

Opprørt

Vi har fått en helsepolitikk ingen har stemt på, skriver Marta Breen. Side 74



Laaange journaler

Sykepleiernes skriveflom kan gå på livet løs, mener pasientombud. Side 20



Når kona er borte

Enkemenn i Bergen har funnet hverandre. Side 54



Sykepleien

LISBETH NORMANNS SISTE: NSF's ressurser må styres dit utfordringene er størst.

13 | 2011
20. oktober
2011
99. årgang



Lederens vonde valg



Simponi ferdigfylt penn og sprøyte:

- Enkel dosering 1 gang i måneden på samme dato¹
- 3 godkjente indikasjoner; RA, AS og PsA¹



Før forskrivning av Simponi®, vennligst se fullstendig preparatomtale

Referanse:
1. Felleskatalogen



Månedlig
Simponi[®]
golimumab

c **Simponi «Janssen Biologics»**

Immunsuppressivt middel.

ATC-nr.: L04A B06

INJEKSJONSVÆSKE, oppløsning 50 mg: Hver ferdigfylte penn/sprøyte (0,5 ml) inneholder 50 mg, sorbitol 20,5 mg, L-histidin, L-histidinmonohydrokloridmonohydrat, polysorbat 80, vann til injeksjonsvæsker.

Indikasjoner: *Revmatoid artritt (RA):* I kombinasjon med metotreksat for behandling av moderat til alvorlig, aktiv revmatoid artritt hos voksne når responsen på sykdomsmodifiserende antirevmatiske legemidler (DMARDs), inkl. metotreksat, har vært utilstrekkelig og ved behandling av alvorlig, aktiv og progredierende revmatoid artritt hos voksne som tidligere ikke er behandlet med metotreksat. Golimumab har i kombinasjon med metotreksat vist å kunne redusere progresjonsraten av leddskade. *Psoriasisartritt (PsA):* Alene eller i kombinasjon med metotreksat for behandling av aktiv og progredierende psoriasisartritt hos voksne, når responsen på tidligere behandling med sykdomsmodifiserende antirevmatiske legemidler (DMARDs) har vært utilstrekkelig. Golimumab har vist å redusere progresjonsraten av perifer leddskade målt ved hjelp av røntgen hos pasienter med polyartikulære symmetriske subtyper av sykdommen og å bedre den fysiske funksjonen hos RA- og PsA-pasienter. *Ankyloserende spondylitt (AS):* Behandling av alvorlig, aktiv ankyloserende spondylitt hos voksne som ikke har respondert tilfredsstillende på konvensjonell behandling.

Dosering: Skal injiseres s.c. Igangsettes og følges opp av kvalifisert lege med erfaring i diagnostisering og behandling av revmatoid artritt, psoriasisartritt eller ankyloserende spondylitt. Pasienten skal få utlevert det spesielle pasientvarselkortet. Etter trening i s.c. injeksjonsteknikk kan pasienten injisere golimumab selv, dersom legen vurderer dette som hensiktsmessig. Hele mengden golimumab skal injiseres iht. instruksjonene i pakningsvedlegget. *Revmatoid artritt:* 50 mg gis 1 gang i måneden (samme dato hver måned). Bør gis i kombinasjon med metotreksat. *Psoriasisartritt og ankyloserende spondylitt:* 50 mg gis 1 gang i måneden (samme dato hver måned). Klinisk respons oppnås vanligvis innen 12-14 uker (etter 3-4 doser). Fortsett behandling bør vurderes hos pasienter som ikke viser tegn til terapeutisk nytte innen denne tidsperioden. Hos pasienter >100 kg som ikke oppnår tilstrekkelig klinisk respons etter 3 eller 4 doser, kan det vurderes å øke dosen til 100 mg 1 gang i måneden. Fortsett behandling bør vurderes hos pasienter som ikke viser tegn til terapeutisk bedring etter å ha fått ytterligere 3-4 doser på 100 mg. *Eldre (≥65 år):* Ingen dosejustering er nødvendig. *Barn (<18 år):* Ikke anbefalt. *Nedsatt nyre- og leverfunksjon:* Ikke undersøkt. *Uteblitt dose:* Den glemte dosen injiseres så snart pasienten husker det. Man skal ikke injisere dobbel dose for å erstatte en glemt dose. Neste dose administreres etter følgende retningslinje: Dersom dosen er <2 uker på etterskudd, injiseres den glemte dosen, og deretter holdes den opprinnelige månedsplanen. Dersom dosen er >2 uker på etterskudd, injiseres den glemte dosen, og deretter etableres en ny månedsplan for injisering fra denne datoen.

