.

Da ringte pårørende til sykehjemmet før de kontaktet legevakt eller 113. Det var en person som kastet opp og hadde talevansker. De mistenkte hjerneslag. Fokkes tok de primære undersøkelsene og kontaktet 113. Pasienten ble sendt til sykehus, men

Årets  
innovasjons-  
virksomhet:  
kr. 75 000

Årets  
nyskaper:  
kr. 75 000

Årets  
oppfinnelse:  
kr. 100 000

## ÅRETS NYSKAPER

### sykepleierne i akuttmedisinsk team i Bjarkøy Kommune

**Smartprisens fagjury** mener at tiltaket er et godt eksempel på hvordan sykepleiere kan bidra til å løse lokale utfordringer. Tiltaket i Bjarkøy gir befolkningen større trygghet for å få nødvendig akuttmedisinsk hjelp. Dette er av samfunnsmessig betydning i områder der avstanden til sykehuset er stort. Ideen er overførbar til andre kommuner med spredt befolkning og bidrar til å øke sykepleiernes akuttmedisinske kompetanse.

Fagjuryen legger vekt på at sykepleierne har gitt et vesentlig bidrag til å gjennomføre denne ideen.



**ALVORLIGE ØVELSER:** Her får legesekretær Synøve Jessen akutt hjelp fra sykepleier Cornelia Yvonne Fokkes.

det ble ikke funnet noe, så pasienten ble sendt til sykehjem på Bjarkøy for observasjon.

– Det er nesten som en vane at pårørende ringer til sykehjemmet. Å vite at vi er der og kan hjelpe dem også i en akuttsituasjon, gir dem mye trygghet, sier Fokkes.

#### Oppdatert ambulanspersonell

Hilpüsch og kolleger har foretatt en spørreundersøkelse blant de 44 kommunene i Troms og Finnmark. De mottok svar fra 41. Det viste seg at bare en av fire kommuner trente akuttmedisinske prosedyrer sammen med ambulanspersonellet.

– Hva betyr det for dere å trene sammen med ambulanspersonellet?

– Det er bra fordi de er aktive i flere

situasjoner enn oss, i og med at de er ansatt på UNN. Ambulansebåten server fire kommuner, både Bjarkøy, Tranøy, Dyrøy og Ibestad, dermed har de mer trening enn oss, sier Worum.

I slutten av januar var det et folkemøte hvor sammenslåingen av Harstad og Bjarkøy kommune ble diskutert.

– Får dere fortsette med Bjarkøy-modellen etter at dere blir en del av Harstad kommune?

– Det håper jeg. Vi vil jo fortsatt være avhengige av båt, og denne måten å organisere seg på egner seg som en utkantsmodell for hele Harstad. Ja, egentlig for hele utkantsnorge, sier Unni Worum.

– Dette har helt sikkert gitt et bedre akuttmedisinsk tilbud til hele befolkningen som bor i distriktet. Nå utvikler vi

## «Å vite at vi er her, gir dem mye trygghet.»

en opplæringspakke basert på Bjarkøy-modellen til interesserte kommuner, sier Cornelia Yvonne Fokkes.

Pakken skal inneholde et informasjonshefte og en dvd med viktige øvelser og nødvendige prosedyrer og teknikker.

Tekst **Eivor Hofstad**

Foto **Oddbjørg Andersen**



Dusjing kan være ubehagelig både for demente og lungepasienter. Dusjhode med ett-håndsgrep og innebygd såpeblanding vil mer enn halvere tiden under vann, tror Ann-Cecilie Hopøy.

# Vil gi en bedre dusjopplevelse

## Dusjløsning

Hopøys dusjløsning bygger på to kjente teknologier, men de er ikke tidligere kombinert i helsetjenesten.

**A**rets oppfinnelse er klekt ut av Ann-Cecilie Hopøy. Hun har jobbet 25 år i eldreomsorgen og er i dag spesialsykepleier på Moertunet bofellesskap for demente i Ås i Akershus. Der bor 24 mennesker fordelt på to hus, som igjen er fordelt på to grupper hver. Hver gruppe har et fellesrom med stue og kjøkken som danner en slags tunløsning tilknyttet seks beboerrom med bad.

### Tvangsdusjer ikke

En av utfordringene i hverdagen for mange helsearbeidere som jobber med demente er dusjingen. De fleste

– Det er ikke grunn god nok at vedkommende lukter vondt eller har skjegg ned til navlen. Vi har en beboer som bare dusjer fire-fem ganger i året, sier Hopøy.

### Mer komfortabelt

Oppfinnelsen hun har fått årets smartpris for, er ennå på idéstadiet. Det handler om en dusjløsning som skal gjøre prosessen enklere for den som utfører dusjing og som derfor vil føre til at den som blir dusjet kan sitte kortere tid under vann. Det vil føles mer komfortabelt. Dermed vil det kanskje bli mindre skremmende og mer fristende å ta seg en dusj.

– Hvis personen i utgangspunktet er skeptisk til dusjing, er det et poeng at det skal gå fort, sier Hopøy.

Hun har selv opplevd nærmest å slåss i dusjen, med en dame som ombestemte seg underveis. Hun ville ut, klissvåt og med håret fullt av sjampo.

– Det var fælt! Men i veiledning fra en overlege på Gaustad har vi fått vite at det er noe som heter nødrett. I slike situasjoner må vi benytte oss av den.

### Fra ti til fire minutter

Inspirasjonen til sin smartprisoppfinnelse har Hopøy delvis fått fra produkter som finnes fra før: En dusj med en ett-håndsgrep-»pistol», samme prinsipp som bensinpumper, og dels fra innretningen som finnes på bekkenspyler. Der er det flytende såpe i en refill-ordning som maskinen blander automatisk. Hopøy har kombinert disse to teknologiene i én dusjløsning. Kombinasjonen gir tilgang til såpevann og skylling med én hånd ved hjelp av mekanismen i håndtaket på dusjhodet. Det frigjør den andre hånden. I tillegg slipper hjelperen å skifte stilling eller å legge fra seg slangen med dusjhodet underveis, for å få tak i sjampo, såpen eller vaskeklut.

Hopøy sier at dusjingen med dagens system tar cirka ti minutter.

– Med systemet jeg foreslår, skulle jeg klart å gjøre det på fire minutter, anslår hun.

– På mindre enn halve tida?

– Det er ikke et poeng at hele dusjstellet skal gå fort, men at selve tiden under vann forkortes. Det hadde også vært nyttig for andre pasientgrupper. For eksempel synes lunge-

## «Nå skal jeg realisere ideen.»

pasienter i denne gruppen kan ikke dusje selv, og flere vil ikke motta hjelp av ulike årsaker.

– Hvis noen ikke vil dusje, respekterer vi det. Vi har ikke tvangsvedtak på dusj hos oss, forteller Hopøy.

På Moertunet følger de pasientrettighetslovens paragraf 4A som sier det skal være store, helsemessige grunner dersom tvang skal kunne brukes.





**BILLIG OG BRA:** Ann-Cecilie Hopøy håper å få en ingeniør som kan tegne en modell som ikke blir for dyr for kommunen. Den skal kunne brukes på det allerede eksisterende dusjsystemet som hun viser her.

Årets innovasjonsvirksomhet: kr. 75 000

Årets nyskaper: kr. 75 000

Årets oppfinnelse: kr. 100 000

### ÅRETS OPPFINNELSE

**Et-hånds-grep dusjløsning med egen knapp for såpedispenser, av sykepleier Ann-Cecilie Hopøy**

**Smartprisens fagjury** mener at Ann-Cecilie Hopøy har funnet en god, praktisk løsning på et problem som sykepleiere ofte møter i sitt arbeid. Løsningen gir større kontroll for den som skal dusje pasienten. Fagjuryen kjenner ikke til liknende løsninger i eldersonsorgen eller pasientrettet arbeid. Selve teknologien er kjent, blant annet på bensinstasjoner, men anvendelsen er ny og original. Løsningen er blitt foreslått spesielt i arbeidet med demente som synes det er vanskelig å dusje, men kan trolig anvendes i de fleste situasjoner hvor pasienter møter problemer med dusjing. Dette er en oppfinnelse som kan være til nytte for mange.

Fagjuryen mener at oppfinnelsen har et godt potensial til realisering og videreutvikling, for eksempel i vvs-bransjen.

syke at det er en pest og en plage å puste inn damp. Folk med smerter, beinskjøre og frosne, tynne damer hadde nok også likt at dusjingen gikk raskere, tipper Hopøy.

#### Unngå oversvømmelse

Hun forteller at tilgjengeligheten til vann kan by på andre problemer for beboerne også. Sykepleien får se et beboerrom hvor dette vises på tre-

gulvet. Det er oppsvulmet og skjoldete etter at det en gang var utsatt for oversvømmelse fra badet.

– Andre problemer kan være skålding eller at beboeren blir våt dersom den prøver seg alene med klærne på. Når dusjen ikke er i bruk, skal den derfor ikke kunne aktiviseres uten at man klemmer på håndtaket. Det er mulig det trengs en aktiveringsløsning på selve blandedbatteriet også, sier hun.

– Hva skal du bruke smartprisen-ene til?

– Jeg skal realisere ideen. Først må jeg finne en ingeniør som kan tegne en modell som ikke blir for dyr for kommunen. Løsningen skal kunne brukes på det allerede eksisterende dusjsystemet. Jeg har funnet fram til en vvs-forhandler som har agentur for dusjløsninger med ett-hånds-grep. Det står på nettsiden

deres at de også er med på å legge til rette løsninger etter behov. Jeg får starte der.

Tekst **Eivor Hofstad** Foto **Erik M Sundt**



## LANGE ARBEIDSDAGER OG TRETTE BEN?

– Vi har strømpene som gjør dagen lettere for deg



**KOMPRESJONSSTRØMPER**  
i alle farger og varianter  
kjøper du hos [WWW.XWEAR.NO](http://WWW.XWEAR.NO)  
eller kontakt oss på  
tlf 33 29 33 81

Varer og faktura sendes med posten.

NB: Alle varer er sertifisert med Öko-Tex Standard 100.



Vårens Store

# Aktivitetskonkurranse

11. april - 10. juni.

Påmelding før 6.april.

Klarer du å gå fra Hardanger til Trollstigen på 60 dager?

Skap aktivitet og samhold på arbeidsplassen.

Se vårt bilag i  
Sykepleien



Ansatte fra helsesektoren i Norge inviteres herved med på Vårens Store Aktivitetskonkurranse. Dytt sine aktivitetskonkurranser kjennetegnes av at de er engasjerende for alle uansett fysisk form. Få med dine medarbeidere og gjør noe morsomt og aktivt sammen. Konkurrer mot andre fra helsesektoren i Norge!

**"En enkel og morsom måte å komme seg i form på sammen"**

Pris kun 299,- per deltaker inklusive skritteller. Prisen er oppgitt eks mva.  
Gjør deres påmelding [www.dytt.no/sommer](http://www.dytt.no/sommer). Eller ring: 22 33 59 00

Friskere og Gladere medarbeidere



# Fag & bøker

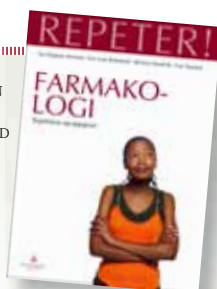
**KJØLER OGSÅ BARN:** Hypotermibe-  
handling av voksne som er gjenopplivet et-  
ter hjertestans er forskningsbasert og vanlig  
praksis både i Norge og Internasjonalt. På Riks-  
hospitalet behandles også barna på samme måte.  
Les fagtema om hypotermi på s. 52-58.

**3**  
nye bøker

JAN MAGNUS ARONSEN, JON  
ARNE BIRKELAND, MORTEN  
MUNKVIK OG IVAR SJAASTAD

**Farmakologi  
Repetisjon og  
oppgaver**

Her er det eksamen-  
forberedende repetisjon  
og oppgaver. Skal ta for seg  
sentrale temaer i farmakologi for  
bachelorstudenter i helsefag.



LARS ANDRÉ  
OLSEN

**Praktisk  
medikament-  
regning  
Dose, styrke,  
mengde**

Dette er  
tredje utgave av  
boken. Den er  
revidert og oppdatert.



RAGNAR HANÅS

**Bli ekspert på  
din egen diabetes  
Type 1 diabetes  
hos barn, ungdom  
og voksne**

En bok for ungdom og  
unge voksne med diabe-  
tes og familier med barn  
som har diabetes. Skal også være  
nyttig for helsepersonell.



# Færre skader etter

På Rikshospitalet behandler man barn som fortsatt er i koma etter hjertestans, med hypotermi. Tekst **Susanne Dietrichson** Foto **Erik M. Sundt**

**A**nnette Heuch Grevstad og Linda Søgne Flydal, intensivsykepleiere på Barneintensiv, serverer kaffe. Vi får akkurat plass rundt bordet på avdelingens minimale pauserom. Døren går stadig opp. Mennesker i hvitt

og grønt går ut og inn. Noen tar seg en kaffekopp eller et glass vann. En åpner kjøleskapet som er klemt inn i det ene hjørnet.

– Barneintensiv ble opprettet etter at bygget ble planlagt. Så lokalene våre

er ikke laget for å være en intensivavdeling. Forholdene er ikke helt optimale, innrømmer Grevstad.

Hun forteller at hypotermibehandling av voksne i dag er vanlig og anbefalt praksis både i Norge og internasjonalt.



**REDDER BARN:** Intensivsykepleierne Linda Flydal (t.v.) og Anette B. Heuch Grevstad demonstrerer hvordan kjøledressen fylles med vann og klargjøres når et lite barn skal hypotermibehandles.

# kuldebehandling

## Få barn med hjertestans

– Alle voksne som gjenopplives etter hjertestans blir nedkjølt. Forskning har vist at hypotermibehandling kan redusere skadene i hjernen, som oppstår etter at sirkulasjonen gjenopprettes.

– Man antar at hypotermibehandling har samme positive effekt på barn, sier Flydal.

– Men hvorfor er det ikke forsket mer på barn?

– Det er få barn som får hjertestans, og derfor er forskningen på hypotermibehandling av barn tilsvarende liten. Den gruppen barn det er forsket mest på er nyfødte. Også her har hypotermibehandling vist gode resultater. Men når det gjelder større barn mangler man vitenskapelig dokumentasjon.

– I dag sier de europeiske retningslinjene at barn ikke skal varmes opp etter hjertestans med mindre de er under 32 grader. De sier også at barn kan ha nytte av hypotermibehandling. Men man kan ikke anbefale det på grunn av manglende forskning, sier Grevstad.

– Når barn får hjertestans skyldes det gjerne en medfødt hjertelidelse, drukning eller kvelning. Men barna er så få, har så ulik alder og casene så forskjellige at det ikke kan trekkes noen entydige konklusjoner på grunnlag av behandlingen, presiserer hun.

## Kjøles ned til 32 °C

På Rikshospitalet har man likevel valgt å behandle alle barn som gjenopplives etter hjertestans og som ikke våkner, med hypotermi. Behandlingen går ut på at barna holdes dypt sovende og at kroppstemperaturen kjøles ned til mellom 34 og 32 °C.

– Barna må være godt sedert for at kroppen ikke skal motarbeide nedkjølingen, forklarer Grevstad.

Inne på et av intensivvommene viser de to intensivsykepleierne hvordan de går frem ved hypotermibehandling. Rommet er lite, det er så vidt plass til en barneseng i tillegg til det obligatoriske overvåkingsutstyret. Grevstad ruller inn et lite blått kjøleapparat med display, noen knapper, to ledninger, to slanger og et lokk. Flydal skrur av lokket og begynner å helle vann i maskinen fra en flaske. Grevstad pakker ut kjøledressen, størrelsen er tilpasset en baby. Slangen fra kjøleapparatet festes til dressen og den fylles med vann fra apparatet.

– Den ene ledningen festes til pannen og måler barnets overflatetemperatur, forteller Grevstad.

– Den andre ledningen festes til et blærekateter og måler barnets indre temperatur. Her stiller vi inn den temperaturen vi vil kjøle ned barnet til, vanligvis mellom 34 og 32 °C. Hun vrir på en knapp og displayet viser valgt temperatur.

– Ofte supplerer vi med isposer og kalde omslag for at det skal gå fortere, men det tar ikke så lang tid å kjøle ned et lite barn.

Dressen legges i sengen, barnet legges oppå. Deretter fylles dressen med vann og pakkes rundt barnet.

## Tøft for foreldrene

– Det er en veldig spennende og meningsfullt å jobbe med kritisk syke barn, forteller Flydal.

Begge tror det å oppleve at barnet sitt legges inn for akutt, kritisk sykdom eller skade må være det tøffeste man kan oppleve som foreldre.

– Du er helt uforberedt og plutselig blir du kastet inn i en verden du ikke ante eksisterte. I tillegg er forløpet usikkert, sier Grevstad.

– Det kan gå bra, og da er det fantastisk. Men det kan også gå svært dårlig. Oppvåkingsfasen kan være lang, og er veldig spennende og tøff for foreldrene. Barna vekkes, men må av og til legges i dyp søvn igjen fordi de ikke tåler å være våkne, forteller Flydal.

– Det er først når barna er våknet etter hypotermibehandlingen vi kan si noe om hvordan det har gått. Noen blir helt friske, men mange får også varige skader.

– Har dere noe tall på hvor mange det går bra med?

– Nei. Så vidt vi vet er det ingen som har innhentet informasjon om alle barna vi har behandlet.

– Men noen blir også bedre i rehabiliteringsfasen, selv om det kan se dårlig ut til å begynne med, sier Grevstad.

– Hender det at noen blir så skadet at dere tenker dere skulle latt vedkommende dø?

– Barna er allerede gjenopplivet når de kommer hit til Barneintensiv. Men med barn forsøker man alltid. Uansett, sier Grevstad bestemt.

*Med barn forsøker man alltid. Uansett.*

Annette Heuch Grevstad



**KJØLEMASKIN:** Dette apparatet fyller kjøledressen med vann og sørger for at kroppstemperaturen holdes nede. Foto: Erik M. Sundt



# Overlevde drukning

To år gamle Tiara druknet i en septiktank i fjor sommer. 28 dagers hypotermi-behandling på Rikshospitalet reddet livet hennes. Tekst Susanne Dietrichson Foto Marco de Vries

**N**ederlandske Marco de Vries var på ferie i Norge da ulykken inntraff. Han var på Vollheim camping i Dovreskogen med sin kone Anita Schoonhoven, datteren Tiara (2 år) og sønnen Jorian (15 år).

– Klokken var kvart over sju om kvelden fredag 23. juli. Min kone Anita tok med seg vår lille datter til

badet på campingplassen. Tiara gikk bare en halv meter bak Anita, men plutselig var hun borte.

Da moren fant henne igjen hadde jenta falt tre meter ned i en septiktank.

– Men åpningen på tanken var så liten at min kone ikke greide å få henne opp og ut av tanken igjen, forteller de Vries.

## Fløyet til St Olav

Først åtte-ti minutter senere, fikk de Tiara opp av tanken, takket være en ung, slank asylsøker ved navn Mehaydin. Han ble senket ned i tanken med et rep rundt magen og fikk tak i den livløse kroppen med beina.

– Da hun kom opp var hun druknet. Jeg satte i gang med gjenopplivning og hjertemassasje, men fikk liten respons.

19.49 var ambulanseflyet på plass og redningsteamet klarte å få Tiaras hjertet til å slå igjen. Ambulansen fløy

*Det kjentes ut som om hun var død. Men vi så at hun pustet.*

Tiara til St Olav i Trondheim. Foreldrene kjørte etter i bil.

– Det var en forferdelig tur. Da vi ankom sykehuset fortalte personalet at de ville sende Tiara til Oslo for å behandle henne der. Vi fikk vite at Rikshospitalet var det eneste sykehuset i landet som hadde det utstyret som skulle til.

## Kritisk

Tiara ble fløyet til Oslo. Tilstanden hennes var kritisk.

– Vi fløy etter. Vi var livredde for at hun ikke skulle overleve reisen. Men da vi ankom Rikshospitalet klokken sju neste morgen var personalet optimistiske. Tiara lå i koma og var allerede nedkjølt.

De Vries minnes følelsen av å ta på datterens lemmer som svært ubehagelig.

– Armene og beina hennes var iskalde. Det kjentes ut som om hun var død. Men vi så at hun pustet.

Tiara responderte veldig bra på behandlingen. Allerede mandagen etter ulykken var kroppen hennes klar for langsomt å vende tilbake til normal kroppstemperatur.

– Vi var overlykkelige. Det tok lang tid å heve kroppstemperaturen til normaltemperatur. Rundt 24 timer. Og det var ufattelig spennende. Kom hun til å kjenne oss igjen? Hun kunne ikke snakke på grunn av slangen i munnen, men vi så på øynene hennes at hun kjente oss. Og hun svarte på spørsmål med å nikke og riste på hodet. Det var ubeskrivelig.

Men allerede mandag kveld inntraff komplikasjoner. Tiara fikk en stygg lungebetennelse forårsaket av det forurensete vannet hun druknet i. Hun hadde høy feber og ble nedkjølt på nytt. Krisen varte i tre dager.

## Lykkelig slutt

Til sammen tilbrakte Tiara 40 dager på sykehus. 28 dager på Rikshospitalet og resten av tiden på sykehus i Nederland. Hun har slitt med fordøyelsen, kronisk forkjølelse og svake muskler. Men i dag er hun helt frisk.

– Skriv at vi aldri kunne fått en bedre behandling og oppfølging enn den vi fikk på Rikshospitalet, insisterer de Vries.

– Måten vi ble møtt på og informasjonen vi fikk var fantastisk.



← JULI 2010: Tiara i koma under hypotermi-behandling på Rikshospitalet.

SEPTEMBER 2010: Tiara, nesten helt frisk, på sykehus i Nederland. Foto: Marco de Vries →





Linda Søgne Flydal og Annette B. Heuch Grevstad, intensivsykepleiere, Barneintensiv, Akuttlinnikken, OUS/ Rikshospitalet.

# Kjøler ned barn etter hjertestans

Hypotermibehandling av voksne etter hjertestans er i dag vanlig praksis. Mange steder gis samme behandling til barn, men foreløpig er det forsket lite på resultatene.

**F**ra 2002 har det vært internasjonalt anbefalt å hypotermibehandle voksne pasienter resuscitert fra ventrikkelflimmer. Forskning viser økt overlevelse og bedre neurologisk utcome hos disse pasientene etter behandling med temperatur mellom 32 og 34 °C (1-4). Pasientene det gjelder har hatt hjertestans utenfor sykehus, og har fått tilbake egen sirkulasjon, men er fortsatt komatøse.

## Mangler forskning

Selv om hypotermibehandling anbefales for voksne, foreligger ingen slik anbefaling for barn som er komatøse etter resuscitering. Både dyrestudier (5-7) og forskning på nyfødte barn (3,8) viser at det er gunstig for hjernen med hypotermi etter sirkulasjonsstans. Men fortsatt mangler det forskning som kan bekrefte at hypotermi er gunstig i forbindelse med asfyxi også hos større barn. Doherty (9) sammenlignet utcome hos barn behandlet med og uten hypotermi. Studien viser ikke signifikant forskjell i overlevelse og utcome. Det er sjeldent at barn får hjertestans, og det kan være forskjellige årsaker som ligger til grunn. Dette vanskeliggjør forskning på om det er gunstig å hypotermibehandle barn på samme måte som voksne. De europeiske retningslinjene for resuscitering understreker at til tross for manglende forskning på barn, kan også de profitte på denne behandlingen. Retningslinjene sier: «The successfully resuscitated child with hypothermia and ROSC (Return of Spontaneous Circulation) should not be actively rewarmed unless the core temperature is below 32 °C.» (10, side 114) Dette betyr at barnet ikke bør varmes med mindre temperaturen er under 32 °C. Uttalelsen bygger på forskning gjort på voksne og nyfødte, som viser at hypotermibehandling med temperatur mellom 32–34°C gir få bivirkninger. Ingen spesifikk protokoll anbefales, men de europeiske retningslinjene sier at det muligens kan øke antall overlevende barn uten neurologiske skader (10-12). Den amerikanske hjerteforeningens retningslinjer for akutt hjerte-lungeredning av barn og nyfødte uttrykker at hypotermibehandling kan vurderes til barn som fortsatt er komatøse etter resuscitering (13).

## Behandles i koma

Hvis hypotermibehandling skal benyttes på barn etter sirkulasjonsstans, starter man den etter at spontan sirkulasjonen er oppstått. (ROSC). Det er i denne fasen hypotermi kan ha en beskyttende effekt på hjernen og dempe de uheldige bivirkningene som kommer etter at sirkulasjon er gjenoppstått. Forskning på voksne og nyfødte viser at det er veldig viktig å komme fort i gang med hypotermibehandlingen, og at den bør starte senest innen seks timer etter ROSC (8,14).

Ved Barneintensiv på Rikshospitalet ble hypotermibehandling første gang brukt høsten 2004. Fra høsten 2005 har alle barn som forblir komatøse etter å ha vært utsatt for hjertestans fått hypotermibehandling. Barna kjøles til den samme temperaturen som voksne, og behandles på bakgrunn av kunnskaper og forskningsresultater som hittil foreligger på voksne, nyfødte og nærdrukningspasienter (1,4,15,16)(Se også s. 52).

Ifølge data hentet fra Barneintensiv er totalt 30 barn behandlet med hypotermi frem til juni 2009. Av disse var 17 nærdrukninger og 13 hadde hatt hjertestans utløst av forskjellige andre årsaker.

Hensikten med denne artikkelen er å få frem at hypotermibehandling etter hjertestans, kan være en aktuell behandling også for barn. Det er av avgjørende betydning å komme raskt i gang med nedkjølingen for å kunne beskytte barnehjernen.

## Metode

Artikkelen er basert på en litteraturgjennomgang hvor det ble søkt i følgende databaser: MEDLINE (OVID), CINAHL (OVID), SveMed+ og Clinical Evidence. I tillegg er det gjort håndøk i elektroniske tidsskrifter som «Pediatrics» og «Critical Care Nursing». Det er funnet relevant stoff i Textbook of Critical Care (17-19) og i det medisinske doktorgradsarbeidet til Roger Roscher.(20) Søkeordene vi brukte var induced hypothermia, cardiac arrest, asphyxia, drowning, children og PICU (pediatric intensiv care unit), hver for seg og i ulike kombinasjoner. ➔

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

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

### Søkeord:

- ▶ Akuttisykepleie
- ▶ Hypotermi
- ▶ Intensiv
- ▶ Barn
- ▶ Hjertestans





**SMÅ PASIENTER:** Barn med hjertestans er sjeldent, men de som gjenopplives etter hjertestans får hypotermibehandling på Rikshospitalet. Her gjør intensivsykepleier Anette B. Heuch Grevstad kjøledressen klar til bruk. Foto: Erik M. Sundt



### Årsaker til hjertestans

Primær hjertestans hos barn er veldig sjelden, og vi ser det nesten utelukkende hos barn med medfødte eller ervervede hjertefeil. Hjertestans opptrer oftest som asystole eller pulsøs elektrisk aktivitet (PEA) og sjelden som ventrikkelflimmer (21).

Sirkulasjonssvikt som følge av for eksempel sepsis eller alvorlig hypovolemi kan gi hjertestans. Respirasjonsstans etter drukning, kvelning, hevelse i trachea i forbindelse med astma og anafylaksi, samt stort inntak av smertestillende og beroligende medikamenter kan også føre til hjertestans. En sjelden gang kan feil i forbindelse med anestesi og ved respiratorbehandling gi hypoksi med påfølgende hjertestans (22).

### Reperfusjon

Når hjertet slutter å slå vil også perfusjonen, eller blodgjennomstrømningen, av hjernen opphøre. Reperfusjonsfasen er den kritiske fasen som starter etter at sirkulasjonen har kommet i gang igjen. Fasen består av noen minutter med hyperperfusjon etterfulgt av noen timer med hypoperfusjon, og kan vare fra to til tolv timer etter gjenopprettet sirkulasjon. I ulike deler av hjernen vil blodtilførselen variere, og skadene er mest vanlig der det er hypoperfusjon. Økt viskositet i blodet, fysiologisk trykk på kar, endotelskade og dårlig perfusjonstrykk er noen av årsakene. Hjernen sveller etter hypoksi og autoreguleringen kan svikte, noe som også er med på å gi hjernen utilstrekkelig blodtilførsel (4,17,23). Cellemembranen svikter, og kalium strømmer ut av cellene mens kalsium og natrium strømmer inn. Denne ioneforflytningen fører til at vann følger med inn i cellene. Resultatet er at både cellene og vevet mellom cellene sveller (11,23). Undersøkelser under elektronmikroskop viser at den mest strukturelle skaden i hjernen skjer under denne fasen. Det blir forstyrrelser i fettstoffsiftet slik som frigjøring av frie fettsyrer og ødeleggelse av DNA sammen med en kaskade av hendelser litt avhengig av hvor lenge blodtilførselen har vært stoppet. Man tror det økte nivået av intracellulær kalsium spiller en viktig rolle i forbindelse med disse kaskadene (17).

Ved tre til fire graders nedkjøling vil pasientens stoffskifte gå ned og oksygenforbruket synke. I tillegg vil hypotermi virke beskyttende på cellene. Man tenker at hypotermibehandling reduserer de uheldige virkningene av reperfusjon, så som produksjonen av frie radikaler, frigjøring av eksitatoriske aminosyrer og kalsiumvandring over cellemembranen. Denne effekten har større betydning for beskyttelse av hjernen, enn at stoffskifte settes ned (14,18,20).

### Hypotermibehandling

Hypotermibehandling vil si at man kjøler pasienten til en ønsket temperatur, som regel mellom 32 og 34°C, og holder temperaturen innenfor denne rammen i en gitt tidsperiode. Hvis pasienten er veldig kald, kan det hende han må varmes på hjerte-lungemaskin for å oppnå en ønsket terapeutisk temperatur. Som tidligere nevnt er det i reperfusjonsfasen de største skadene oppstår. Det er derfor viktig å få kjølt ned de normo- og hypertermie pasientene raskt, og helst innen seks timer, slik at den beskyttende effekten som hypotermi har gitt igangsettes (14). Barn kjøles fortene ned enn voksne fordi de har lite subkutant fett og stor kroppsoverflate i forhold til vekt (15).

### Forskning

Kochanek (24) hevder at man ikke kan overføre forskning gjort på voksne hjertestanspasienter til barn som har hatt hjertestans. Han påpeker at respiratorisk årsak til hjertestans som

er vanligst hos barn, gir dårligere prognose enn hjertestans utløst av ventrikkelflimmer. Han nevner også utfordringene det gir at barnets hjerne er under utvikling og gir forskjellig respons på hjerneskade avhengig av alder. Disse spesielle forholdene hos barn gjør at Kochanek etterlyser mer forskning på dette området. Bierens m.fl. (15) sier at bortsett fra raskt igangsatt resuscitering, er indusert hypotermi det eneste vi kjenner som reduserer hjerneskaden etter nærdrukning. Dette støttes av Szpilman m.fl. (19) som skriver at barn resuscitert etter drukningsulykker som regel er hypotermie. Hvis de fortsatt er komatøse, skal de ikke varmes til mer enn mellom 32 og 34°C. I tillegg skal de behandles med hypotermi for å holde temperaturen stabil innenfor disse grensene. Fink m.fl. (18) stiller spørsmål om ikke alle pasienter som er resuscitert, kan ha nytte av indusert hypotermi. Likeledes sier både de europeiske og de amerikanske retningslinjene for resuscitering at hypotermibehandling av barn kan vurderes (10). Dohertys (9) studie på barn fra Canada viser at hypotermibehandling ble brukt på 35 prosent av pasientene som fylte inklusjonskriteriene, mens resten ble holdt normotermie. De som ble behandlet med hypotermi hadde hatt hjertestans gjennomsnittlig 30 minutter, mens de normotermie hadde hatt hjertestans gjennomsnittlig ti minutter. Den hypotermie gruppen hadde fått mer akuttmedisiner, hadde høyere laktat og høyere andel organ dysfunksjon, og forfatterne antyder at disse pasientene kan ha hatt mer al-

## Det kan ta mange år før forskningen gir svar.

vorlig sykdom før hjertestans. I samme gruppe var det også flere pasienter som ble behandlet med extra corporal membran oxygenering (ECMO). ECMO er en behandlingsmetode som kan redde mennesker med kritisk hjerte- og/eller lungesvikt. Maskinen fungerer altså som en «kunstig lunge» i en periode hvor pasientens lunger av forskjellige grunner ikke fungerer. Maskinen kan også bidra til å understøtte blodsirkulasjonen.

### Kjøletid

Studien viste at barna som fikk hypotermibehandling hadde høyere dødelighet enn de som ble behandlet med normaltemperatur. Men når de justerte for de tidligere nevnte ulikhetene mellom de to gruppene, fant de ingen signifikant forskjell i dødelighet. De fant heller ingen bivirkninger relatert til hypotermibehandlingen.

Det er ikke konsensus om lengden på kjøletiden. De nyeste amerikanske og europeiske retningslinjene anbefaler en eventuell behandlingstid på mellom tolv og tjuefire timer for voksne (10,13). I praksis viser litteraturen at kjøletiden kan variere fra 12 til 96 timer (4,19). Pasientene på Barneintensiv kjøles i minimum 24 timer. Videre hypotermibehandling vurderes individuelt ut fra pasientens klinikk og forløp. I praksis benyttes indusert hypotermi i opptil 72 timer.

Når hypotermibehandlingen skal avsluttes, må oppvarmingen skje langsomt. Det er anbefalt å varme ¼–½ °C i timen (20,21,25). Erfaring viser at det er lurt å stanse oppvarmingen når pasientens kjernetemperatur er cirka 36°C. Feber har vist seg å være forbundet med dårlig utkomme og må ikke forekomme (2,3).

### Diskusjon

Det er foreløpig ingen konsensus for indusert hypotermibehandling



av barn. Man etterspør mer forskning som kan dokumentere at induert hypotermi gir bedre utkomme og er en sikker behandling også for denne aldersgruppen. Inamasu og Ichikizaki (26) forfekter dette synet etter en litteraturgjennomgang i 2002. Dette blir også støttet av en undersøkelse fra 2006 gjort blant leger, hovedsakelig amerikanske, som jobbet med akutt og kritisk syke barn. 38 prosent av de 159 legene som svarte, sa at de av og til benyttet hypotermibehandling. Selv om legene var kjent med behandlingens gunstige virkninger, ønsket de protokoller basert på ytterligere forskning på barn, før de rutinemessig tok i bruk behandlingen (27). Dohertys studie (9) fant ingen forskjell

## Man etterlyser forskning som sier noe om kjølelengde- og dybde.

i dødelighet mellom de barna som ble hypotermibehandlet og de som ikke fikk den behandlingen. Svakheterne ved studien slik vi ser det, er de store forskjellene mellom de to undersøkte gruppene. Det var betydelige variasjoner i bruk av teknisk utstyr og medikamenter, samt hvor lenge barna var uten sirkulasjon. Studien sier ikke noe om hvor raskt det ble igangsatt resuscitering, til tross for at det er dokumentert å ha signifikant betydning for utkomme at hjerte-lunge-redning blir startet så raskt som mulig etter sirkulasjonsstans (10,15,16,18). I tillegg stiller vi oss spørrende til om det er mulig å sammenligne de to gruppene når det er så stor forskjell i gjennomsnittlig hjer-testanstid, selv om de har justert for dette. Forfatterne påpeker også selv at varigheten av hjer-testans og graden av effektiviteten av resusciteringen har betydning for utkomme og dødelighet.

### Etiske vurderinger

Etiske forskningsregler krever informert samtykke fra forsøkspersonen. For barn, bevisstløse voksne og andre som ikke kan ivareta sine egne interesser, kreves det samtykke fra foreldre eller annen bemyndiget person. I enkelte studier kan det søkes Etisk komité om fritak fra samtykke (28).

Når det gjelder forskning som skal gjøres i forbindelse med

akutte situasjoner kan samtykke være vanskelig å innhente. Indusert hypotermi er aktuelt i forbindelse med akutt og kritisk sykdom, og må i mange tilfeller igangsettes før man får kontakt med pårørende. Nærmeste familie kan bli tvunget til å ta stilling til noe de ikke har forutsetning for å kunne vurdere i en så kritisk situasjon. I intervjuundersøkelsen gjort blant leger (27), svarer de fleste at det er etisk forsvarlig å benytte fritak fra foreldresamtykke i en studie hvor det undersøkes virkningen av induert hypotermi på barn. Bakgrunnen for dette er kunnskapen om at det er viktig å komme raskt i gang med behandlingen hvis den skal ha effekt. For å forske på virkningen av induert hypotermi er det viktig å ha en kontrollgruppe som blir holdt normoterm. Det kan være et etisk problem at ikke alle barn med hypoxiskade blir hypotermibehandlet fordi den positive effekten av induert hypotermi er dokumentert i dyreforsøk, i forbindelse med nyfødtafysi og hos voksne resuscitert etter ventrikkelflimmer (1-3,8,21).

### Avslutning

Hypotermibehandling av barn er et område hvor det pågår diskusjoner. Både i de europeiske retningslinjene for resuscitering og i annen litteratur etterlyses det mer forskning som omhandler hypotermibehandling hos barn. I tillegg til dokumentasjon av virkningen, etterlyser man forskning som sier noe om kjølelengde- og dybde (9,10,18,21,24). Det er store variasjoner i årsakene til hjer-testans hos barn, og det totale antallet barn med hjer-testans er lite. Det vil derfor være meget tid- og ressurskrevende å gjennomføre en studie med tilstrekkelig antall barn, før man kan konkludere hvorvidt hypotermibehandling skal anbefales eller ikke. Det kan ta mange år før forskning gir svar. Studiene og erfaringene man har med hypotermibehandling av voksne, nyfødte og dyr viser god effekt og få bivirkninger (1,3,4,6,7).