Kontraindikasjoner: Aktiv tuberkulose eller andre alvorlige infeksjoner som sepsis og opportunistiske infeksjoner. Moderat eller alvorlig hjertesvikt (NYHA klasse III/IV). Overfølsomhet for noen av innholdsstoffene.

Forsiktighetsregler: *Infeksjoner:* Pasienter som får TNF-hemmere er mer mottagelige for alvorlige infeksjoner. Potensielle risikofaktorer for infeksjon bør unngås. Pasienten må overvåkes nøye for infeksjoner inkl. tuberkulose før, under og i 5 måneder etter behandling (elimineringen av golimumab kan ta opptil 5 måneder). Pasienter som utvikler en ny infeksjon under behandling skal overvåkes nøye og gjennomgå en fullstendig diagnostisk utredning. Bør ikke gis ved en aktiv infeksjon av klinisk betydning. Forsiktighet må utvises ved behandling av pasienter med kronisk infeksjon eller som har hatt tilbakevendende infeksjoner. Bakterielle (inkl. sepsis og pneumoni), mykobakterielle (inkl. tuberkulose), invasive soppinfeksjoner og andre opportunistiske infeksjoner, inkl. dødelige, er sett. Både immunsuppressiv behandling og underliggende sykdom kan predisponere for infeksjoner. Behandling skal avsluttes dersom pasienten utvikler en ny alvorlig infeksjon eller sepsis, og egnet antimikrobiell eller antifungal behandling skal iverksettes inntil infeksjonen er under kontroll. For pasienter som har vært bosatt i eller reist til områder hvor invasive soppinfeksjoner som histoplasmosis, koksidiomykose eller blastomykose er endemiske, skal nytte/risikoforholdet ved golimumabbehandling overveies nøye før behandlingsstart.

Ved bytte fra en biologisk behandling til en annen skal pasienten overvåkes for tegn på infeksjon. *Tuberkulose:* Aktiv tuberkulose er rapportert, primært ekstrapulmonal, beskrevet som lokal eller disseminert sykdom. Før oppstart med golimumab skal alle pasienter undersøkes for både aktiv og latent tuberkulose. Undersøkelsen skal inneholde en detaljert anamnese med tanke på tidligere forekomst av tuberkulose eller mulig tidligere kontakt med tuberkulose og tidligere og/eller pågående immunsuppressiv behandling. Relevante screening-tester dvs. tuberkulin hud- eller blodtest og lungeøntgen skal utføres på alle pasienter (lokale retningslinjer kan benyttes). Det anbefales at gjennomføringen av disse testene noteres i pasientens varselkort. Forskrivere påminnes risikoen for falsk negativ tuberkulintest, spesielt hos pasienter som er alvorlig syke eller immunsupprimerte. Dersom aktiv tuberkulose diagnostiseres, kan ikke golimumabbehandling startes opp. Dersom latent tuberkulose mistenkes, bør lege med ekspertise i tuberkulosebehandling konsulteres. I alle situasjoner beskrevet under skal nytte/risikoforholdet ved golimumabbehandling vurderes svært nøye. Dersom latent tuberkulose diagnostiseres skal behandling startes iht. lokale retningslinjer før oppstart av golimumab. Ved flere eller signifikante risikofaktorer for tuberkulose og negativ test for latent tuberkulose, eller ved tidligere latent eller aktiv tuberkulose hvor adekvat behandling ikke kan bekreftes, bør antituberkulosebehandling vurderes før oppstart med golimumab. Alle pasienter skal informeres om å søke medisinsk hjelp dersom tegn/symptomer på tuberkulose (f.eks. vedvarende hoste, tæring/vekttap, lav feber) oppstår under eller etter golimumabbehandling. *Reaktivering av hepatitt B-virus (HBV):* Sett hos kroniske bærere av viruset. Noen tilfeller har hatt dødelig utfall. Pasienter skal testes for HBV før oppstart. Ved positiv test anbefales henvisning til lege med ekspertise på HBV. Bærere av HBV skal overvåkes nøye for tegn og symptomer på aktiv HBV-infeksjon under behandlingen og i flere måneder etter avsluttet behandling. Ved reaktivering av HBV skal golimumab seponeres og effektiv antiviral behandling med egnet støttebehandling igangsettes. *Maligniteter og lymfoproliferative sykdommer:* Forsiktighet må utvises ved vurdering av TNF-hemmende behandling til pasienter med tidligere malignitet eller som utvikler malignitet. Mulig risiko for utvikling av lymfomer, leukemi eller andre maligniteter kan ikke utelukkes. Mulig risiko for malignitet hos barn som behandles med TNF-hemmere kan ikke utelukkes. *Andre maligniteter:* Forsiktighet bør utvises i behandlingen av KOLS-pasienter. Dette gjelder også ved økt risiko for maligniteter som skyldes omfattende røyking. Hjertesvikt: Bør brukes med forsiktighet ved mild hjertesvikt (NYHA klasse I/II). Pasienten bør overvåkes nøye, og behandling skal seponeres ved utvikling av nye eller forverrede symptomer på hjertesvikt. *Neurologiske tilstander:* Bruk av golimumab har vært forbundet med tilfeller av debut eller forverring av eller radiografiske tegn på demyeliniserende lidelser i sentralnervesystemet, inkl. multipel sklerose og perifer demyeliniserende lidelser. Nytt/risiko må derfor vurderes nøye før oppstart med golimumab ved eksisterende eller nylig inntruffet debut av demyeliniserende tilstander. Dersom noen av disse lidelsene utvikles skal seponering av golimumab vurderes. *Kirurgi:* Det foreligger begrenset sikkerhetserfaring fra kirurgi inkl. artroplastikk. Den lange halveringstiden bør tas i betraktning dersom kirurgi er planlagt. En pasient som trenger kirurgi

bør overvåkes nøye for infeksjoner, og passende tiltak bør iverksettes. *Immunsuppresjon:* Det foreligger en mulighet for at TNF-hemmende legemidler påvirker vertsforsvaret mot infeksjoner og maligniteter, siden TNF medierer inflammasjon og modulerer den cellulære immunresponsen. *Autoimmune prosesser:* Det relative underskuddet av TNF α forårsaket av anti-TNF-behandling kan utløse en autoimmuniseringsprosess. Dersom en pasient utvikler symptomer som indikerer et lupuslignende syndrom etter behandling, og pasienten utvikler antistoffer mot dobbelttrådet DNA, må behandlingen avsluttes. *Hematologiske reaksjoner:* Det er rapportert pancytopeni, leukopeni, nøytropeni, aplastisk anemi og trombocytopeni hos pasienter behandlet med TNF-hemmere. Med golimumab er cytopenier inkl. pancytopeni rapportert sjelden. Pasienter bør anbefales å søke øyeblikkelig medisinsk hjelp dersom de utvikler tegn og symptomer på blod dyskrasier (f.eks. vedvarende feber, blåmerker, blødning, blekhet). Ved bekreftede signifikante hematologiske abnormaliteter skal seponering vurderes. *Vaksinasjoner:* Pasienten kan vaksineres, men ikke med levende vaksiner. Administrering av levende vaksiner til spedbarn som har vært utsatt for infliksimab i livmoren, er ikke anbefalt de første 6 måneder etter morens siste infusjon under svangerskapet. *Allergiske reaksjoner:* Alvorlige systemiske hypersensitivitetsreaksjoner (inkl. anafylaktisk reaksjon) er sett. Noen har oppstått etter 1. administrering av golimumab. Dersom en anafylaktisk reaksjon eller annen alvorlig allergisk reaksjon oppstår, skal golimumab seponeres umiddelbart og nødvendig behandling igangsettes. Svimmelhet kan forekomme etter administrering og kan påvirke evnen til å kjøre bil eller bruke maskiner. *Lateksoverfølsomhet:* Beskyttelsestetten på den ferdigfylte pennen inneholder lateks og kan forårsake allergiske reaksjoner hos individer som er overfølsomme for lateks. Pasienter med sjeldne, arvelige problemer med fruktoseintoleranse bør ikke ta preparatet da det inneholder sorbitol. *Eldre (≥65 år):* Forsiktighet bør utvises og man skal være spesielt oppmerksom på infeksjoner. *Nedsatt nyre- og leverfunksjon:* Ikke undersøkt. Bør brukes med forsiktighet ved nedsatt leverfunksjon.