I påvente av ny og mer forskning vil induert hypotermibehandling være en viktig del av behandlingen på Barneintensiv på Rikshospitalet, til barn som har blitt resuscitert. I den forbindelse er det utarbeidet en sykepleieprotokoll for hypotermibehandling, for å sikre enhetlig håndtering av barna. ■■■

### LITTERATUR

- Holzer M. The Hypothermia After Cardiac Arrest Study Group Mild therapeutic hypothermia to improve the neurologic outcome after cardiac arrest. The New England Journal of Medicine 2002; 346(8): 549 – 556.
- Mclvoy L. The Effect of Hypothermia and Hyperthermia on Acute Brain Injury. American Association of Critical-Care Nurses CLINICAL ISSUES 2005;16: 488 – 500.
- Battin M, Penrice J, Gunn T, Gunn A. Treatment of Term Infants With Head Cooling and Mild Systemic Hypothermia (35.0 °C and 34.5 °C) After Perinatal Asphyxia. PEDIATRICS 2003; 111: 244–251.
- Bernard S, MacC Jones B, Horne M. Clinical Trial of Induced Hypothermia in Comatose Survivors of Out-of-Hospital Cardiac Arrest. Annals of Emergency Medicine 1997; 30(2): 146–153.
- Agnew D, et al. Hypothermia for 24 Hours After Asphyxial Cardiac Arrest in Piglets Provides Striatal Neuroprotection That Is Sustained 10 Days After Rewarming. PEDIATRIC RESEARCH 2003; 54(2): 253–262.
- Fink E, et al. Brief Induced Hypothermia Improves Outcome after Asphyxial Cardiopulmonary Arrest in Juvenile Rats. Developmental Neuroscience 2005; 27: 191–199.
- Sterz F, Safar P, Tisherman S, Radovsky A, Kuboyama K, Oku K. Mild hypothermic cardiopulmonary resuscitation improves outcome after prolonged cardiac arrest in dogs. Critical care Medicine 1991; 19(3): 379–389.
- Gunn A, Gluckman P, Gunn T. Selective Head Cooling in Newborn Infants After Perinatal Asphyxia: A Safety. PEDIATRICS 1998; 102: 885–892.
- Doherty D, et al. Hypothermia Therapy After Pediatric Cardiac Arrest. Circulation 2009; 119: 1492–1500.
- Bianeri D, et al. European Resuscitation Council Guidelines for resuscitation 2005, Section 6. Paediatric life support. Resuscitation 2005; 67(5): 97–133.
- Compagnoni G, Pogliani L, Lista G, Castoldi F, Fontana P, Mosca F. Hypothermia Reduces Neurological Damage in Asphyxiated Newborn Infants. Biology of the Neonate 2002; 82: 222–227.
- Azzopardi D, Robertson N, Cowan F, Rutherford M, Rampling M, Edwards D. Pilot Study of Treatment With Whole Body Hypothermia for Neonatal Encephalopathy. PEDIATRICS 2000; 106: 684–694.
- Chameides L, et al. 2005 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary resuscitation (CPR) and emergency cardiovascular care (ECC) of Pediatric and Neonatal Patients: Pediatric Basic Life Support. PEDIATRICS 2006;117: 989–1004.
- Nolan J, Morley T, Vanden Hoek T, Hickey R. Therapeutic hypothermia after cardiac arrest. An advisory statement by the Advanced Life Support task force of the International Liaison Committee on Resuscitation. Resuscitation 2003; 57: 231–235.
- Bierens J, Knape J, Gellissen H. Drowning. Critical Care 2002; 6: 578–586.
- Suominen P, Baillie C, Korpela R, Rautanen S, Ranta S, Olkkola K. Impact of age, submersion time and water temperature on outcome in near-drowning. Resuscitation 2001; 52: 247–254.
- Fink M, Abraham E, Vincent J, Kochanek P. Biochemical, cellular, and molecular mechanisms of neuronal death and secondary brain injury in critical care. I: Clark R, Jenkins L, Lai Y, Zhang X, Kochanek P. Textbook of Critical Care. Elsevier Saunders, 2005: 263–272. 18. Fink M, Abraham E, Vincent J, Kochanek P, Calloway C. Cardiopulmonary-cerebral resuscitation. I: Clark R, Jenkins L, Lai Y, Zhang X, Kochanek P. Textbook of Critical Care. Elsevier Saunders, 2005: 311–324.
- Szpilman D, Orłowski J, Bierens J, Drowning. I: Fink M, Abraham E, Vincent J, Kochanek P. Textbook of Critical Care, Fifth Edition, Elsevier Saunders, 2005: 699–706.
- Roscher R. Cooling and Dopamine. Sweden: Lund University, 2001, s. 1–109.
- Nolan P, Deakin C, Soar J, Böttiger B, Smith G. European Resuscitation Council Guidelines for resuscitation 2005, Section 4. Adult advanced life support. Resuscitation 2005; 67(5) s. 539–586.
- Mackway-Jones K, Molyneux E, Phillips B, Wieteska S. Advanced Paediatric Life Support. BMJ books, 2001.
- Richmond T. Cerebral Resuscitation After Global Brain Ischemia: Linking Research to Practice. American association of Critical-Care Nurses CLINICAL ISSUES 1997; 8 (2): 171–181.
- Kochanek P, Fink E, Bell M, Bayir H, Clark R. Therapeutic Hypothermia: Application in Pediatric Cardiac Arrest. JOURNAL OF NEUROTRAUMA 2009; 26: 421–427.
- Lexov K. Aksidentell hypotermi. Tidsskrift for Den norske Lægeförening, 1989; 30: 3105–3107.
- Inamasu J, Ichikizaki K. Mild Hypothermia in Neurologic Emergency: an Update. Annals of emergency Medicine 2002; 40(2): 220–228.
- Haque I, LaTour M, Zaritsky A. Pediatric critical care community survey of knowledge and attitudes toward therapeutic hypothermia in comatose children after cardiac arrest. Pediatric Critical Care Medicine 2006; 7(1): 7–11.
- Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin (NEM) (2005). 6 sider.



Rachel Reitan, mastergrad i sykepleie, universitetslektor, Universitetet i Nordland. Oversatt av Knut Dybwik.

# Mobile akutteam redder liv

Både Sverige og Danmark har innført velfungerende akutteam på nasjonal basis. Hvorfor har vi ikke gjort det samme i Norge?

**K**onseptet «Rapid respons» har som mål å oppdage tidlige signaler på forverring i pasientens tilstand, slik at tiltak for å redusere komplikasjoner og forhindre død kan settes i verk tidlig. Mobilt akutteam (MAT) er innført på verdensbasis på bakgrunn av forskning som støtter sammenhengen mellom MAT og reduksjon i forekomsten av både hjertestans og dødelighet (1,2), samt økt tilfredshet hos personalet (3). Til tross for overbevisende forskningsfunn ved bruk av tidlige varslingssystemer, har Norge fortsatt ikke fulgt sine europeiske og skandinaviske naboers eksempel med å innføre MAT på nasjonal basis. Hensikten med denne artikkelen er å undersøke Norges motvilje mot å innføre MAT-konseptet og presentere en løsning for hvordan man kan innføre MAT-systemet i norske sykehus på en vellykket måte.

## Hva er MAT?

Mobilt akutteam (MAT) er et team av akuttmedisinske eksperter, vanligvis intensivsykepleiere og en anestesilege, som kalles ut til risikopasienter på sengeposter. De skal vurdere, behandle og forhindre ytterligere forverring av pasientens tilstand. MAT fører til færre uheldige behandlingsresultater, redusert mortalitet, og det reduserer antall døgnopphold i sykehus (2,4). Med MAT-systemet kan sykepleiere som er bekymret for pasientens tilstand lettere kontakte akuttmedisinske eksperter. Gjennom rask vurdering, øyeblikkelige tiltak, kommunikasjon og opplæring, kan MAT fremme en kultur hvor støtte og samarbeid mellom akuttmedisinsk personale og medisinske- og kirurgiske sykepleiere står sentralt (3). Sykepleierne blir også flinkere til å oppdage forverring i pasientens tilstand (3). MAT-konseptet er godkjent og anbefalt av medisinske organisasjoner over hele verden (5).


MAT tilkalles av sykepleiere på vanlig medisinske og kirurgiske sengeposter på bakgrunn av de vanligste fysiologiske varsel-signalerne (se tabell 1) eller hvis en sykepleier får «en dårlige følelse.» Når MAT varsles forsøker de å behandle pasienten på sengeposten for å unngå overflytting til intensivavdelingen. Men for eksempel ved behov for intubering eller intensivmonitoring, kan pasienten likevel overføres.

TABELL 1: Kriterier for MAT-utrykning

Organsystem	Signaler
Respiratoriske	RF < 8 or > 30 SpO2 < 90% med O2 terapi
Sirkulatoriske	MAP < 60 or > 130 mm Hg HF < 45 or > 125 SPM Brystsmerter Diurese < 50ml over 4 timer
Neurologiske	Nedsatt bevissthet Forandring i mentalstatus
Andre	En pleier er bekymret for en pasient

Notat. RF = respirasjonsfrekvens, SpO2 = oxygen saturasjon, MAP = middelararteriestrykk, HF = hjertefrekvens, SPM = slag per minutt (6)

## Problemer og utfordringer

Svikt i å gi rask og kompetent pleie til en pasient på en sengepost som er blitt akutt syk, kan føre til uventede komplikasjoner og død (7). Ifølge en rapport fra Institute of Medicine ble det estimert at omtrent 100 000 dødsfall i amerikanske sykehus skyldtes slik svikt (8). I 2007 undersøkte Akershus universitetssykehus over 1000 journaler og fant at nesten 20 prosent av pasientene ble påført en uventet hendelse (9). Norsk Pasientskadeerstatning (NPE) brukte over 750 millioner kroner på pasientskader i 2009 (10). Uventede hendelser og dødsfall i sykehus er et stort problem for pasientsikkerhet over hele verden. De fleste sykehus har «stansteam» når det oppstår akutte situasjoner, som hjerte- eller respirasjonsstans. Men flere og flere klinikere og forskere mener at dette teamet ofte kommer altfor seint og at deres kompetanse burde ha blitt brukt før en akutt hjerte- eller respirasjonsstans oppstår (5). Hjertestans er vanligvis den siste hendelsen i en rekke fysiologiske signaler som varsler at pasientens tilstand forverres (1). Før hjertestans har opp til 80 prosent av pasientene tydelige 

## www.sykepleien.no

Les mer og finn litteraturreferanser på våre nettsider.

### Søkeord:

- ▶ Akutt sykepleie
- ▶ Anestesi
- ▶ Intensivsykepleie
- ▶ Samhandling





**ØYEBLIKKELIG HJELP:** Mobilt akutteam er et team med akuttmedisinske eksperter og består vanligvis av intensivsykepleiere og en anestesilege.  
Foto: Gorm Kallestad/Scanpix

fysiologisk tegn på forverring, og vitale kroppsfunksjoner er unormale åtte timer før hjertestans inntreffer hos halvparten av de som får hjertestans på sykehus (11,12). På bakgrunn av dette kommer «stansteam» vanligvis altfor seint (5).

### Mangel på nivå-1 evidens

De aller fleste studiene som viser en sammenheng mellom MAT og et synkende antall hjertestans eller dødsfall i sykehus, er prospektive før- og etterstudier eller ikke-randomiserte kontrollstudier. Disse representerer nivå 2-forskning (5). Noen argumenterer med at man trenger mer forskning på nivå 1 for å rettferdiggjøre utviklingen av tidlige varslingsystemer. Bellemo et al. (7) hevder at dobbeltblindede randomiserte studier (nivå 1) av MAT er umulig å utføre. Aaneman og Karr (5) diskuterer de etiske konsekvensene av å gjennomføre randomiserte studier som potensielt ville forhindre behandling av akutt syke pasienter. Andre antyder til og med at en forsinkelse i innføringen av MAT i påvente av nivå 1-forskning er uetisk (13). I en systematisk litteraturgjennomgang utført av en av pionerene innenfor

forskning på MAT-systemet, var konklusjonen at det finnes ingen funn som peker mot bruken av MAT og heller ingen bevis på at pasientskade har oppstått ved bruk av MAT (14).

### MERIT-studiet

I 2005 utførte et team av forskere fra MERIT (Medical Emergency Response Improvement Team) det første randomiserte kontrollstudiet for å undersøke sammenhengen mellom MAT og reduksjonen i uplanlagte overføringer til intensivavdelinger, hjertestans og uventede dødsfall (15). Etter seks måneder konkluderte forskerne med at MAT-systemet økte antall akutteam som ble utkalt. Men dette hadde ingen signifikant effekt på resultatvariablene for overføringer til intensivavdelingene, hjertestans eller uventede dødsfall. Til tross for dette så man en reduksjon i antall hjertestans i begge gruppene (15).

Kunnskapscenteret i Norge bruker MERIT-studiet som hovedkilde for å stille spørsmål ved og til og med avvise bruken av MAT i norske sykehus (16). Dette til tross for at mange har stilt spørsmål om studiemetodene og resultatene (5,7,17). I en

artikkel fra 2008 skrev Rinaldo Bellemo, en av hovedforfatterne bak MERIT-studiet, at «dobbelblindede randomiserte studier av MAT er umulig (s. 1).» Institute for Healthcare Improvement (IHI) publiserte en erklæring der de hevdet at til tross for et sterkt studiedesign kunne begrensninger og svakheter i studiet skyldes ufullstendig og inkonsekvent innføring av MAT i studiesykehus og delvis innføring av MAT i kontrollsykehus (det var vanskelig å finne sykehus i Australia som ikke allerede hadde innført MAT eller var i ferd med å gjøre det). Studiet var ikke sterkt nok til å oppdage en 30 prosent reduksjon i resultatvariablene (17). I en artikkel fra 2006 drøftet Aaneman og Karr (5) den «utilstrekkelige statistiske svakheten (s. 76)» i MERIT-studien, og mangel på medgjørighet i studiesykehus fordi det var investert for lite tid

### MAT-systemet

Både Sverige og Danmark har etablert velfungerende MAT-systemer. Karolinska Universitetssjukhuset i Stockholm har sett en reduksjon i hjertestans fra 1,12 per 1000 innleggelser til 0,83 per 1000 innleggelser ( $p=0,035$ ) og mortaliteten har blitt redusert med 12 prosent ( $p=0,002$ ) etter MAT ble etablert (1).

Innføring av MAT i norske sykehus fører til en lang rekke utfordringer knyttet til forandring i tradisjonelle tenkemåter og praksis i sykehus. Å utvikle et velfungerende team av intensivmedisinsk personell som rykker ut bedside til dårlige pasienter krever ressurser for å lykkes (2,18).

### Struktur

Med utgangspunkt i praksis fra andre skandinaviske land, og litteratur, bør MAT i Norge bestå av en anestesilege, en intensivsykepleier og pasientens primære sykepleier og lege på sengeposten. I samarbeid med sykepleier og lege på sengeposten har intensivsykepleier og anestesilege i oppgave å konsultere, undervise og legge til rette når de blir utkalt til en dårlig pasient. Deres ekspertise på behandling av kritisk syke, verdifull informasjon om pasienten og lagarbeid med sengepostpersonalet, styrer vurdering, identifisering og behandling av en potensielt kritisk tilstand. I tillegg skal de forhindre ytterligere forverring i pasientens tilstand, overføring til intensivavdelingen samt hjertestans eller død.

### Opplæring

En avgjørende faktor for vellykket innføring av MAT er opplæring av medlemmene i det mobile akutteamet samt av leger og sykepleiere på sengeposten. Uten tilstrekkelig opplæring kan

det hende at personalet ikke varsler når det er behov for det. Grunner til dette kan være at man overser betydningen av tidlig intervensjon, manglende evne til å gjenkjenne fysiologiske varselsignaler, frykt for å få skylden for pasientens forverrede tilstand og vanskeligheter med å bryte med den tradisjonelle handlemåten med å ringe pasientens primære lege (7). Tilstrekkelig opplæring vil dempe skepsisen som noen i personalet kan føle.

Opplæring av medisinsk personale fokuserer primært på å få fram fordelene med og fjerne myter knyttet til MAT. Medisinsk personale kan være nølende overfor et slikt system fordi sykepleiere får direkte tilgang til akutteamet. Leger kan også

## Medisinsk personale kan være nølende overfor et slikt system fordi sykepleiere får direkte tilgang til akutteamet.

være nølende til å innføre et system som baserer seg på sykepleiernes selvstendige dømmekraft og gir dem mer makt i pasientsorgen (7).

I utgangspunktet bør ikke medisinske og kirurgiske sykepleiere på sengepostene bli skremt fra eller redde for å kontakte MAT av frykt for at teamet vil ta over omsorgen. De kommer for å gi raske anbefalinger slik at pasienten slipper å bli overført til intensivavdeling.

### Konklusjon

Innføring av MAT krever minimale økonomiske ressurser (13,19). Den potensielle reduksjonen i hjertestans, dødelighet, liggedøgn på sykehus og økt jobbtilfredshet hos personalet kan gi reduserte kostnader.

Det overordnede målet med å innføre MAT er å redusere hjertestans i sykehus med 30 prosent, redusere dødelighet i sykehus med 20 prosent og øke sykepleiertrivselen. Dette kan måles gjennom pasientresultater og medarbeidertilfredshet.

Dokumentasjon av alle utrykningene er viktig for å evaluere og kontinuerlig forbedre MAT-systemet. Evaluering av denne dokumentasjonen vil avdekke behov for forbedringer og styre eventuelle endringer i den opprinnelige innføringsplanen for MAT. Evaluering bidrar også til å bedre utrykningssystemet til MAT i tillegg til responstid, intervensjonsmetoder, kommunikasjonsmetoder og andre viktige aspekter ved teamet. ■■■

### LITTERATUR

1. Bell M, Granath F, Jaderling G, Konrad D, Ekbohm A, Martling C. Reducing in-hospital cardiac arrests and hospital mortality by introducing a medical emergency team. *Intensive Care Medicine* 2010; 36: 100–106.
2. Bellemo R, Buckmater J, Doolan L, Goldsmith D, Gutteridge G, Hart G. A prospective before-and-after trial of a medical emergency team. *Medical Journal of Australia* 2003; 179: 283–287.
3. Dodd D, Rasmussen D, Thomas K, Force M, Whilden S. Rapid response team: Challenges, solutions, benefits. *Critical Care Nurse* 2007; 27(1): 20–27.
4. Devita M, Hillman K, Bellemo R. Medical Emergency Teams: Implementation and Outcome Measures. New York, NY: Springer, 2006.
5. Aaneman, A, Parr M. The ERC Guidelines for Resuscitation 2005 and the medical emergency team. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation, and Emergency Medicine* 2006; 14: 74–77.
6. Institute for Healthcare Improvement. (2006). Institute for Healthcare Improvement: Establish a Rapid Response Team. Retrieved October 5, 2009, from IHI: <http://www.ihl.org/IHI/Topics/CriticalCare/Intensive-Care/Changes/EstablishaRapidResponseTeam.htm>
7. Bellemo R, Calzavacca P, Goldsmith D, Licari E, Tee A. Bench-to-bedside review: The MET syndrome – the challenges of researching and adopting medical emergency teams. *Critical Care* 2008; 12: 205–211.
8. Corrigan J, Donaldson M, Kohn L. *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Washington, D.C.: Institute of Medicine, 2000.
9. Svaar H. Journal Analysis to Uncover Patient Injuries. Patient Safety Conference. Oslo, Norway: Akershus University Hospital, 2007.
10. The Norwegian System of Compensation to Patients. (2010, February 2). Utbetalinger 2009. Retrieved March 10, 2010, from The Norwegian System of Compensation to Patients: <http://npe.no>
11. Franklin C, Mathew J. Developing strategies to prevent in hospital cardiac arrest: analyzing responses of physicians and nurses in the hours before the event. *Critical Care Medicine* 1994; 22 (2): 244–247.
12. Nurmi J. Observations and warning signs prior to cardiac arrest. *Acta An Scand* 2005; 49: 702–706.
13. Kerridge R, Saul W. The medical emergency team, evidence-based medicine and ethics. *Medical Journal of Australia* 2003; 179(6): 313–315.
14. Bellemo R. Medical Emergency Teams: Evidence For and Against. 2009 Rapid Response Systems Conference. Victoria, Australia: Austin Hospital, 2009.
15. MERIT study investigators. Introduction of the medical emergency team (MET) system: a cluster-randomized controlled trial. *Lancet* 2005; 365: 2091–2097.
16. Gilbert M. Patient Safety in Practice. The Norwegian Knowledge Center for Health Services. Tromsø, Norway: University Hospital of Northern Norway, 2006.
17. 100,000 Lives Campaign. The «MERIT» Trial of Medical Emergency Teams in Australia: An Analysis of Findings and Implications for the 100,000 Lives Campaign. Institute for Healthcare Improvement. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement, 2006.
18. Bedker D, Corderella J, Hatler C, Johnson R, King D, Mast D, et al. Implementing a rapid response team to decrease emergencies outside the ICU: One hospital's experience. *MedSurg Nursing* 2009; 18(2): 84–93.
19. Ward W. The Business Case for Implementing Rapid Response Teams. Dallas, TX: John Hopkins Bloomberg School of Public Health, 2006.



Jonny Sollid, sjukepleiar/  
ambulansarbeidar ved  
ambulansetenenesta Volda  
Sjukehus.

# Prehospital sjukepleie ved akutt hjerneslag

Samhandling mellom sjukepleiar, AMK, lege og sjukehus kan vere avgjerande og minske pasientens skader ved akutt hjerneslag.

**O**mlag 15 000 personar vert årleg ramma av hjerneslag i Norge. Hjerneslag er den tredje hyppigaste årsaka til død, og ein dominerande årsak til alvorleg funksjonshemming. Berekningar som er gjort viser at eit hjerneslag i snitt kostar cirka 600 000 kroner, og at det samla sett i Noreg utgjer ein årleg kostnad på mellom 7–8 milliardar kroner.

Rask og god prehospital hjelp er ein av dei sentrale faktorane for å betre prognosane til pasientar ramma av hjerneslag (1). Med bakgrunn i dette har eg skreive ei bacheloroppgåve om korleis ein best kan gje prehospital sjukepleie til pasient med akutt hjerneslag. I denne artikkelen vil eg dele noko av det eg har skreive om i denne oppgåva. Mine erfaringar er basert på eigen praksis i Sogn og Fjordane og på litteraturstudiar. Artikkelen vil difor dels trekke fram særlege utfordringar knytt til å utføre helsetenester i rurale strom. Eg vil først ta for meg førebuing til møtet med pasient, deretter møtet med pasient og til slutt transport til sjukehus.