Interaksjoner: Alvorlige infeksjoner og nøytropeni er sett ved samtidig bruk av anakinra og anti-TNF-behandling. Samtidig bruk av TNF-hemmere og abatacept er assosiert med økt risiko for infeksjoner, inkl. alvorlige infeksjoner. Kombinasjon med abatacept eller anakinra anbefales derfor ikke. Levende vaksiner bør ikke gis samtidig med golimumab. Selv om kombinert bruk med metotreksat resulterer i høyere steady state-konsentrasjoner av golimumab hos pasienter med RA, PsA eller AS, er det ingen data som støtter behovet for dosejustering av hverken golimumab eller metotreksat.

Graviditet/Amming: *Overgang i placenta:* Risiko kan ikke utelukkes pga. begrenset erfaring. Bruk hos gravide anbefales ikke; skal kun gis dersom det foreligger et klart behov. Golimumab hemmer TNF α og det er derfor mulig at bruk under graviditet kan påvirke normale immunresponser hos den nyfødte. Dyrestudier indikerer ingen direkte eller indirekte skadelige effekter på svangerskapsforløp, embryo-/fosterutvikling, fødsel eller postnatal utvikling. Kvinner i fertil alder må ikke bruke sikker prevensjon for å unngå graviditet under og i minst 6 måneder etter siste behandling. *Overgang i morsmelk:* Ukjent, men golimumab utskilles i morsmelk hos aper, og humane immunglobuliner skilles ut i melk. Amming frarådes under og i minst 6 måneder etter siste behandling.

Bivirkninger: *Svært vanlige (≥1/10):* Infeksiøse: Øvre luftveisinfeksjon (nasofaryngitt, faryngitt, laryngitt og rhinitt). *Vanlige (≥1/100 til <1/10):* Blod/lymfe: Anemi. Gastrointestinale: Forstoppelse, dyspepsi, gastrointestinal smerte og buksmerte. Hjerne/kar: Hypertensjon. Hud: Alopesi, dermatitt, kløe, utslett. Immunsystemet: Allergiske reaksjoner (bronkospasme, hypersensitivitet, urticaria), autoantistoffpositiv. Infeksiøse: Bakteriellinfeksjoner (f.eks. cellulitt), virusinfeksjoner (f.eks. influensa og herpes), bronkitt, sinusitt, overflatisk soppinfeksjoner. Lever/galle: Økt ALAT og ASAT. Neurologiske: Svimmelhet, parestesi, hodepine. Psykiske: Depresjon, insomni. Øvrige: Feber, asteni, reaksjon på injeksjonsstedet (erytem på injeksjonsstedet, urticaria, indurasjon, smerte, blåmerker, pruritus, irritasjon, parestesi), svekket tilheling, ubehag i brystet. *Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):* Blod/lymfe: Leukopeni, trombocytopeni. Endokrine: Thyroideaforstyrrelse (f.eks. hypotyreoidisme, hypertyreoidisme og struma). Gastrointestinale: Gastrointestinale inflammatoriske sykdommer (f.eks. gastritt og kolitt), gastroøsofageal refluks, stomatitt. Hjerne/kar: Hjertesvikt (nyoppstått eller forverret), arytm, iskemiske koronare arteriesykdommer, trombose (f.eks. dyp venetrombose eller aortatrombose), Raynauds fenomen, rødming. Hud: Psoriasis (nyoppstått eller forverring av eksisterende psoriasis, palmar/plantar og pustuløs), urticaria, vaskulitt (kutan). Infeksiøse: Septisk sjokk, sepsis, tuberkulose, nedre luftveisinfeksjon (f.eks. pneumoni), opportunistiske infeksjoner (f.eks. invasive soppinfeksjoner (histoplasmosis, koksidiomykose, pneumocytose), bakteriell, atypisk mykobakteriell infeksjon og protozoiske), pyelonefritt, abscess, bakteriell artritt, infeksjons bursitt. Kjønnsganer/bryst: Brystsykdommer, menstruasjonsforstyrrelser. Lever/galle: Gallestein, leversykdommer. Luftveier: Astma og relaterte sykdommer (f.eks. pipende pust, og bronkial hyperaktivitet). Neurologiske: Demyeliniserende lidelser (sentrale og perifere), balanseforstyrrelser, smaksforstyrrelse. Nyre/urinveier: Sykdommer i urinblære. Stoffskifte/ernæring: Økt blodglukose, økte lipider. Svulster/cyster: Svulster (f.eks. hudkreft, plateepitelkarsinom og melano-cyttnevus). Øye: Synsforstyrrelser (f.eks. tåkesyn og svekket synsskarphet), konjunktivitt, allergi i øyet (f.eks. kløe og irritasjon). Øvrige: Benfrakturer. *Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000):* Blod/lymfe: Pancytopeni. Immunsystemet: Alvorlige systemiske hypersensitivitetsreaksjoner (inkl. anafylaktisk reaksjon), vaskulitt (systemisk), sarkoidose. Infeksiøse: Hepatitt B-reaktivering. Luftveier: Interstitiell lungesykdom. Muskel-skjelettsystemet: Lupuslignende syndrom. Nyre/urinveier: Nyresykdommer. Svulster/cyster: Lymfom, leukemi. *Svært sjeldne (<1/10 000), ukjent:* Blod/lymfe: Aplastisk anemi. Svulster/cyster: Leukemi.