## Førebuing

Førebuinga til møtet med pasient startar med at ein allerede i ambulansen prøver å danne seg eit bilete av situasjonen. Opplysningar frå AMK om pasienten si problemstilling, og sjukepleiar sine tidlegare erfaringar, dannar mykje av grunnlaget for denne førebuinga. Akutt hjerneslag er ein tilstand som vert klassifisert som akutt «raud-respons» (2). Raud respons blir sett i verk når pasienten er eller kan vere i livsfare fordi livsviktige funksjonar openbart er truga (3).

Tida ut til pasienten er ei god moglegheit til å skaffe seg oversikt og planlegge møtet med pasient, saman med personellet i ambulansen. Ein bør då nytte tida godt og avklare viktige moment som korrekt adresse, problemstilling, utstyr ein treng, arbeidsfordeling og kva ressursar som er tilgjengeleg. Ekstra ressursar er viktig å avklare på førehand, i tilfelle ein treng bistand frå til dømes lege eller luftambulans. Alt ein kan planlegge og avklare før møtet med pasienten, gjer at ein er førebudd og dermed unngår unødige tidsforsinkingar eller overraskingar. Det å diskutere gjennom oppdraget med makker er nyttig for utveksling av erfaringar, og gjer at ein er mentalt førebudd på å møte den akutte sjuke. Her kan det vere nyttig om ein erfaren forklarar og førebur den mindre erfaren, og at ein i fellesskap kjem fram til ein god måte og løysing for oppdraget (3). Ved innhenting av informasjon er det viktig å ha kjennskap til at innringar kan ha ei anna oppleving av situasjonen enn kva som er reelt for den medisinske tilstanden til pasienten (4). Eg har erfart at opplysningar om pasienten sin tilstand ikkje alltid samsvarar med det ein møter på skadestaden.

Ifølgje Haugen og Knudsen (4), er det i akuttsituasjonar mange element som må vurderast for å finne løysingar på utfordringane. Denne prosessen attspeglar seg i «Norsk indeks for medisinsk nødhjelp», som tar for seg vurdering, problemidentifisering, mål/tiltak og evaluering. Men dette er ikkje ein lineær prosess som startar med innsamling av data for så å ende med ei evaluering. Ein søker stadig etter ny informasjon i situasjonen, som igjen får konsekvensar for iverksetting av nye tiltak. Det er difor viktig å stadig vurdere tiltaka som ein har sett i verk.

## Legen er ikkje alltid med

Etter innføring av legevaktsamarbeidet (5), er mi erfaring at legen ikkje alltid kan bli med ut på akuttoppdraget, då vedkomande kan ha over ein time køyretid ut til pasient på natt og i helgane. Sjølv om utgangspunktet er at lege blir med ut på alle akuttoppdrag, erfarer eg at det i aukande grad blir vurdert slik av lege at ambulanspersonell kan handtere akuttsituasjonar på eiga hand. Legevaktsamarbeid, samt auka kompetanse mellom personellet på ambulansane og tettare samarbeid med lege, trur eg kan vere nokre av årsakene til dette.

På den andre sida erfarer eg at det til tider er vikarlegar som har eit anna morsmål enn norsk som blir med på akuttoppdrag. Dei kjenner ikkje lokale forhold eller personellet på ambulansen. Dette stiller større krav til sjukepleiar for å gjere seg forstått overfor og tolke beskjedar frå lege. Det er også i aukande grad pasientar som kjem frå andre kulturar enn vår eigen. Ifølgje Richardsen (3) kan det vere problematisk å etablere kontakt og forståing med framande kulturar som har andre haldningar, verdiar og regler for mellommenneskeleg åtferd enn vår eigen. Som sjukepleiar er det sær viktig å opptre på pasienten sine premisser, sjølv om vi ikkje sympatiserer med haldningane dei formidlar. Som Hummelvoll (6) skriv, opplever menneske verda frå kvar sin sjåstad eller perspektiv, og budskapet er difor ofte ein annan enn det som umiddelbart vert oppfatta av partane. Utfordringa er då å setje seg inn i den andre parten sin situasjon, for så vidare å forhandle seg fram til ei felles forståing av budskapet.

Med auka kompetanse og erfaring, synest eg det er lettare å stille korrekte og gode spørsmål for å avklare viktige moment mellom innringar, lege og AMK. Helsedirektoratet (1) peikar på kor viktig god kommunikasjon og samhandling mellom partane er, som ein sentral faktor for at pasienten skal få rett behandling til rett tid.

## Møtet med pasienten

Prehospitalt er det ikkje mogleg til å stille ei sikker diagnose eller å skilje dei ulike typane hjerneslag. Behandling vil difor basere seg

## www.sykepleien.no

Les mer og finn litteraturhenvisningar på våre nettsider.

### Søkeord:

- ▶ Akuttsykepleie
- ▶ Cerebrovaskulær sykdom
- ▶ Hjerneslag





*I akuttsituasjonar må ein først av alt undersøke og vurdere pasienten sine vitale livsfunksjonar.*

på funn, etter identifisering av pasienten sine problem (7). Om det er mogleg med behandling med til dømes trombolysse, avgjer tida frå symptomdebut til behandlingsstart. Det er difor viktig med rask identifisering av hjerneslag og eit effektivt, velorganisert samarbeid som sikrar pasienten riktig behandling til rett tid gjennom heile behandlingsskjeda (1). Som profesjonell sjukepleiar vil eit godt treningsblikk vere særskild viktig i vurderinga av pasienten sin tilstand og behov for omsorg, og for å vurdere vidare kva tiltak som må prioriterast først (8).

I akuttsituasjonar må ein først av alt undersøke og vurdere pasienten sine vitale livsfunksjonar og ABC-prinsippet. Dette gjer ein ved å snakke til, sjå på, ta på og eventuelt riste i vedkommande. Er pasienten livlaus og ikkje pustar normalt, eller har slutta å puste, skal ein starte med HLR. Livlaus pasient som pustar normalt etter eitt minutt vurdering, leggjast i sideleie på den ikkje affiserte sida (4). Ved forflytting av pasient med lamningar, skal ein vere særleg forsiktig med å dra i ledd på den affiserte sida, og då særleg skulderleddet, sidan dette kan føre til varige skader (9). Manglar pasienten oksygen som følgje av problem med A, B eller C, vil det allereie etter tre til fire minutt kunne oppstå varige hjerneslag (10). Har pasienten ei oksygenmetting på under 95 prosent, skal det gjevast medisinsk oksygen for å prøve å oppnå verdiar mellom 98–99 prosent (1).

#### Heilskapleg vurdering

Etter dei første livreddande tiltaka vil sjukepleiar prøve å setje opplysningar, som vart samla inn på veg ut til pasienten, i samanheng med nye opplysningar, for ei meir heilskapleg vurdering. I møtet med pasienten og andre som er tilstades, skal ein på svært kort tid motta, sortere og vurdere alle opplysningane. I denne vurderinga må ein som sjukepleiar gjennomgå sitt eige kunnskapsreservoar og prøve å setje dette saman med erfaringar og kunnskap (4). Grad av medvit kan ein sjekke ved å spørje pasienten om tid og

stad, spørje kva han/ho heiter, og om vedkommande hugsar kva som har skjedd, og heile hendinga. Hovudverk er som oftast eit plagsamt symptom, utan at det ligg til grunn nokon alvorleg årsak. Men i nokre tilfelle kan dette vere teikn på ein alvorleg tilstand, som til dømes hjernebløding, hjerneinfarkt eller annan årsak som fører til trykkending i hjernen. Teikn på alvorleg trykkstiging i hjernen, som intens hovudpine, vert etterfølgt av kvalme, brekningar, lys- og lydskyheit og fall i medvit. Ei rask utvikling heng ofte saman med ein alvorleg tilstand og ei dårleg prognose. Dette er ein potensielt livstrugande tilstand og pasient skal transporterast hurtig til sjukehus. Er der ikkje teikn til trykkstiging, vil pasienten normalt sett vere vaken, og vidare undersøking vil bli kartlegging av neurologiske utfall (9).

#### Tida er viktig

Den enklaste og best validerte metoden for kartlegging av pasienten sitt neurologiske utfall, er den såkalla «FAST»-test (Facialisparese, Armparese, Språkvanskar, Talevanskar). Pasientar med «FAST»-symptom som kan nå sjukehuset innan seks timar frå symptomdebut, skal hurtig transporterast til sjukehus og om naudsynt med helikopter om dette fører til vesentleg reduksjon i transporttida, då dei kan vere kandidatar for trombolytisk behandling. Trombolytisk behandling må startast tidlegast mogleg for best mogleg prognose, og seinast innan fire og ein halv time etter symptomstart (foreløpig godkjent tidsfrist er tre timar) (1).

Forskning viser at det er ei overdiagnosering av hjerneslag, og at ein av fire pasientar som får diagnosen hjerneslag ikkje har slag. Mesteparten av desse pasientane har ein annen neurologisk sjukdom som ligg til grunn. Dette stiller krav til kompetanse innan hjerneslag, for identifisering av symptom og bruk av «FAST»-test. Forskning viser at etter opplæring av personell i bruk av denne testen, fekk over 90 prosent av pasientane ei endeleg og korrekt diagnose. Vurderingane prehospitalt er difor særskild viktig for vidare

**KVART MINUTT TELLER:**  
Ved behandling av hjerneslag med til dømes trombolysse, er tida frå symptomdebut til behandlingsstart avgjerande.  
Arkivfoto: Erik M. Sundt



behandling, og endeleg diagnose. På den andre sida er det ingen «test» eller skjema som kan utelukke hjerneslag (7).

Mange av pasientane som brått blir alvorleg sjuke, vil ofte oppleve dette som svært dramatisk, og mange blir prega av angst og frykt (11). På den andre sida er det viktig å vere merksam på at pasienten vanlegvis ikkje oppleve smerte ved hjerneslag og at einskilde ikkje oppleve situasjonen som direkte trugande (12). Pasienten si oppleving av krise er ikkje alltid i samsvar med den medisinske krisa, men heng meir saman med korleis pasienten sjølv opplever krisa. Ein liten skade kan opplevast som ei alvorleg krise, og motsatt kan alvorlege situasjonar opplevast som ufarlege (4).

### Korleis skape tryggleik

Når sjukepleiaren møter pasienten, startar kommunikasjonen alereie før det er utveksla eitt einaste ord. Den nonverbale kommunikasjonen er grunnleggjande både for førsteintrykket og behandlinga vidare, i møtet med pasient og dei som er til stades. Nonverbal kommunikasjon uttrykkjer ein ved kroppshaldning, rørsler, ansiktsuttrykk, stemmebruk og berøring. Som profesjonell sjukepleiar er dette ei grunnleggjande kommunikasjonsform, som er til stor nytte gjennom heile hjelpeprosessen. Særleg viktig er dette i møte med personar som har kognitiv svikt, som ofte er tilfelle ved hjerneslag. Ein viktig funksjon med nonverbal kommunikasjon er å skape tryggleik, tillit og motivasjon for pasienten. Kommunikasjonsferdigheiter må trenast opp, og dei fleste har eit stort, ubrukt potensiale når det gjeld nonverbal bekreftande kommunikasjon (8).

Det å vere medviten på korleis ein kommuniserer nonverbalt, trur eg det er mange som ikkje er merksame på. Ved å tenkje gjennom kva ein vil formidle nonverbalt, og korleis ein gjer det, vil ein nok bli betre til å kommunisere klart, tydleg og i samsvar. Mi erfaring er at det å skulle uttrykkje seg korrekt nonverbalt på eit akutt oppdrag, kan vere utfordrande. Tidsfaktoren på akuttoppdrag er avgjerande, og ein kan ha eit høgt adrenalinnivå. Det å kome stressande inn dørene med masse utstyr og i full uniform, for så å setje seg ned ved pasienten for å formidle ro og tryggleik, er ikkje samanfallande.

### Stress

Stressnivået kan lett smitte over på pasienten, noko som fører til auka angst og redsle. Ifølgje Haugen og Knudsen (4), er det ein klar samanheng mellom skade, smerte og redsel. Desse påverka kvarandre, noko som kan føre til ein vond sirkel av forsterkande, negative element. Ein pasient med akutt hjerneslag blir redd, fordi utfallet kan verte fatalt. Redsla, smertene og skada påverkar respirasjonen og pasienten pustar stadig raskare. Det gjer at for mykje CO<sub>2</sub> luftast ut, slik at blodårer trekker seg saman, og dette fører igjen til nedsett sirkulasjon som kan forverre skaden (4). Ei roleg stemme, augekontakt og berøring, samt forklaring på at ein er her for å hjelpe, er gode sjukepleietiltak som bør utøvast i mangel av, eller som eit supplement til, medikamentell behandling. Ifølgje Kristoffersen og Breievne (13), er terapeutisk berøring ein grunnleggjande sans, og ved berøring kan ein leie merksemda til pasienten vekk frå plagsame symptom og dermed bidra til å redusere stress, smerte, kvalme og uro. Det er særst viktig å hugse på at sjølv om pasienten er djupt medvitlaus, kan høyrsele likevel vere intakt (9).

### Transport til sjukehus

Har undersøking av pasienten avdekka ein alvorleg tilstand, skal berre livreddande tiltak utførast før avreise. Ein kan då, om det er tid til det, utføre vidare tiltak under transport til sjukehus. I nokre situasjonar kan det og vere hensiktsmessig å få pasienten tidleg i ambulansen, før alle førebuingar er unnagjort. Det kan til dømes vere viss pasienten er utandørs, eller viss det er betre arbeidsforhold

i ambulansen, med tanke på lys og tilgang på utstyr (3). Eg har opplevd i praksis at det å vere uerfaren eller nyutdanna kan føre til at ein er usikker, og dermed treng lenger tid til vurdering av pasient og planlegging av situasjonen. Detaljar rundt arbeidsoppgåver kan fort bli gløymde eller utført i feil rekkefølge. Dette kan resultere i at ein må utføre dei på nytt eller brukar lengre tid. Ifølgje Haugen og Knudsen (4) er ikkje behandlingsskjeda sterkare enn det svakaste leddet, og det er difor viktig at alle aktørar er kompetente og kjenner sine arbeidsoppgåver for å sikre effektiv behandlingsskjede.

### Vurdering av tiltak

Under transport til sjukehus bør pasienten ha kontinuerlig tilsyn, og tiltak for å ivareta vitale livsfunksjonar settast i verk når dette er naudsynt. Ein del medisinske tiltak kan ein vurdere å utsette vist dette medfører auka tidbruk i forhold til å få pasienten hurtig til sjukehus (1). Under transport er det naudsynt med ein kontinuerleg evaluering av tiltak og stadig vurdering av pasienten sin tilstand. Kva fører tiltaka til? Endrar situasjonen seg – blir den betre eller verre? (4). Eg har sjølv erfart pasientar som i utgangspunktet har vore ved fullt medvit, men grunna utvikling av sjukdom har blitt medvitlause. Er ein då ikkje merksam og undersøker grad av medvit, kan pasienten som følgje av dette få ufrie luftvegar og påfølgjande skade. Er ein derimot merksam på utviklinga av tilstanden, kan ein setje i verk tiltak for å førebyggje, og dermed kan ein unngå at pasienten blir medvitlaus.

Desse vurderingane bestemmer hastegrad og om det er naudsynt å bruke signal som sirener og blålys. Her er det viktig at ein er merksam på at bruk av sirener og/eller høg fart er ein kraftig stressfaktor for pasienten (3). Eg har erfart at god førebuing på veg ut til pasienten, og hurtig handsaming hos pasienten, ofte er den best måten å redusere tida på akuttoppdrag.

Før framkomst til sjukehus kontaktar ein AMK og rapporterer inn alle funn, og særleg viktig er endringar i tilstand, slik at dei er førebudde på mottak av pasient (3). Helsedirektoratet (1) trekker fram samhandling som sikrar ei kontinuerleg og heilskapleg behandlingsskjede, som den viktigaste føresetnaden for eit godt behandlingresultat. Mi erfaring frå prehospitalt arbeid ute i distrikta ved lokalsjukehus, er at det ofte på kveld og i helgar ikkje er radiograf på sjukehuset, men at dei har heimevakt og må tilkallast. Dette er viktig å ha kunnskap om, då ein gjerne må varsle sjukehuset om nevrologiske funn svært tidleg for at CT/MR skal vere klart når ambulansen kjem til sjukehuset. ■■■

*Eg vil rette ein stor takk for all hjelp og støtte frå Irene Aasen Andersen (rettleiar på bacheloppgåva) og John Roger Andersen (for omarbeidinga til fagartikkel) ved Høgskulen i Sogn og Fjordane.*

### LITTERATUR

1. Helsedirektoratet. Behandling og rehabilitering ved hjerneslag. Oslo: HelseDirektoratet, 2010.
2. Den Norske Lægeforening. Norsk indeks for medisinsk nødhjelp. Stavanger: Åsmund S. Lærdal, 2005.
3. Richardsen J. Ambulansens operative funksjoner. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS, 2005.
4. Haugen JE, Knudsen Ø. Akutt medisinsk sykepleie-utanfor sykehus. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS, 2008.
5. Helse Førde (2008). Nyhende, Nordfjord Legevakt. Online: <http://www.helseforde.no/Modules/article.aspx?ObjectType=Article&Article.ID=3929&Category.ID=592>
6. Hummelvoll JK. HELT – ikkje stykkvis og delt. Oslo: Gyldendal Norske Forlag, 2006.
7. Rønning OM. Hvordan stille diagnosen akutt hjerneslag?. Tidsskrift for Den norske legeforening 2007; 7: 888–891.
8. Eide T, Eide H. Kommunikasjon i praksis – Relasjoner, samspill og etikk i sosialfagleg arbeid. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS, 2004.
9. Richardsen J. Akutt sykdom. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS, 2007.
10. Bjålie J, Haug E, Sand O, Sjaastad Ø. Menneskekroppen. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2004.
11. Mosesmand AM, Kjøllesdal A. Å være akutt kritisk syk – om pasientens og de pårørendes psykososiale reaksjoner og behov. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2004.
12. Johnsen SH. Raskere trombolytisk behandling ved hjerneslag?. Tidsskriftet for den norske legeforening 2009; 21: 2213.
13. Kristoffersen NJ, Breievne G. Grunnleggende Sykepleie, bind 3. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2005.





**NYHET!**  
Glukosamin  
reseptfritt på  
apoteket!

### Samin – effektiv symptomlindring ved slitasjegykt

Kroppen er skapt for bevegelse, men når vonde og stive ledd hindrer oss kan glukosamin hjelpe. Over tid vil glukosamin hemme selve nedbrytningen av brusken i leddene, som jo er årsaken til ubehaget. Samin inneholder glukosamin som brukes som byggestein i brusken. Nå får du Samin uten resept og du kjøper det på apoteket!



*Ikke la vonde ledd ødelegge gode opplevelser*



**Surjit Singh Gill**  
 Aktuell med: Tvang  
 Yrke: Psykiatrisk sykepleier  
 Bosted: Svelvik i Vestfold



# – Vis mer for

Tvang er ikke alltid negativt, men man må vite hva man gjør,

Tekst **Ellen Morland** Foto **Erik M. Sundt**

**U**nødvendig bruk av tvang i psykiatrien gjør Surjit Singh Gill sint og fortvilt - men også engasjert.

– Jeg brenner for dette faget, sier han, og forteller om de arbeidsplassene i Asker og Drammensområdet han har vært innom. Nå jobber han i Asker kommune, i omsorgsboliger for mennesker med psykiske lidelser.

Gill begynte som ufaglært på 80-tallet, nyankommet til Norge fra India. Han tok sykepleierutdanning, videreutdanning i psykiatri og hovedfag i sykepleievitenskap. Etter det forsket han to år på bruk av tvangsmidler i psykiatrien med utgangspunkt i en akuttpsykiatrisk avdeling. En bekjent av ham foreslo å gi ut dette materialet i bokform, og det syntes Gill var en god idé. Han tror fagfolk, men også andre som har opplevd tvang selv eller som pårørende, vil ha glede av boken. Den er ment for å bevisstgjøre hva tvang og krenkelser er. Og det er dette han synes han ser altfor mye av i psykiatrien.

– Det er for lett å ty til tvangsmidler. Det henger sammen med at det er for lite fagkompetanse når beslutninger tas. Det er for eksempel typisk at det er ufaglærte som sitter fastvakt med de mest kritisk syke. Det virker som mange sykepleiere ikke orker å ta de tyngste jobbene selv.

– Det er ganske frisk kritikk av kolleger?

– Ja. Og jeg står for det. Jeg synes pasientene fortjener god faglig oppfølging. Det heter jo spesialisthelsetjeneste. Så er vi kanskje én sykepleier og fem ufaglærte på vakt. Spesialisthelsetjeneste?

Singh Gill har for så vidt ikke noe imot ufaglærte. Det kunne gjøres mye for å integrere dem mer i det faglige fellesskapet med internopplæring. Men sykepleiere må ta mer ansvar for det faglige.

– Bruk av tvangsmidler oppleves negativt for pasienten. Andre tiltak må prøves først. Skal man bruke tvangsmidler, må man vite hva man gjør. Det er ikke nødvendigvis galt, men det må ligge omsorg i bunnen. Man må systematisk dokumentere hvordan det virker. Og eliminere de tiltakene som ikke virker.

Tvangsmidler er definert i Lov om psykisk helsevern, men tvangsbegrepet er ikke så lett, mener Singh Gill.

– Hva er tvang? Hvis en pasient vil skade seg selv eller andre og han blir holdt fast, da brukes et tvangsmiddel ifølge loven, men er det ikke en form for tvang å la være å gripe inn? Vi er jo der for å beskytte pasienten, også mot seg selv, resonnerer han.

– Og det å plassere en pasient i en avdeling, med regler som er der av hensyn til alle, er ikke det en form for tvang? Alle pasienter skal jo ha

# ståelse!

mener Surjit Singh Gill.

individuelt tilpasset behandling.

Tvang er et vidt begrep som også omfatter krenkelser. Som igjen handler mye om holdninger.

– Tenk deg at du kommer inn som pasient. Du er forvirret, redd, hører stemmer i hodet. Så kommer det en ung ansatt mot deg med et stort nøkkelknippe han rasler med. Slikt er ikke uvanlig i psykiatrien. Personalet utøver makt i stedet for å vise empati og forståelse for pasientens lidelse.

Slike situasjoner oppstår når perso-

skal kunne kartlegge pasientens ressurser og identifisere hvilke lidelser vedkommende har.

Singh Gill vil inkludere pårørende mer. Helsepersonell har en tendens til å gjemme seg bak taushetsplikten ved å ikke slippe pårørende inn på avdelingene av hensyn til de andre pasientene. Det ville være bedre om pårørende får lære om symptomene og gjenkjenne dem. De bør få vite hvor de skal henvende seg når de ser symptomene kommer.

## Pasientene må møtes med empati og sympati, og ikke en «jeg vet best»-holdning.

nalet ikke har nok kunnskap, mener Singh Gill. Det er sykepleierens oppgave å kjenne til pasientens lidelse, og vite hvordan deres sykdom arter seg. De skal kjenne hver enkelt pasient og bygge opp relasjoner til denne. Pasientene reagerer ulikt på diagnosene. De kan også reagere på medisinene, og bare fagkunnskap gjør deg i stand til å skille hva som er hva av symptomer og bivirkninger. Disse tingene er det ikke god nok opplæring i på utdanningen, mener Singh Gill.

– Er undervisningen om diagnosene for dårlig?

– Læren om sykdommene er medisinske diagnoser, men det er bare støtteinformasjon for sykepleieren. Vi

– Dette har vært prøvd ut på nye pasienter, men bør også brukes mer overfor pårørende til dem som har vært syke lenger. Vi har ressursene til dette. Vi lever i et kunnskaps-samfunn.

– Å jobbe i psykiatrien handler om å gi pasientene så god livskvalitet som mulig. Psykiatriske sykdommer er noe man ikke blir kvitt. Man må lære seg å leve med dem, og det går an. Pasientene må møtes med empati og sympati, og ikke en «jeg vet best»-holdning. Og man må vite at det tar tid å jobbe med psykiatriske pasienter. Er man av typen som vil ha raske resultater, er ikke psykiatrien riktig bransje. ■■■



## Der ørner dør

«1001 BØKER du må lese før du dør». Det er tittelen på en av mange bøker som handler om hva vi bør gjøre før vi dør. Tallet 1001 er hentet fra arabernes store litterære verk 1001 natt.

Utgangspunktet her er jomfruen Scheherazade som makter å holde seg i live i hele 1001 netter ved å fortelle ikke helt fullendte fortellinger for den sjalu kong Shahryr. Han hadde en plagsom uvane med å ta livet av sine jomfrukoner etter å ha vært sammen med dem en natt. Den smarte Scheherazade overlevde alle de 1001 nettene.

1001 bøker er mye. Selv leser jeg sakte – maks 15 skjønnlitterære og 30 fag – og dokumentarbøker i året. Totalt 45 bøker. For å lese 1001 bøker før jeg dør trenger jeg å holde meg i live og mentalt opplagt i vel 22 år til. Om jeg konsentrerer meg om skjønnlitteratur trenger jeg mer enn 66 år. Da ville jeg ha vært 121 år gammel. Neppe sannsynlig – jeg må altså velge. Om jeg hadde kort tid igjen å leve, ville det være et nesten umulig valg.

Jeg har møtt noen døende lesere og deres valg. Som sykepleier har jeg sittet og lest tekster fra Bibelen i deres siste dager. Det var deres eget ønske. Det er ikke så unaturlig at kristne velger tekster fra Bibelen. Barnetroen og tekstene kan gi trøst, lindring og håp.

Mer overraskende var valget til en ung, kreftsyk mann. Han hadde amputert den ene armen på grunn av metastaser. Han visste han hadde kort tid igjen å leve. Ofte når jeg kom inn på rommet hans lå han og leste. Det var en Morgan Kane bok. Den het «Der ørner dør».

Han leste til langt på kveld. Det var som om han måtte lese ferdig boken før han døde. Det var ikke noe dyptpløyende filosofisk verk om meningen med livet og døden. Det var en enkel fortelling. Jeg vet ikke om han fikk lest boken ferdig. Da jeg kom på vakt etter en frihelg var han død – borte.

Om han fikk lest hele boken ville han ha fått med seg slaget mellom General Custer og siouxindianerne. Indianerne, ledet av høvding Sitting Bull, vant kampen om deres hellige fjell Paha Sapa. Mange døde, men blant de som overlevde var Morgan Kane.

Den unge pasienten fikk kanskje med seg indianernes velfortjente seier før han selv gikk over til «de evige jaktmarker».

Jeg tenker ofte på han, undres over bokvalget, men ennå har jeg ikke lest boken om ørner i Paha Sapas klippede formasjoner.



K. H. Nygaard



### Manifest for psykisk helsevern

Av Trond F. Aarre  
231 sider  
Universitetsforlaget, 2010  
ISBN 978-82-15-01744-0  
Anmelder: Anne-Lill Haabeth,  
psykiatrisk sykepleier/klinisk spesialist

## Noe er galt i psykiatrien

**ANMELDELSE:** Forfatter Trond F. Aarre er spesialist i psykiatri og jobber som leder. Til tross for en egen opptrappingsplan for psykisk helse, nye medikamenter, nye terapeutiske metoder, millioner av tilførte statlige kroner, sitter han igjen med en følelse av at noe er fundamentalt galt. Vi har en av de best finansierte helsetjenester i verden, men ansatte opplever likevel å ha for lite ressurser til å gjøre en god jobb.

Aarre mener vi ikke har for lite penger, men at vi har en utfordring i forhold til hvordan vi skal bruke pengene vi har til å utvikle gode tjenester for brukerne. En desentralisert modell ville være bedre enn de tradisjonelle og kostbare sykehusene, som er bygget opp etter en medisinsk modell. Heller å ha et kommunenært samarbeid, med brukere og mestring i fokus.

Vi nærmer oss et veiskille, hvilken retning skal vi gå videre, hvordan bør

vi tenke om psykiske lidelser og behandlingen av dem. De medisinske tenke- og arbeidsmåter har vært til mye skade for videreutvikling av feltet, gjennom profesjonskamper, dyr organisering av tjenester samt ugunstig behandling orientert mot individ og sykdom. Studier viser også at vi ofte kommer til kort med de tradisjonelle behandlingene.

Hvilke konsekvenser bør det få at brukerne ofte har helt andre interesser enn dem hjelpeapparatet står for? Vi må forandre vår innstilling, holdninger og tenkemåte innenfor de ressurser vi har til rådighet. En helsefremmende og salutogenetisk tilnærming kan være mer verdifull, med fokus på mestring, håp, trivsel og livslyst. De beste arbeidsmåtene ser også ut til å være de billigste.

Aarre har en del tanker og ideer rundt nye ukonvensjonelle arbeids-

måter, og gode eksempler fra egen praksis.

Men jeg stiller meg litt undrende til hva han legger i begrepet faglige ressurser på side 37. Her står det: «Mange ukompliserte tilstander kunne vært behandlet på lavere omsorgsnivå. Men de faglige ressursene finnes nesten bare i spesialisthelsetjenesten, og da må pasientene henvises dit».

Et merkelig utsagn, da opptrappingsplanen har tilført kommunene svært mange årsverk og faglige ressurser. Det har skjedd et stort faglig løft ved at alle kommuner nå har en psykisk helsetjeneste med godt kvalifisert personell, og de har allerede brukere og mestring i fokus.

Jeg synes boka presenterer kjente tanker og sunn fornuft. Aarre har entusiasme og gode intensjoner, og prøver dette ut i praksis.

*Et menneskes sanne verdi skal ses i dets evne til at frigjøre seg fra seg selv.*

Albert Einstein



### Å være pasient En innføring i pasientologi

Av Anne-Mette Graubæk (red.)  
230 sider  
Akribe, 2010  
ISBN 978-82-79-50147-3  
Anmelder: Kjetil Skotte, sykepleier  
og frilansjournalist

## Teori om livsviktig tema

**ANMELDELSE:** Pasientologi er læren om hva som skjer med mennesker som blir syke. Slik kunnskap er viktig for at helsepersonell bedre kan møte pasientene. Denne boka gir blant annet innsikt i hvordan pasienten opplever sin sykdom, hvordan pasienten opplever å bli avhengig av andre og hvordan pasienten kan finne styrke til å leve videre, når kronisk eller dødelig sykdom truer.

Bokas redaktør er danske Anne-Mette Graubæk, som sammen med åtte medforfattere presenterer nyere forskning som viser hvordan sykepleieren med sin atferd og holdning påvirker livsmotet hos pasientene.

Boka starter med fire pasientfortellinger. Unge Morten får en alvorlig ryggmargsskade i en ulykke, Peter lever med nyresvikt, kreftsykepleieren Helle får selv kreft, og Jytte lever videre med afasi etter flere hjerneslag. Disse fortel-

lingene gir leseren et innblikk i tanker og følelser hos noen representanter for pasientgrupper sykepleiere møter hver dag på jobb. Særlig er kreftsykepleierens refleksjoner rundt egen sykdom, hva hun gjorde for å takle behandlingen, sorgen og sjokket, og ikke minst hennes møte med helsepersonell, lesning vi alle burde ta med oss videre i jobben som sykepleiere.

De ni forfatterne har alle skrevet hver sine kapitler. De presenterer teori og forskningsresultater i begynnelsen av hvert kapittel, noe som gjør boka teoretisk og tung å lese, med noen repetisjoner.

Noen av temaene boka problematiserer er hvordan pasienter kan oppleve ventetid (og manglende respekt hos helsepersonell for at venting kan være en belastning), relasjoner til helsepersonellet (hvordan danne fellesskapsfølelse) og

hvordan skape håp (en betingelse for å kunne leve videre). Forfatterne presenterer også forskning som viser at mange pasienter anstrenger seg for å vinne sykepleierens sympati, for dermed å oppnå bedre behandling.

Jeg savner at teorien overføres til praksis – hvordan kan sykepleieren møte sine pasienter på en mer forståelsesfull, mer empatisk og mer konkret måte? Hvilke enkle metoder kan sykepleieren ta med seg inn i sykestuen i sine møter med pasienten – i tillegg til de personlige, omsorgsfulle og faglige kunnskaper hun/han allerede besitter? Teori om teori i praksis blir gjerne ikke mer enn teori, selv om den kan være tankevekkende.

Jeg synes likevel at deler av boka er svært opplysende og nyttig, og både erfarne sykepleiere og studenter vil kunne ha nytte av å lese enkelte av kapitlene.



### Rita Bjørnstad

Alder: 60 år

Stilling: Helsesøster i Modum kommune

Favoritt: Mobiltelefon

Vi spør sykepleiere om hvilket hjelpemiddel/instrument som betyr mest for dem når de gjør jobben sin.

# Hei, det er helsesøster

Mobilen har gjort det enklere for Rita Bjørnstad å nå alle som trenger henne.

Tekst Johan Alvik Foto Nokia/Colourbox og privat

Eventyrlyst lokket den unge anestesisykepleieren Rita Bjørnstad fra hjemlandet Nederland til Norge i 1975. Hun fikk jobb ved Ullevål sykehus og tok senere utdanning til helsesøster i Norge. I jobben hennes er det viktig å snakke med folk og å være tilgjengelig.

#### Hva går jobben din ut på?

– Jeg er helsesøster på en videregående skole, har helsestasjon for ungdom og gir reisevaksiner.

#### Er du mye på farta?

– Ja, veldig mye, og da er det viktig å være tilgjengelig på mobil.

#### Hva slags mobil har du?

– Det er en Nokia E55. Jeg vet ikke hvilken årsmodell.

#### Hvorfor er mobilen din favoritt?

– Jeg er tilgjengelig selv om jeg ikke sitter på kontoret. Det er lett å sende sms eller ringe når jeg vil ha kontakt med noen, og lett for andre å få tak i meg. Ungdom er ofte impulsive og sender spørsmål med en gang de lurar på noe, gjerne sent om kvelden. Jeg har jobbtelefonen slått på bare når jeg er på jobb fra klokken 8 til 16, så hvis jeg får meldinger om kvelden, svarer jeg neste dag.

#### Hva spør ungdommene om?

– Alt mulig. Jobben min handler om livet deres, og spørsmålene reflekterer det. Ofte snakker vi om utfordringer på skolen, forholdet til venner og foreldre. De spør om helse og ernæring, seksuelt overførbare sykdommer, prevensjon, graviditet og sykdom.

#### Har du også fasttelefon på jobb?

– Ja. Og arbeidsgiver dekker selvfølgelig utgiftene til begge telefonene.

#### Hvor mye av arbeidsdagen bruker du på å snakke i telefon?

– Det er mange telefoner og tekstmeldinger i løpet av en dag, men jeg snakker ikke lenge med hver enkelt. Skal jeg ha lange telefonsamtaler liker jeg bedre å snakke i fasttelefonen enn i mobilen. Jeg synes det er bedre lyd i den faste. Jeg har aldri regnet ut hvor mange minutter jeg bruker på telefonsamtaler hver dag. Mesteparten av tiden har jeg direkte kontakt med folk – ansikt til ansikt.

#### Taster du raskt?

– Tja ... Jeg skriver ikke tekstmeldinger så veldig fort.

#### Bruker du tommel eller pekefinger?

– Jeg taster med tommelen.

#### Skriver du hele ordene i tekstmeldinger, eller forkorter du?

– Jeg skriver hele ord. Men meldingene jeg får fra ungdommer er full av forkortelser, og det hender at jeg må lese meldingen høyt for meg selv for å forstå hva de mener. Men når jeg leser dem høyt, går det bra.

#### Hva er den hyggeligste tekstmeldingen du har fått i år?

– «Yes. Jeg greide det!» Det var fra en person som måtte gjøre noe som han syntes var vanskelig, og som hadde greid å gjøre det. Da ble jeg veldig glad. Det føles godt å støtte noen til å mestre en utfordring.



# Oppdager få hjertefeil ved tidlig ultralyd

Ultralyd i uke 11–13 skiller dårlig mellom friske fostre og fostre med hjertefeil, viser en ny norsk rapport.

Tekst **Nina Hernæs**

Norge diskuteres det om gravide skal tilbys ultralyd tidligere enn i dag. Arbeiderpartiet mener alle gravide skal få tilbud om ultralyd i uke 11-13, såkalt tidlig ultralyd. Et argument er at syke fostre kan oppdages tidligere enn i dag, der gravide tilbys ultralyd i uke 17–19.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten har tidligere konkludert med at man ved tidlig ultralyd finner få hjertefeil. En ny gjennomgang av litteraturen viser det samme. Tidlig ultralyd kan bruke «nakkeoppklaring» som diagnostisk markør. Kunnskaps-senteret har dessuten konkludert med at «nakkeoppklaring» sammen med blodprøver kan være nyttig for å finne kromosomavvik.

Den nye rapporten viser at tidlig ultralyd oppdager færre hjertefeil enn ultralyd i uke 17–19, og at de fleste funnene av hjertefeil med tidlig ultralyd er uriktige.

KrF har gått hardt ut mot tidlig ultralyd, mens Høyre etterspør de helsemessige gevinstene av en slik ekstra undersøkelse.

– Vi kan ikke se at det er dokumentert noen helsegevinst av tidlig ultralyd i dag, men skulle ny forskning avdekke en helsegevinst for mor og barn og Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helsetjenesten anbefale tidlig ultralyd, vil vi vurdere saken på nytt, sier Sonja Irene Sjøli (H), som sitter i helse- og omsorgskomiteen på Stortinget. ■■■

Nordea 

## Helsevurderer i Nordea Liv

Vi søker etter kundekonsulenter til avdeling Etablering Personmarked. Arbeidsoppgavene omfatter helsevurdering og saksbehandling av forsikringssøknader.

Dersom du har helsefaglig utdanning og har lyst til å arbeide med forsikring, kan du finne ut mer om stillingen på [nordea.com/job](http://nordea.com/job). Benytt jobb-id 81218

Gjør det mulig

# Quiz

Tekst **Nina Hernæs**  
Foto **Berit Roald/Scanpix**

Er du en kompetent sykepleier?

Test kunnskapene med vår aktuelle og nådeløse quiz!

- Hvem var det som nedsatte mannspanelet i august 2007?**
  - A Anniken Huitfeldt
  - B Karita Bekkemellem
  - C Manuela Ramin Osmundsen
- Hva er hypoksi?**
  - A For lite karbondioksid i blodet
  - B Oksygenmangel
  - C For lavt blodsukker
- Hva betyr metabolisme?**
  - A Stoffskifte
  - B Forgiftning
  - C Stormannsgalskap
- Hva er talamus?**
  - A En mus som benyttes til forskning
  - B En midtstilt kjertel i armhulen
  - C Et område i hjernen
- Hvor mange prosent av Norges befolkning bruker angstdempende legemidler?**
  - A 2 prosent
  - B 4 prosent
  - C 8 prosent
- Hvor mange prosent av Norges befolkning bruker sovemidler?**
  - A 2 prosent
  - B 6
  - C 10 prosent
- Hvor mange prosent av Norges befolkning bruker antidepressiva?**
  - A 6 prosent
  - B 12 prosent
  - C 18 prosent
- Hva er erektil dysfunksjon?**
  - A For tidlig sædavgang
  - B Impotens
  - C Å forbli på krabbestadiet
- Hva er immunkompetanse?**
  - A Kunnskap om immunologi
  - B Mastergrad tilknyttet helsesøsterutdanningen
  - C Antistoffproduksjon
- Hva slags kjøtt regnes svinekjøtt som?**
  - A Rødt
  - B Hvitt
  - C Rosa



**KULTURMINISTER:** Var det hun som satte ned mannspanelet?

-  **10 POENG:** Imponerende. Pasientene kan ikke få nok av deg. (Sikker på at du ikke har kikket?)
-  **6-9 POENG:** Lovende. Men ikke treng deg på pasienter mer enn høyst nødvendig.
-  **3-5 POENG:** Bra. Men kanskje på tide med den videreutdanningen du har tenkt på så lenge?
-  **0-2 POENG:** Ikke bra. Hold deg mest mulig på vaktrommet og lat som du dokumenterer. (Sjekk at du virkelig er autorisert.)

**SVAR:** B Karita Bekkemellem, 2B Oksygenmangel, 3A Stoffskifte, 4C Et område i hjernen, 5C 8 prosent, 6B 6 prosent, 7A 6 prosent, 8B Impotens, 9C Antistoffproduksjon, 10A Rødt

Vet at det er dyktige folk på jobb i kveld. side 76

Fastlegene vil ikke overta vaksinasjonen fra helsesøstrene. side 84

Jeg burde ha fulgt mine egne gode råd. side 86

Sterke synspunkter? Skriv til oss!

# Mennesker & meninger

Sykepleien

Send inn din mening på e.post til: redaksjonen@sykepleien.no eller som brev til: Sykepleien, p.b. 456 Sentrum 0104 Oslo

TETT PÅ BJØRN-INGE LARSEN

«Folk tenker at når de får kreft, vil vi gjøre alt som er i vår makt.»

80

DILEMMA BERIT STØRE BRINCHMANN

«Dette var sykepleie av ypperste kvalitet, med både trygghet og respekt.»

78



NSF HAR ORDET

Forbundsleder Lisbeth Normann

Stilling: Forbundsleder i NSF

E-post: lisbeth.normann@sykepleierforbundet.no

# Vi presset Adecco Helse til innrømmelse!

I skrivende stund har jeg nettopp fått vite at Oslo kommune har brutt alle kontrakter med Adecco Helse på grunn av kontraktsbrudd og manglende tillit.



FAKSIMILE: Dagsavisen 23. februar 2011.

**D**ette er et resultat av at flere av våre tillitsvalgte har våget å si ifra om uholdbare lønns- og arbeidsforhold ved disse sykehjemmene, og snøballen begynte å rulle. Det er klart jeg er stolt over å være leder for tillitsvalgte av et slikt kaliber!

Adecco Helse har innrømmet lovbrudd ved alle sine sykehjem. De har brutt Arbeidsmiljøloven ved å la ansatte jobbe doble vakter og

Glansbildet har gjennom den siste tidens avsløringer falmet.

for mange timer per uke. De har ikke betalt overtid. De har ikke innbetalt rett pensjon. Som forbundsleder i Norsk Sykepleierforbund har denne saken gjort meg opprørt og sint på vegne av våre ansatte og andre ansatte, de eldre og skattebetalerne.

Historien startet da Dagsrevyen, etter tips fra vår tillitsvalgt, med list klarte å komme inn i et bomberom i kjelleren på Ammerudlunden sykehjem i Oslo. De hadde fått tak i turnus- og arbeidslister modige ansatte hadde tatt kopi av i skjul. Timelister som viste at enkelte har jobbet 84 timer i uken uten overtidsbetaling. Det viste seg at dette

sykehjemmet ikke var det eneste som opererte på denne måten. Også vår tillitsvalgt på Midtåsen sykehjem i Oslo våget å kopiere tilsvarende lister. I samme stund opplevde ansatte på Klæbu sykehjem i Sør-Trøndelag sykefravær på opp mot 20 prosent og har rapportert inn avvik og manglende pleie av eldre til Helsetilsynet og negative arbeidsforhold til Arbeidstilsynet.

Fellesnevneren for alle disse sykehjemmene er at de er eid av Adecco Helse, et privat, kommersielt selskap som tjener penger på eldreomsorg. Resultat før skatt var for Adecco Helse på 1 million kroner i 2005. I 2009 var resultatet 23 millioner – altså 2263 prosents vekst. Det er viktig å være klar over at anbudsutsatte sykehjem bruker skattebetalerens penger. Det er i offentlighetens interesse hvordan de ivaretar våre eldre og syke fordi dette er tjenester som trengs for å bevare den norske velferdsstaten.

Norsk Sykepleierforbund har i denne saken ikke kjørt noen vendetta mot Adecco Helse eller andre private aktører som har vunnet anbud innen eldreomsorgen. Men vi kjemper en innbitt kamp mot utbytting av ansatte og for å sikre brukere og pasienter god og forsvarlig pleie. Vi kan ikke tolerere at private, internasjonale selskap tjener penger på å underbetale ansatte, la dem jobbe ubetalt overtid, løpe etter vakter for å få lønna til å strekke til, og heller ikke opparbeide seg

rett til pensjon som skal sikre alderdommen deres. Det er en kynisk måte å tjene penger på som vi nå har sett Adecco Helse være en representant for. Det er også trist og kritikkverdigg at disse selskapene vinner anbud på bekostning av ideelle organisasjoner som betaler sine ansatte tariff og har gode pensjonsordninger. Dette er alvorlig konkurransevridning som bør komme i søkelyset. Vi kan ikke ha et marked der kun penger råder, der kommersielle selskap kan putte ansattes og skattebetalerens penger rett i lomma. Det er verken ansatte, pasienter eller samfunnet for øvrig tjent med.

Avsløringene den siste tiden viser helt klart at billigste anbud ikke automatisk kan vinne et anbud. Det må også andre kriterier på plass for å måle om sykehjemmene utfører god omsorg. Ammerudlunden sykehjem har vært et glansbilde for byrådet i Oslo. Glansbildet har gjennom den siste tidens avsløringer falmet, og vi må nå stanse opp og tenke gjennom hvilket arbeidsliv vil ønske i Norge, og hvilke tjenester vi ønsker å tilby våre sykeste gamle.



## Lite imøtekommenhet

15. desember i fjor fikk jeg et uventet krav fra NSF vedrørende manglende innbetaling av medlemskontingent for hele 2009, og antakeligvis 4 måneder av 2010. Kravet var på 7707,00 kroner.

Jeg ble ansatt på Rikshospitalet 14. september 2008. I den forbindelse overførte jeg betaling av NSF's medlemskontingent fra Bardufoss til Oslo. Jeg ba HR-avdelingen på Rikshospitalet skriftlig om at kontingenten skulle trekkes månedlig. I mars 2009 fikk jeg likevel et krav om etterbetaling av manglende kontingent for 2008. Dette ble betalt og jeg kontaktet NSF. Jeg fikk da vite at jeg ikke var registrert med trekk ifra lønn. Jeg sendte da igjen inn melding til lønningskontoret om at det skulle trekkes kontingent fra min lønn. Jeg hadde selvsagt all grunn til å anta at dette ble tatt til følge.

Det viser seg nå, dessverre, at så ikke har vært tilfelle, selv om jeg på mine sider på NSF-portalene sto registrert med trekk. Etter hva jeg har forstått gjelder dette misforhold også flere av mine kollegaer.

Det er svært klanderverdig at lønningskontoret på mitt arbeidssted ikke har utført trekk. Men jeg har også bedt NSF om en redegjørelse for det forhold at jeg får krav om innbetaling for en periode som strekker seg to år tilbake. Der blir jeg møtt med lite imøtekommenhet.

NSF har tydeligvis et årsoppgjør tidlig på hvert nyår. Det medfører normalt at utestående kontingent blir registrert og innkrevd via giro i mars måned. På mitt spørsmål om hvorfor NSF først i desember 2010 sender et krav om innbetaling for manglende innbetaling for 2009, svares det at de over lang tid bygget om sitt regnskapssystem, og at man av den grunn ikke har hatt regnskapsmessig oversikt over innbetaling av kontingent. Etter min mening er dette er meget klanderverdig.

Manglende innbetaling skulle selvfølgelig vært registrert og innkrevd rettidig, så lenge en skriftlig utmelding ikke foreligger.

Det har medført at det over en periode på nærmere 2,5 år ikke har vært registrert at mine innbetalinger har uteblitt. Betyr dette at jeg i samme periode ikke har hatt gyldig livsforsikring? I så fall kunne dette ha ført til uoversiktlige konsekvenser for mitt vedkommende.

**SVAR:**

Det er riktig at NSF har sendt ut purringer for forholdsvis lang tid, høsten 2010. De gjelder i hovedsak medlemmer som står med såkalt «trekkordning» – altså når lønningskontoret på medlemmets arbeidsplass skal regne ut riktig kontingentsats og sende pengene til NSF.

Om det ikke framkommer på lønsslippen at man har blitt trukket for kontingent, kan man dessverre ikke «regne med» at den er betalt. NSF har ikke mulighet til å oppdage dette med en gang, da vi ikke har innsyn i lønsslippene til medlemmene våre. Vi må derfor avvente penger og lister ved oppgjør fra arbeidsgiverne. Dermed er det ikke mulig å purre medlemmer på trekk like raskt som for eksempel ved bruk av faktura.

Det er derfor viktig at medlemmene kontrollerer lønsslippen og er aktive ovenfor arbeidsgiver og NSF ved for eksempel bytte av arbeidsgiver. Vi oppfordrer særlig til at medlemmer, ved endring av arbeidsgiver, melder fra til NSF om byttet. NSF sender da ut «trekkbrev» til medlemmet. I brevet ber vi om at dette

leveres videre til arbeidsgiver som grunnlag for trekk i lønn.

Vi har tatt et nytt medlemssystem i bruk, og selv om det har vært forsinkelser i oppstartfasen, skal vi nå kunne følge de medlemmer som har utestående kontingent 3–4 ganger i året og raskere fange opp manglende innbetaling. Vi tilbyr dessuten våre medlemmer som har mye i utestående kontingent, rente- og gebyrfrie nedbetalingsordninger over lang tid.

NSF vil også understreke at livsforsikringen som trekkes sammen med kontingenten er gyldig selv om det er måneder det ikke har blitt trukket kontingent. Det sendes egne fakturaer på andre forsikringer.

Når alt dette er sagt, så vil jeg selvfølgelig beklage hvis du ikke har fått påminnelser fra til NSF om uteblitte innbetalinger i en så lang periode som du har beskrevet. Jeg har god tro på at vårt medlemssystem hjelper oss til å yte bedre tjenester på dette område enn det du har opplevd i denne sak.

Martin F. Olsen, generalsekretær i NSF

## DIAGNOSEN



Illustrasjon: Oda Valle

**HELSEDEPARTEMENTET ØNSKER Å INNFØRE 18 ÅRSGRENSE FOR BRUK AV SOLARIUM.**

Janecke Heber

## Hvor lite må man nøye seg med?

I årets første utgave av Sykepleien leser jeg at det rotes med piller på sykehjemmene, at der er stor mangel på faglærte og at mange sykepleierstudenter forsvinner – de fullfører ikke utdanningen. Alt dette ser jeg som symptomer på at noe er helt galt i helsevesenet.

I avisen leser jeg det er snakk om å gi lærerne ett tall for hvor mange elever en lærer kan ha ansvar for. Det ville være bra om også sykepleierne fikk et maksimum antall pasienter de kan ha ansvar for – slik der er nå gir sykehjemsinstruksen pasienter og sykepleiere for lite vern. Der står der bare at en sykepleier skal være ansvarlig for det sykepleierfaglige, noe som ofte fører til at en sykepleier kan ha ansvar for flere avdelinger på sykehjemmene. Avdelinger der pasientene er både eldre og sykere enn få år siden. Vi trenger noen minimumskrav til bemanningen, både til antallet og deres utdanning.

Sykepleierne løper stadig fortere og på sykehjemmene har de stadig flere ufaglærte rundt seg. Samtidig som pasientene er sykere og eldre enn noen gang. Og de pårørende mer desperate – spesielt når deres gamle bare har fått korttids plass. Vi kan ikke unnvære de ufaglærte og mange av dem gjør en god jobb, men de utgjør en stor del av arbeidstakerne. Jeg har oppfordret ufaglærte til å ta relevant utdanning, og oppdaget en del ikke vil da de ikke ønsker ansvaret de da vil få – og at lønnsforskjellen mellom ufaglært og faglært er så liten at den ikke utgjør noen reel motivasjon for å ta utdanning.

Så er det de som tar utdanning til helsefagarbeider eller sykepleier og har praksis ute i avdelingene... Vi har for liten tid til dem. Jeg tror alle sykepleiere gjør sitt beste for å veilede sine studenter, men det er ikke nok tid – pasientene trener stadig mer og i det øyeblikk pasienten og studenter konkurrer om sykepleieren, da vil pasienten oftest vinne. Sykepleieren kan kun være en plass om gangen. Og de som holder på å bli helsefagarbeidere vil ofre få mindre veiledning – iblant går de

for lut og kaldt vann. De har blitt arbeidskraft og opplæringen blir alt for tilfeldig.

Her om dagen leste jeg at et sykehus ønsket eget løp for utdanning av helefagarbeidere. De ville utdanne dem slik at de dekket sykehusets behov – ikke gi en generell utdanning slik at de kunne jobbe hvor som helst i helsevesenet. Dette er et tilbakesteg – det var engang slik at alle sykehusene utdannet folkene de trengte og utdanningen kunne være så tilpasset sykehusets behov at det kunne være vanskelig å få jobb noen annen plass enn der man var utdannet. Skal vi dit igjen? I globaliseringens tid? Jeg mener vi bør ha gode helsefagutdanninger som fyller nasjonale og internasjonale krav til kompetanse.

Men det er som om alle må nøye seg med stadig mindre, både ansatte og pasienter. Pendelen svinger og noe tyder på at vi går tilbake i tiden – til en tid der de som har penger kan kjøpe hjelpen de trenger og de andre må nøye seg med pårørende og veldedighet i en eller annen form. Det er ikke noe galt med veldedighet og mange pårørende gjør en god jobb. Men bør ikke samfunnet garantere et vist minimum av omsorg for sine gamle og syke? Et minimum de kan leve godt med? De har faktisk betalt skatt i mange år i forventning om å få den hjelpen de ville trenge i alderdommen. Staten har tatt deres penger og nå leverer de ikke varen...

Helsevesenet er i krise og noe må gjøres. Jeg tror vi må begynne med å prate om fag og etikk igjen – og gi økonomene mindre makt. Økonomene har fått for mye makt og sier der er dårlig økonomi i å ta seg av samfunnets eldre. De eldre har skapt mange av verdiene dette samfunnet har. Og noen må ta seg av de eldre når de blir hjelpetrengende, hvis ikke det er noen eldreomsorg til å gjøre dette faller det på de pårørende – mennesker som nå er i arbeid og betaler skatt. Slutten de i jobben for å ta seg av sine gamle faller verdiskapningen. Noen sier at helsesektoren ikke produserer noe, men vi frigjør arbeidskraft og vi som jobber der betaler skatt.

Medlem nr 0632887

**SIDEN SIST**  
Siden sist inneholder korrigererte og nye synspunkter på fakta gjengitt i tidligere utgaver. Vil du hjelpe? Kontakt oss på [interaktiv@sykepleien.no](mailto:interaktiv@sykepleien.no)

### Etterlysning av almanakken

Eva Helland etterlyste i forrige Sykepleien almanakken. Det er helt riktig at vi ikke lenger sender almanakken med Sykepleien. Det er flere årsaker til dette.

For det første fikk vi mye kritikk for at vi sendte ut almanakken til alle, fordi det var miljømessig negativt. Mange ga uttrykk for at de ikke lenger bruker papirbasert almanakk, men har dette inne på sin mobil eller har andre elektroniske løsninger. Det ble derfor et spørsmål om bruk av medlemmenes penger.

Vi valgte da å la det bli frivillig å bestille almanakken, slik at de som faktisk har glede av den kan få den gratis mens de som ikke trenger den slipper å irritere seg over å få den.

Vi har gjennom annonser, artikler i NSF Politikk, banner på hjemmesiden og in-

formasjon på facebook-siden vår, opplyst om dette. Vi har informert om at hver og en må inn på «Min side» på nettet og registrere hvilken type de ønsker. Vi tilbyr både den store (tidligere utgaven) og den mindre (nye utgaven). Dette gjør vi fordi ønskene blant medlemmene varierer, og med en løsning der hver enkelt bestiller, gjør det mulig å tilby begge varianter. Når man har vært inne og lagt inn bestilling en gang, vil man automatisk motta den hvert år – helt frem til man sier den opp.

Vi håpet at vi på denne måten kunne tilfredsstille medlemmenes ulike behov, men er klar over at det alltid er innkjøpsproblemer. Og det beklager vi!

Med vennlig hilsen Anne Julie Forester, medlemstjenester og Signy Svendsen, kommunikasjonssjef i Norsk Sykepleierforbund

### Respektløst

Redaktøren ønsket oss alle en feststemt jul og et godt nytt år i form av et av verdens mest kjente påskemotiv; «Nattverden». Det er Leonardo Da Vincis berømte maleri som forestiller Jesu siste måltid med disiplene og er knyttet til Skjærtorsdag. Skulle «det siste måltid» henspille på redaktørens «vi står på til det siste»?

Redaktøren har plassert seg selv på Jesu plass ved bordet. Et større ego er det vanskelig å forestille seg! Og sammen med ham, festkledde gjester på disiplenes plasser. Hvis disse er redaksjonsmedarbeiderne, eller hvilke som helst andre, og ingen av dem har reagert på dette, er det forstemmende! Påsken og julen er de store kristne høytider i vår kultur, og uansett livssyn



Lanseringsseminar med tema:

# Omgivelsenes betydning for personer med demens

Sykepleien Forskning lanserer nr. 1-2011 på Lovisenberg diakonale høgskole, 30. mars, auditorium 1, Lovisenberggt. 15.b, fra kl. 11.00 – 12.00.

Hovedartikkelen i dette nummeret er skrevet av førsteamanuensis Ådel Bergland og professor Marit Kirkevold.

## Program:

11.00 – 11.05: Velkommen ved redaktør Anners Lerdal

11.05 – 11.45: Ådel Bergland snakker om «Hvilke faktorer i de fysiske omgivelsene hemmer og fremmer funksjon, trivsel og velvære hos personer med demens?»

11.45 – 12.00: Kommentar fra forsker Torhild Holthe fra Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse.

Ta med matpakken! Vi serverer kaffe/te

sykepleien forskning

skulle det være unødvendig å gjøre et så respektløst overtramp.

Så til innlegget «Må endre holdning», i nummer 11/2010. I vårt multikulturelle samfunn vil nok mennesker føle seg ubekvemme, som det står, i ulike pleie- og omsorgssituasjoner. Vi har for eksempel en gruppe voksne kvinner her i landet som hele sitt voksne liv har levd med tildekket kropp. De ville nok ikke bare følt seg ubekvemme, men det ville vært helt utenkelig å kle av seg foran en mannlig pleier, det være seg blåøyd eller brunøyd. Menes det at det blir deres problem og at de dermed har begrenset sin mulighet til behandling?

Fokus på pasienten betyr å favne hele mennesket, også deres eventuelle ubekvemhet. For meg er det å være profesjonell.

Vennlig hilsen Sølvi Sigvathsen, Sævareid

## Godt innlegg fra student

Jeg leste «Et møte, et refleksjonsnotat» av Heidi Anita Dahlen Nilsen i Sykepleien nr. 1/11. Dette innlegget gjør meg glad! Heidi Anita er en reflektert student som ser det enkelte menneske, ikke bare som «pasienten som skal ha stell», men som et meningsfullt møte med «den andre». Hun siterer Løgstrup. Og jeg vil sitere henne: «Det som trygger denne damen er langsomheten, nærheten, tydeligheten – harmonien mellom hendene, stemmen, ordene og tonefallet.»

Ja, det er sant, det er slik det er, både for denne damen og for så mange andre, både unge og eldre syke, især for mennesker med sansetap.

Det er denne langsomheten vi trenger rom til innen omsorgstjenestene. Rom til

å la tanker og refleksjoner få utvikle seg og få konsekvenser i praksis. Det er personlig krevende, for det betyr engasjement og tilstedeværelse.

Det krever ressurser og tid. Tid til den enkelte pasient, og rom for faglige møtepunkter til utdypning og refleksjon. Dette er vanskelig å se eller forstå for dem som fordeler ressurser.

Bruk tida du har som student godt, Heidi Anita. I praksisperiodene dine er du ikke en del av arbeidsstokken, men står friere til å utvikle deg. Lykke til videre med utdannelsen og livet, og med et yrke som gir uante muligheter til verdifulle møter med «den andre».

Med hilsen NSF-medlem nr. 150730,  
Sissel Roum, sykepleier.



Førstelektor ved Høgskolen i Østfold, Sigurd Roger Nilsen.



Høgskolelektor ved Høgskolen i Østfold, Siri Brynhildsen.

## «Det er som et fruktfat»

Sykepleie – et yrke med muligheter og utfordringer. Dette er en fortelling fra en sykepleiers hverdag i åpen omsorg.

**D**et var en spesiell start på dagen, en tirsdag morgen i desember. Klokken var 08.15, jeg hadde mottatt rapport og satt allerede i bilen på vei til første pasientbesøk. Jeg kjørte vekk fra tettbebyggelsen, bartrær og gress hadde fått et rimlag som bekreftet at vinteren ikke var langt unna. Sola var i ferd med å stige opp og lyse opp naturen. Så vakkert tenkte jeg – og dette får jeg anledning til å oppleve i jobben!

### På besøk

Det ble noen intense sekunder før jeg vendte tankene mot første pasientbesøk. Jeg dvelte litt ved ordet besøk. Ja, tenkte jeg, det er nettopp på besøk jeg skal. Et gammelt trivelig ektepar har fått helse-plager som gjør at de trenger noe hjelp.

De har åpnet dørene til sitt hjem, lar meg komme inn og utføre noen prosedyrer. Besøket er for meg mye mer enn å utføre noen praktiske gjøremål. Med åpne armer lar de meg komme inn i sitt hus. De viser en oppriktig glede over at jeg kommer. Jeg har etter en rekke besøk blitt godt kjent med det gamle ekteparet.

Jeg fikk når jeg var der forrige gang en assosiasjon til en bok om dannelse av Herdis Alvsvåg jeg nettopp hadde lest. Hun sier her at ingen har den samme livshistorien, de samme erfaringene som du og jeg har, eller som de pasientene og pårørende vi møter, har. Med større interesse for hverandres livshistorier vil livet, slik vi møter det hos pasienten, få større betydning. Det vil da være lettere å få

sykehusopphold bak seg og et omfattende rehabiliteringsbehov. En kollega av meg beskrev de faglige utfordringene på en frodig måte her en dag: «Det er som et fruktfat. Du kan bare forsyne deg. Kunsten er å begrense seg – vurdere hva som må tas tak i.»

### Jobbe selvstendig

Dette er faglig utfordrende og spennende oppgaver, men det var ikke hovedgrunnen til at jeg for 15 år siden valgte å søke jobb i hjemmesykepleien. Det som traff meg den gang, og fortsatt er der, er muligheten til å jobbe selvstendig kombinert med alt det positive du opplever gjennom å bli kjent med nye spennende mennesker.

Det er utrolig meningsfullt å oppleve at det å yte god sykepleie betyr så uendelig mye for hjelpetregende mennesker. De faglige utfordringene er ikke minst knyttet til at du møter ulike pasientgrupper og at hvert enkelt menneske ofte har flere ulike hjelpebehov. Dette stiller krav til mangfold i evnen til å observere, vurdere og ta faglig beslutninger.

### Nære kolleger

Vi har lunsj klokka 11.30. Det er viktig for meg å komme tilbake til «basen» og treffe de andre. Når du jobber selvstendig er de faglige treffpunktene med kollegaer ekstra viktig. Det er en trygghet å kunne diskutere med kolleger, både i for- og etterkant av en vanskelig situasjon.

En ekstra trygghet ved å jobbe i hjemmesykepleien er at når akutte eller vanskelig situasjoner oppstår hos en pasient, har du alltid noen å ringe til for å be om råd eller umiddelbar assistanse.

### Hvorfor gjøre det slik?

I vår virksomhet myldrer det av studenter for tiden. Vi har seks sykepleier- og seks vernepleierstudenter i praksis samtidig. Jeg er veileder for de to sykepleierstudentene på vår sone. De er tredjeårsstudenter, og i dag er de alene hos sine primærpasienter for lunsj. Etter lunsj er det «møteplass» på ukeplanen, hvor jeg treffer de to studentene på vår sone. Studentene møter forberedt til veiledning. De leverer refleksjonsnotat senest dagen før. Det er spennende og krevende å ha studenter hos oss! Spennende fordi de kommer med nye impulser, de ser situasjoner med nye øyne og bidrar slik konstruktivt til å utvikle tjenesten. Krevende fordi vi ofte blir møtt med spørsmål som «hvorfor gjør dere slik – vi har lært annerledes på høyskolen». Dette er positivt krevende fordi jeg må søke faglig begrunnelse, det gjør at jeg må skjerpe meg. Tenker ofte at studentene lærer det ideelle på høyskolen. Vi må gjøre tilpasninger til de forhold vi møter i pasientenes hjem.

De viser en oppriktig glede over at jeg kommer.

øye på nettopp verdigheten. Deres felles livshistorie kjenner jeg godt fra våre møter. Tilliten, gleden og takknemligheten de viser er viktig for meg. Det gir meg energi. Jeg tenker – jeg er veldig, veldig heldig som har en slik jobb.

### Bare å forsyne seg

På vei til neste pasient svirrer fortsatt tankene rundt det å være sykepleier. Jeg har jobbet i hjemmesykepleien i 15 år og trives stadig bedre. Det var etter hjemmesykepleiepraksis i siste studieår jeg bestemte meg. Det er dette jeg vil! Hva var det den gang og i dag som gjør at det er i hjemmesykepleien jeg vil være?

Arbeidsoppgavene de siste 15 årene har økt i kompleksitet. I vår hverdag møter vi pasienter med hjemmerespirator, alvorlig syke og døende med avansert smertebehandling og mennesker med et kort



Samtidig mener jeg det er høyskolens oppgave å lære studentene det ideelle – de og vi må vite hva som er optimal kvalitet på tjenesten og strekke oss etter dette.

#### Høre på andre

Etter et par pasientbesøk er det tilbake på basen og ett av dagens høydepunkt. Vi skal ha sykepleiefaglig veiledning, noe vi har hver fjortende dag. Jeg setter utrolig pris på at virksomheten har prioritert å gi de ansatte tilbud om sykepleierfaglig veiledning, med en ekstern dyktig veileder. Vi tar opp mange dilemma – lærer mye av å høre på hverandre. Faglig veiledning er for meg helt suverent. Mitt arbeid som sykepleier er utrolig faglig spennende. Når vi i

veiledning snakker om maktforhold, hvordan møte mennesker med respekt, utfordringer i forhold til egne holdninger og væremåte er dette også med på å utvikle meg som et medmenneske. Det er en god livets skole å være sykepleier.

Det har vært en bra dag på jobben. Sykkelturen hjem går som en lek. Vet at det er dyktige folk på jobb i kveld.

*Fortellingen er skrevet ut fra intervju med fem sykepleiere med lang erfaring fra arbeid i hjemmesykepleien i Onsøy, Fredrikstad kommune. Intervjuene ble gjennomført i forbindelse med et prosjekt hvor hensikten var å formidle hvilke utfordringer og muligheter det er til faglig vekst å arbeide i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten. ■■■*

**SELVSTENDIG:** Som hjemmesykepleier jobber man selvstendig og får gleden av å treffe mange interessante mennesker, i deres egne hjem, forteller kronikkforfatterne. Arkivfoto: Tarjei Ekenes Krogh.



## DILEMMA

# Berit Støre Brinchmann om kjerneverdiene i sykehus

Navn: Berit Støre Brinchmann

Bakgrunn: Professor i sykepleie ved Universitetet i Nordland

E-post: berit.stoere.brinchmann@hibo.no

# Kvalitet, trygghet og respekt

Kvalitet, trygghet og respekt er verdier det kan være vanskelig å leve opp til i en travel sykehushverdag, med lite ressurser og stramme budsjetter.

**D**e regionale helseforetakene er bærere av de felles nasjonale verdiene som ble vedtatt i 2002 ved innføring og oppstart av Helseforetaksreformen i Norge. Helse Nord skal for eksempel levere spesialisthelsetjenester som gjenspeiler grunnverdiene kvalitet,

for å glemme at jeg hadde en kontrolltime i sykehuset. Fadesen ble oppdaget dagen etterpå. Da lå det brev i postkassen med faktura, og krav om betaling for ikke møtt til legetime. Jeg ringte umiddelbart til poliklinikken for å be om ny time, og ble møtt av en telefonsvarer med opplysning om telefontid. Neste gang jeg ringte, traff jeg på en meget sur sentralborddame som kunne fortelle at jeg, fordi jeg ikke hadde møtt til time, nå var strøket av listene og overført fastlegen. Slik var rutinene, og det hjalp ikke at jeg høflig ba om unnskyldning og sterkt beklaget forglemmelsen. Jeg fortalte henne ikke at jeg skulle i møte på sykehuset og diskutere verdibasert hverdag, men jeg spør: Var dette en tjeneste basert på kvalitet i prosess og resultat, trygghet, omsorg og respekt i møtet med sykehusets brukere?

ble akutt syk og sendt med ambulansesly for vel et år siden.

Plutselig kom alt så tydelig tilbake for meg. Jeg husker sykepleierens rolige fremtreden i den akutte situasjonen. Hvordan hun hadde full kontroll over det tekniske utstyret, og samtidig opptrådte passe diskret og småpratende. Hun viste respekt for pasienten og de pårørende, fleipet litt om at hun måtte ordne opp med alle spagettiledningene, og tiltalte pasienten med etternavn, slik som han likte det, og ønsket ham lykke til med operasjonen. Selv om turen fikk en sørgelig slutt, har vi ofte snakket om denne sykepleieren i ettertid. Det hun gjorde og sa på pasientens siste flyreise vil vi som pårørende alltid bære med oss. Disse minnene er det godt å tenke tilbake på. Det er fint å vite at min pårørende hadde denne sykepleieren sammen med seg disse siste timene. Dette var etter min mening sykepleie av ypperste kvalitet, med både trygghet og respekt.

Hun hadde full kontroll over det tekniske utstyret, og opptrådte samtidig passe diskret og småpratende.

trygghet og respekt. Tjenestene skal være basert på kvalitet i prosess og resultat, trygghet for tilgjengelighet og omsorg og respekt i møtet med brukere og samarbeidspartnere.

I kraft av min stilling i Nordlands-sykehuset har jeg deltatt i prosjektet «Verdibasert hverdag», der hensikten er å implementere disse grunnverdiene i sykehuset. Hvilken betydning har kvalitet, trygghet og respekt for den enkelte, for arbeidsplassen og for de vi er til for – pasienten med pårørende?

### Selv pasient

Av og til møter jeg også det samme sykehuset som pasient eller pårørende. Jeg har en kronisk sykdom som innebærer at jeg må til jevnlig kontroll i spesialisthelsetjenesten. Her forleden kom jeg i skade

### Fokusgrupper om erfaringer

Som sykepleieprofessor deltar jeg også i et forskningsprosjekt der vi har invitert erfarne sykepleiere til å fortelle om sine erfaringer og opplevelser rundt sykehusets kjerneverdier. En tid tilbake var jeg med på et fokusgruppeintervju der dyktige sykepleiere fra ulike avdelinger reflekterte rundt situasjoner hvor de opplevde at de hadde lyktes eller ikke lyktes i å leve opp til og utøve sykepleie i tråd med kvalitet, trygghet og respekt. Det var noe kjent med en av disse sykepleierne, og midt under fokusgruppeintervjuet oppdaget jeg at dette var den sykepleieren som ledsaget en av mine nærmeste som

### Fine ord

Jeg er ikke sikker på at alle som jobber i sykehuset kjenner til kjerneverdiene, eller reflekterer over hvor stor betydning de har. Jeg har hørt ansatte som fleiper litt over fine ord, som brukes i taler og festskrifter. Kvalitet, trygghet og respekt er verdier det kan holde hardt å leve opp til i en travel sykehushverdag, der fokus ofte er på den daglige driften, ressursknapphet og stramme budsjetter. Ikke mindre bør vi stoppe opp litt av og til og tenke over hvor viktige disse verdiene faktisk er. ■■■

### Faste bidragstere



Leder Rådet for sykepleieetikk  
Marie Aakre



Professor ved seksjon for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo  
Per Nortvedt

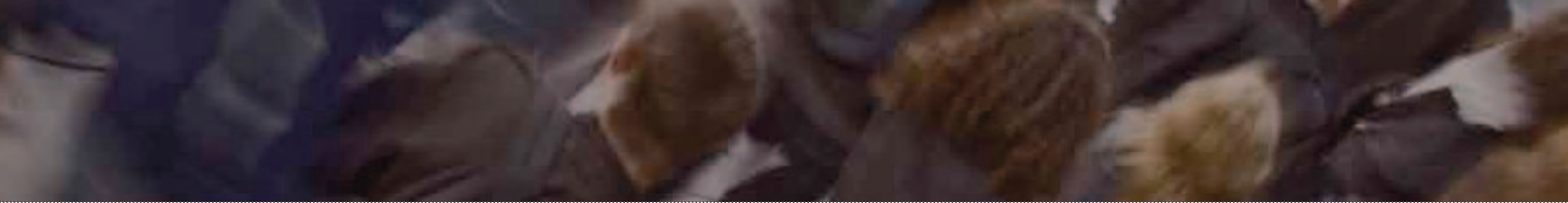


Foto: Colourbox



### Til refleksjon

- › Hva betyr kjerneverdiene kvalitet, trygghet og respekt for deg som sykepleier i din hverdag?
- › Har du opplevd gode situasjoner som sykepleier der du opplevde at sykepleien du utøvde var i tråd med disse verdiene?
- › Har du opplevd situasjoner der sykepleien ikke hadde god nok kvalitet, trygghet eller respekt?
- › Har du hatt tilsvarende opplevelser som pasient eller pårørende?

Send din mening på epost til [interaktivt@sykepleien.no](mailto:interaktivt@sykepleien.no), eller skriv til Sykepleien, boks 456 Sentrum, 0104 Oslo. Du kan også lese inn din reaksjon på telefon 22 04 33 65. Reaksjoner fra leserne trykkes i neste nummer.

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

Flere dilemma på [sykepleien.no](http://sykepleien.no) under fanen interaktivt.



# Helse sett fra toppen

Da Bjørn-Inge Larsen ble korridorpatient, ble han glad.

Tekst og foto Marit Fonn





## TETT PÅ Bjørn-Inge Larsen

Hvem: Bjørn-Inge Larsen

Alder: 50 år

Utdanning: Lege, Bedriftsøkonom.

Mastergrader i økonomi og samfunnsmedisin.

Yrke: Helsedirektør.

Han er også leder i Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse- og omsorgstjenesten.

Hvorfor: Fordi han har makt i helsevesenet.

Dagens Medisin kåret ham som den aller viktigste i 2010.



**M**ens kostholdseksperter doserer om metode og vitenskap, sitter Bjørn-Inge Larsen rakrygget og musestille. «Spis mindre rødt kjøtt!» er ett av de nye rådene fra direktoratet han styrer. Muligens farer en skygge over ansiktet hans når det røde kjøttet blir nevnt. Han er jo så glad i entrecôte. Rekordmange har møtt opp for å høre at svin nå regnes som rødt, og at poteten ikke lenger skal telle som en av de fem om dagen.

Larsen er en av landets to helsedirektører. Forvirrende, men det er ikke bare sykehusene som omorganiserer seg. Mens Lars E. Hanssen har tittel direktør for Helsetilsynet med vel 100 ansatte, er det Larsen som er selveste helsedirektøren med styringen med Helsedirektoratet med 550 under seg. Hans oppgave er kort sagt å bedre folks helse.

Ikke rart at han passer på å fortelle at helsen vår er bedre enn noen gang, når han selv går på talerstolen. Vi lever stadig lenger. Men det er mørke skyer i horisonten, sier han pedagogisk. Globalt er det tobakken. Her er det overvekten. Og alt den medfører.

**NOEN TIMERE SENERE** tar han imot Sykepleien i syttende etasje på sitt kontor fylt av vitaminer: Gyllent lys flommer inn de store vinduene.

Kostholdsintervjuene er unnagjort. Det samme er rydderunden hos Nav; «for å hjelpe dem med å konkludere om kvikksølv og tann-

«Ofte blir det en annen vinkling enn det jeg synes er naturlig.»

teknikere». Det har vært en lang dag, bokstavelig talt. Han sto opp i Bangkok, seks timer foran oss i tid. Før Asia var han i Genève. Han har ikke vært hjemme på to uker.

Mens Oslo-himmelen rødmer, sender Larsen en vennlig tanke til Telenor som overlot lokalene til ham og hans stab akkurat da de trengte dem i 2002.

– Hva spurte journalistene om i dag?

– Hva er nytt. Og: Tror du det er noen som følger rådene.

– Og du svarte?

– At vi viderefører mye, men er tydeligere om noe, for eksempel rødt kjøtt. Og at folk i Norge er ganske flinke til å høre på oss. Bare i Sverige er de flinkere.

– Har du et yndlingskostråd?

– Spis variert.

– Noe du selv kommer til å gjøre annerledes i matveien?

– Neeeeeii. Men jeg er veldig glad i god entrecôte. Med soppsaus. I helgen har vi ofte det. Nå blir det vel 170 gram i stedet for 250 gram.

– Og barna får kylling?

– De synes også entrecôte er godt. Men de får ikke rødvin.

Han og legekonen har tre barn hver. De seks er i alderen 15 til 21 år.

– Hva er yndlingstrimmen?

– Gå på ski. Gå altså.

Han mener egentlig løpe. Poenget er at han ikke bruker nedover-ski.

– Fikk du noen nye tanker i Bangkok?

– Det handlet mye om at den friske befolkningen har det meste av helsepersonellet. Det er fryktelig langt fram til det blir annerledes. Men vi har fått alle landene med på å si at vi ikke aktivt skal rekruttere fra land som trenger helsepersonell selv. Det er jo et bitte lite bidrag.

Larsen er medlem i styret i globale WHO (Verdens helseorganisasjon), som altså holder til i Genève. Der må han belage seg på små skritt. Det tar sin tid når 193 land skal forhandle.

– Norge forsøker å ivareta fattige lands interesser bedre. Det som ble en konflikt, var retten til medisiner for å behandle sånt som kolesterol og sukkersyke. Det koster jo ikke noe å produsere pillene. Men legemiddelindustrien tar patent, og de fattige land har ikke råd til medisin.

– Fant dere ut av det?

– Nei. Det som går igjen i WHO er at den rike verden beskytter sine interesser.

**SIST JUNI FIKK LARSEN BÅDERIS** og ros. Aftenposten hadde Larsen på forsiden i skarp profil og med skarpt sitat: Pasienter med hjertesvikt, kols og kreft vil oftere få nei til behandling.

«Fy, han går løs på de mest sårbare», sa noen. «Endelig noen som tør å si det som det er», sa andre.

– Hva vil du prioritere vekk?

– Eller ned, retter han.

– Man skal prioritere alvorlig sykdom, men behandlingstkostnadene må stå i rimelig forhold til nytten. Folk tenker at når de får kreft, vil vi gjøre alt som er i vår makt. Selv om det vil føre til overlevelse bare for en periode. Men ingen land kan ha tilgang til all teknologi, alle legemidler, all kirurgi. Dette rammer alle pasientgrupper.

Han syns debatten ble god. Men litt for tabloid. Særlig den forsiden i Aftenposten.

– Ble du overrasket over reaksjonene?

– Nei.

Utspillet var ikke akkurat spontant.

– Jeg hadde drøftet dette med Aftenposten i mange måneder. Budskapet var vel gjennomtenkt.

Som regel kjenner han igjen innholdet i intervjuene han gir.

– Men overskriftene og bildesettingen styrer jeg ikke selv. Ofte blir det en annen vinkling enn det jeg synes er naturlig. Det skjer veldig ofte.

– Hvor ofte?

– Med halvparten av alle alvorlige saker.

– Hvor mange er det av dem?

– Et par i uken.

Altså gremmer han seg en gang ukentlig. Men det var mye vanskeligere i begynnelsen, da han var fylkeslege i Finnmark.

– Enkelte ganger så jeg dust ut. Andre ganger streng. Eller som en representant for en fagforening.

Larsen synes det er litt leit at prioriteringsdebatten stilnet igjen.

– Den ble ikke gjort ferdig.

Han tenker for eksempel på livets avslutning.

– Den debatten handler først og fremst om verdighet. Jeg tror

## «Folk i Norge er ganske flinke til å høre på oss.»

mange sykepleiere syns legene streber etter å forlenge livet. Vi burde heller gjøre den resterende tid god for pasienten. Det hører jeg fra sykepleiere.

– Så du treffer en del av dem?

– Jeg har vært på sykehus, jeg, som pasient.

Det var noen greier med et øye. Mistanke om en trombe. Han ble innlagt på slagenheten på geriatrisk.

– Jeg ble godt tatt vare på.

– Fikset de deg?

– Jeg fikk en fin utredning. Det morsomme var at jeg ble lagt i korridoren.

Fornøyd konstaterer han at han ikke ble forskjellsbehandlet.

– De hadde ingen andre steder å putte meg. Jeg var ikke syk, det gjorde ikke noe for meg. Men jeg syns ikke syke mennesker skal ligge på korridoren.

Larsen kaster jakken men løsner ikke på slipset. Han forteller om korridorpatienten som ble tilført oksygen – trodde han. Larsen fulgte slangen. Den nådde aldri uttaket for oksygen.

– Sånt skjer når man har korridorpatienter, sier han uten å røpe sykehussynderen.

**DET ER VISST BARE 15 SYKEPLEIERE** i direktoratet.

– Og sikkert en haug med leger?

– 30. Av 550. De fleste er ikke leger. Det viktigste for Sykepleiens lesere er at vi nettopp har fått en ny topleder som er sykepleier: Divisjonsdirektør Toril Lahnstein. Men her i huset er vi ikke primært leger eller sykepleiere. Vi er generalister.

– Hvor mye lege føler du deg som?

– Når det er viktig å være det. Jeg har jo jobbet med forvaltning, helt siden Torbjørn Morks tid i 1988.

Men i 15 år har han kjørt legevakt ved siden av.

Larsen kaller Norge et paradoksalt land: Store avstander, barskt klima og mange kommuner. Samtidig skal det leveres godt fag og tjenester nær der folk bor.

– Det blir feil at helsetjenesten skal være likt organisert. Der avstandene er størst, må desentralisering bli størst.

Han mimrer litt om tiden i Vadsø.

– Tenk deg selv, de vinterforholdene.

Dessuten har helsetjenestene forandret seg. Pasientene flytter på seg. Sykehusene opererer ikke lenger magesår. Nå er det hjemmesykepleierne som behandler magesår, infeksjoner og diabetes. Før var lokalsykehusene fulle av hjertepasienter. Nå stentes de. Men det får de ikke til på lokalsykehus.

– Man kan ikke insistere på at tilbudet skal se likt ut overalt. De som har ansvar må få lov til å omorganisere helsetjenesten.

Larsen vil ha færre fødselsskader og mindre barne- og møredødelighet.

– Det sammenfaller ikke nødvendigvis med det et lokalsamfunn ønsker.

– De vil vel også ha færre skader?

– Jo, men fullt utrustede fødeavdelinger til alle er ikke mulig å gjennomføre.

Larsen støtter ikke forsterket fødestue verken i Lærdal eller Odda.

– De som kjemper for lokale fødetilbud får ikke din støtte?

– Nei.



Men de får hans forståelse.

– Jeg skjønner deres behov for trygghet. Men folk forstår ikke hvor ulik kompetanse som fins inne på de ulike sykehus. Utfallet av en komplikasjon kan bli helt ulikt. Ikke alle kan ha anestesilege og nyfødtelege. Det kan bare en håndfull steder.

**SYKEPLEIEN SLO I FJOR** stort opp: «100 millioner på avveier». Med Larsen på forsiden. Han fikk refs fra Riksrevisjonen for å bruke øremerkede midler til drift.

– Hadde ikke trodd at Sykepleien ville være så skarp. Det var ikke riktig vinkling.

Han forklarer det som en posteringsfeil. Oppslaget irriterte ham en dag eller to.

– Har du ordnet opp nå?

– Riksrevisjonen kom med kritikk i år også. Men den er tonet ned. Og rammet i første rekke departementet.

## Det som går igjen i WHO er at den rike verden beskytter sine interesser.

– Noen mener du er for politisk for å være en byråkrat. Er det en vanskelig balansegang?

– For litt siden sa jeg at kommunestørrelsen påvirker vår evne til å gi god helsetjeneste. Å debattere kommuner er først og fremst politikk. Jeg reiser av og til debatter fra et faglig ståsted – selv om det også er politiske debatter.

Nå blir det stille en stund. Larsen skal ha permisjon og stikker fra landet. Han skal blant annet til Malawi og India for å se på WHO's helsearbeid overfor fattige land. Men til høsten er han her igjen. ■■■

**VANSKELIG KVIKKSØLV:**  
Bjørn-Inge Larsen får briefing på vei til ryddemøte med Nav.



Helsesøstrene har kompetansen, systemet og kontinuiteten som kreves.

Astrid Grydeland Ersvik, leder Landsgruppen av helsesøstre NSF

## Best for barn

**H**elsestasjonen og skolehelsetjenesten har lenge hatt en sentral oppgave med å bidra til best mulig helse og livskvalitet for barn, unge og deres foreldre. Samtidig med at denne delen av kommunehelsetjenesten er tillagt stadig flere oppgaver, kommer også diskusjonen om hvem som ta seg av de forskjellige oppgavene.

– Hvorfor bør fastlege/helsesøster ha ansvar for blant annet barnevaksinasjon og 4-årskontroller?

**Astrid Grydeland Ersvik:** Å splitte opp barns helseoppfølging ved å legge enkeltkonsultasjoner til fastlegen vil være uheldig, fordyrende og bidra til en dreining av fokus vekk fra helsefremming og mestring. Du går til fastlegen når du er syk og ikke frisk – vi må ikke bidra til å ytterligere «sykeliggjøre» befolkningen – og i denne situasjonen barn og unge. Helsesøster har spesialutdanning rettet mot barn og unge 0 – 20 år, innenfor helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Vi har kompetansen, systemet og kontinuiteten som kreves for å ivareta en helhetlig og kvalitativt god oppfølging av barn og ungdom, også vaksinasjoner og 4-årskontroller.

Vi opplever i dag fastleger som ikke klarer å se og fylle sin funksjon som leger på helsestasjon og i skolehelsetjenesten. Vi tror ikke dette løses ved å flytte barn, foreldre og samarbeidspartnere over til fastlegens kontor.

De legene som vil gjøre en god jobb i forhold til forebyggende helsetjenester for barn og unge, gjør det best i et tverrfaglig, velfungerende og anerkjent tilbud som helsestasjons- og skolehelsetjenesten er. Helsestasjonen er fysisk utformet for å ivareta spesielle funksjoner innen helseundersøkelser, helsefremmende og nettverksskapende tiltak. Unge framhever ofte selv betydningen av

at skolehelsetjenesten/helsesøster er tilgjengelig på deres hverdagsarena, som er skolen. Mange barn og unge vil dessuten ikke gå til samme fastlege som foreldre. I 2009 gjennomførte Nasjonalt folkehelseinstitutt en spørreundersøkelse blant norske småbarnsforeldre. Denne viser at 97 prosent av de spurte er fornøyd med at vaksiner settes og at helseopplysning i den sammenheng gis i helsestasjonene. Dette bør vi legge til grunn for at det videre barnevaksinasjonsarbeidet fortsatt skal ligge i helsestasjonene.

Fastlegeordningen er et privat helsetjenestetilbud, og de har – som undersøkelser og erfaring fra norske kommuner viser – en mangelfull samarbeidsrelasjon til øvrige tilbud for barn og unge.

**Gisle Roksund:** Norsk forening for allmenneisin mener at det er unaturlig at barnet skal ha én lege når det er friskt og en annen lege når det er sykt. Fastlegen fungerer for en stor del som familiens lege. Vi mener derfor at individrettet forebyggende helsearbeid for barn bør overføres fra helsestasjonslegen til fastlegen i samarbeid med helsesøster. Fastlegene har intet ønske om å overta selve vaksinasjonen.

– Er helsestasjons- og skolehelsetjenesten en egen helhetlig kommunehelsetjeneste?

**Astrid Grydeland Ersvik:** Ja. Det er en lovpålagt tjeneste gjennom Kommunehelsetjenesteloven, og er en av kommunenes primære helsetjenestep oppgaver. Forskrift og veileder av 2003 peker på at tjenesten bør legges om til en samordnet og helhetlig tjeneste for barn og ungdom 0 – 20 år.

**Gisle Roksund:** Nei. Ansvaret for det forebyggende helsearbeidet i kommunen er i forskrift pålagt

Unaturlig å ha én lege når barnet er friskt og en annen når det er sykt.

**Gisle Roksund**, leder av Norsk forening for allmenntillegger

## og unge?

både helsestasjon og fastlege. Dette er ikke tatt til følge i organiseringen av helsestasjonstilbudet. Det er ikke etablert gode og naturlige samhandlingsarenaer mellom fastlege og helsestasjon. De som taper på dette, er barna.

– Bør det igjen bli krav om at det skal være en faglig ansvarlig lege ved helsestasjonen?

**Astrid Grydeland Ersvik:** Nei, ikke udelt. Det er behov for å sikre den faglige kompetansen og det ansvaret som både lege og helsesøster har, ikke kun legens ansvar. Helsesøster er den som har den daglige, kontinuerlige driften av helsestasjons- og skolehelsetjenesten og den tettste oppfølgingen av barn og unge. Dette ansvaret må sikres gjennom lov og forskrift. Vi ønsker en langt tydeligere og sterkere samfunnsmedisinsk legerolle i kommunene; sammen ville denne og helsesøstre kunne utgjøre et slagkraftig og kompetent bidrag for å møte Samhandlingsreformens utfordringer. Ved å styrke helsestasjons- og skolehelsetjenestetilbudet med en samlet helsekompetanse, vil tjenesten i større grad kunne være en bidragsyter i folkehelsearbeidet. Blant annet ved å gi helseopplysning på tema som smittevern/hygiene, vaksiner, ernæring/overvekt/fysisk aktivitet, diabetes, astma/allergi til både barnehager, skoler og barnevern. Med andre ord å jobbe mer systemrettet og mindre individrettet. En slik tilnærming har de færreste fastleger.

**Gisle Roksund:** Nei. Det bør være en faglig ansvarlig lege i kommunen med ansvar for helsestasjonsvirksomheten. I forhold til den enkelte familie bør fastlegen jobbe sammen med helsesøster om å skreddersy det nødvendige tilbudet rundt den enkelte familie.

– Kan det være aktuelt å slå sammen helsestasjon og fastlegekontor til en felles organisatorisk enhet?

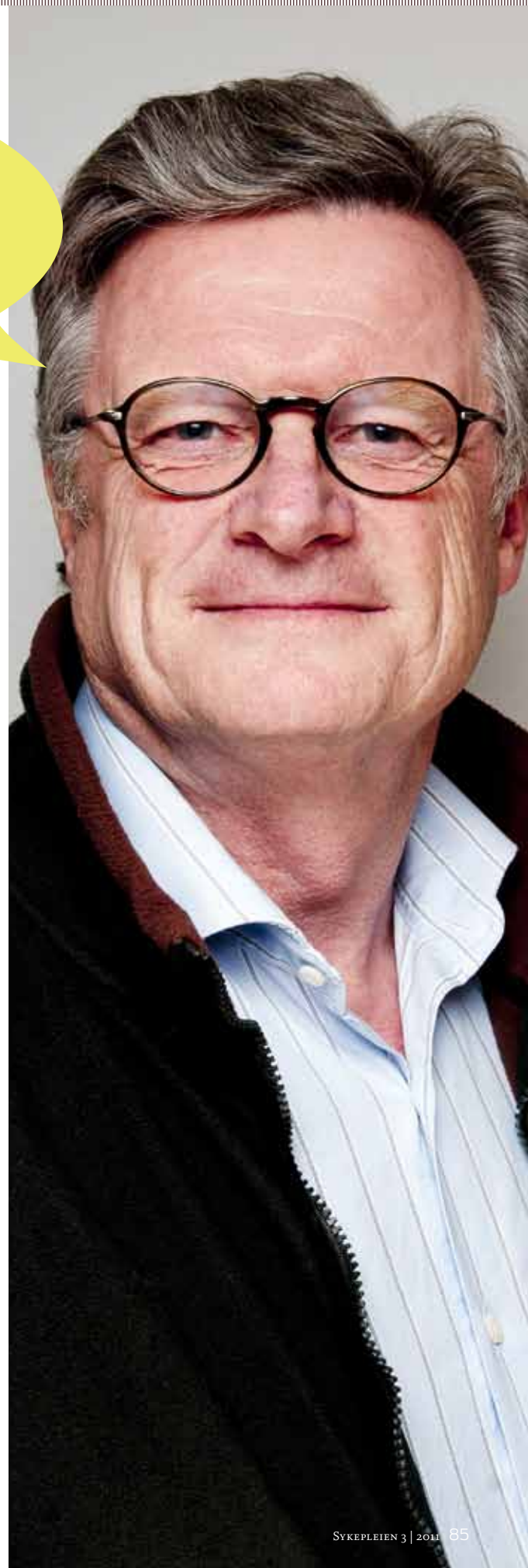
**Astrid Grydeland Ersvik:** Vi mener ikke at alle tjenester for barn og ungdom bør bygges opp rundt fastlegens kontor.

Det er gjort vellykkede forsøk med samlokalisering av en rekke tjenester til barn og unge i modellen med Familiens Hus – her inngår også fastlegen som en sentral medarbeider. Dette er en modell vi har tro på, og som også harmonerer med NSF's modell for helsehus. Landsgruppen av helsesøstre i NSF ønsker et langt tettere samarbeid mellom fastlegene og helsesøstre, men det kan ikke skje kun på fastlegenes premisser!

**Gisle Roksund:** Det er flere måter å organisere et slikt samarbeid mellom helsesøster og fastlege rundt den enkelte familien. En mulighet er å bygge ut fastlegekontorene til større enheter med flere typer helsepersonell som sykepleiere, helsesøster, jordmor og psykolog. Da vil fastlegekontoret kunne tilby mer samlet og koordinerte tjenester.

En annen måte vil kunne være å organisere en helsestasjon rundt noen bestemte fastlegekontor. Da vil helsesøstrene få et begrenset antall personer å samarbeide med, samt at man oppnår en helhetlig kommunehelsetjeneste med faste team bestående av helsesøster, jordmor og fastlege. Da vil man kunne legge til rette for å utnytte relasjonen mellom helsearbeider og barn/familie optimalt, samtidig som man legger til rette for et tverrfaglig samarbeid med barnet og familien i fokus. ■■■

Tekst **Bjørn Arild Østby** Foto **Erik M. Sundt**





## REFLEKS

# Gjesteskribent Cathrine Sandnes

Navn: Cathrine Sandnes

Yrke: Redaktør av tidsskriftet Samtiden

E-post: cathrine.sandnes@samtiden.no

# Når gode råd bare blir dyre

Noen ganger slår det meg at mye hadde gått bedre om jeg hadde fulgt de gode rådene jeg gir til mine små barn.

**R**ådene jeg deler ut gjelder påkledning, bruk av refleks og, ikke minst, huskeregelene når man skal kjøpe presanger til andre. «Man skal gi bort noe som er så fint at man gjerne ville ha beholdt det selv», sier jeg, «samtidig som den man gir den til skal bli glad for gaven». Selv er jeg god til å huske den første delen av huskeregelene. Men det hender altså at det glipper på del to – for eksempel da jeg ga min venninne, som ønsket seg nye telysholdere til bursdagen sin, en påmelding til Birkebeineren i stedet.

Det, tenkte jeg, var en uhyre eksklusiv gave. Rennet fra Rena til Lillehammer ble som kjent fulltegnet på 9 minutter, og det skal sies at jeg hadde anstrengt meg for å få tak i en av de ettertraktede nummerlappene. Det slo meg, allerede da hun åpnet gaven, at hun kanskje ikke ble så glad for gaven som jeg hadde håpet. Riktignok lo hun. Men det var en ganske rar latter. I ettertid har det gått opp for meg at det dessuten var en gave som dro med seg en god porsjon

Riktignok lo hun. Men det var en ganske rar latter.

utgifter. For når hun først skulle gå Birken, så endte hun opp med å kjøpe nye ski, staver, sko, sekk og – ikke minst – en superprepp av skiene med Cera F-pulver. Det skal visstnok gi deg glid som sparer deg for to-tre minutter i sporet. Til gjengjeld koster det så mye at du må jobbe overtid hver dag i en hel uke for å tjene det inn igjen.

Selv har jeg tatt en prinsippbeslutning om aldri å iføre meg et startnummer med ski på beina, selv om det var et veddemål om å gå Birken som fikk meg til å kjøpe mine aller første par ski for nøyaktig ti år siden. Den gangen var vi fem kollegaer i nokså dårlig form som fant ut at vi skulle finne på noe annet enn å drikk øl sammen. Nå er vi blitt fem småbarnsforeldre som, når vi avtaler at vi skal ta lysløypa, faktisk mener lysløypa ute i skogen – og ikke den fra bar til bar nede i sentrum. Når sant skal sies, så kan jeg heller ikke se bort fra at det var jeg som ledet an i det vi etter hvert må kunne kalle et slags utstyrshysteri. Riktignok et nokså dempet

hysteri, sammenlignet med det jeg har opplevd i startområdene til Holmenkollmarsjen, Vasaloppet og Birken. Men likevel, en sterk tro på at når det kommer til langrenn, så er det bare det beste som er godt nok. «Jo dårligere man er til å gå på ski, jo viktigere er det å hente det man kan på utstyr», tenkte jeg. Og det skal sies: Jeg ser veldig god ut når jeg jogger til skiløypa med den nye jakka mi. Jeg ser veldig mye dårligere ut i det jeg har fått skiene på beina.

Jeg vet ikke om det faktisk har endret seg, eller om det bare er vi som ser det tydeligere fordi vi er blitt sånn selv. Men jeg mener altså helt bestemt å se at folk går annerledes på ski nå, enn for bare ti år siden, da jeg selv var nybegynner og gikk på teknikk-kurs for voksne. Den gangen opplevde jeg at folk syns vi var litt corny som meldte oss på den slags. De lo høyt da jeg refererte entusiastisk fra smørekurset med Per Knut Aaland. Og de ristet på hodet over at vi, helt frivillig, mente det skulle være moro å gå turrenn i dårlig vær, slingrete spor og garantert feilsmurte ski. I dag møter jeg stadig folk som går på kurs for å lære seg å gå «riktig». Eller kanskje man sier «effektivt». Påfallende mange har veldig nye ski, selv om de hadde nye ski for et par år siden og. Og forbløffende mange blir nøyaktig like hekta som jeg har blitt.

Det hender jeg lurer på hva dette egentlig handler om, der jeg løper så fort jeg kan, med svært sviaktende teknikk, og hivende pust. På en god dag vil jeg utvilsomt si at det er gleden over fantastiske vinterlandskap, gnistrende føre og lyden av skiene som svisjer gjennom skogen. På en middels dag tenker jeg at det er en god måte å holde seg sånn noenlunde i form på. Men av og til får jeg en nagende fornemmelse av at det er en helt særegen blanding av dødsdrift og dødsangst som driver meg fram. At dette egentlig ikke er noe jeg gjør for å ha det gøy, men at det er noe jeg gjør for å rekke et eller annet for det er for sent. Jeg har aldri kjent den følelsen så sterkt som de få gangene jeg har stått og sett på tusenvis av skiløpere som skal ut og bryne seg i et turrenn. Uten å ha visst det selv, så må det ha vært denne følelsen som fikk meg til å tenke at en påmelding til Birken måtte være den perfekte gaven til en småbarnsmor som fyller 40 år. Og at det er akkurat den følelsen som gjør det til en svært upassende gave å gi til noen andre enn seg selv.

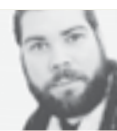
### Øvrige gjesteskribenter 2011:



**Martine Aurdal**  
Leder av samfunns-  
avdelingen i Dagbladet



**Anders Folkestad**  
Leder i Unio



**Ingvar T. Skjerve**  
Sykepleier og forfatter



**Kristin Heggen**  
Professor i sykepleie ved seksjon  
for helsefag, Universitetet i Oslo