Overdosering/Forgiftning: Enkelt doser ≤10 mg/kg gitt i.v. har ikke medført toksiske effekter. Ved overdose skal pasienten overvåkes for tegn eller symptomer på bivirkninger og symptomatisk behandling iverksettes umiddelbart.

Egenskaper: *Klassifisering:* Humant IgG κ monoklonalt antistoff. *Virkningsmekanisme:* Tumornekrosefaktor alfa (TNF α)-hemmer. Bindes med høy affinitet til både løselige og transmembrane bioaktive former av humant TNF α , og forhindrer binding av TNF α til dens reseptorer. Nøytraliserer TNF α -indusert ekspresjon av adhesjonsmolekylene E-selektin, VCAM-1 (vascular cell adhesion molecule-1) og ICAM-1 (intercellular adhesion molecule-1) på celleoverflaten til humane endotelceller. In vitro hemmes også TNF-indusert utskillelse av interleukin-6 (IL-6), IL-8 og GM-CSF (granulocytt-makrofag-kolonistimulerende faktor) fra humane endotelceller. *Absorpsjon:* T $_{max}$ = 2-6 dager. Biotilgjengelighet 51%. *Fordeling:* Distribusjonsvolum = 115 ± 19 ml/kg. *Halveringstid:* Terminal t $_{1/2}$ = 12 ± 3 dager. Steady state nås etter ≤12 uker. Clearance = 6,9 ± 5 ml/dag/kg.

Oppbevaring og holdbarhet: Oppbevares i kjøleskap (2-8°C). Skal ikke fryses. Skal ikke omrystes. Oppbevares i ytteremballasjen for å beskytte mot lys.

Pakninger og priser: 1 stk. (ferdigfylt penn) 11035,80. 1 stk. (ferdigfylt sprøyte) 11035,80.

Sist endret: 14.10.2011



MSD (Norge) AS, Postboks 458 Brakerøya, 3002 Drammen, telefon 32 20 73 00, telefaks 32 20 73 10.
Copyright © 2011 Merck Sharp & Dohme Corp., et datterselskap av Merck & Co., Inc. All rights reserved.
02-2012-SIM-2011-SCAN(NO)-5215-J



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
aknbh@sykepleien.no

Journalist Kari Anne Dolonen
tlf. 22 04 33 69/94 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 Rebård Evensen
tlf. 22 04 33 58
hilde.rebaard.evensen@sykepleien.no

Grafisk formgiver Bjørn Nordstrand
tlf. 22 04 33 56
bjorn.nordstrand@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

Markedskonsulent Lise Dyrkoren (bilag)
tlf. 22 04 33 72
lise.dyrkoren@sykepleien.no

Merkevareannonsør Maud P. Kaino
tlf. 97 74 21 20
maud.kaino@sykepleien.no

Repro og trykk:
Stibo Graphic AS



SYKEPLEIENS FORMÅLSPARAGRAF:

Sykepleien skal utøve saklig, uavhengig og kritisk journalistikk forankret i Norsk Sykepleierforbundsformålsparagraf. Redaktørplakaten og pressens Vær Varsom-plakat. Tidsskriftet har som oppgave å sette sykepleierens 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.

Gjesteskribenter:



Marie Aakre

takker for seg som leder av Rådet for sykepleietikk. At rådets rolle er foreslått endret, lover ikke godt for etikkarbeidet i fremtiden. Hun trekker særlig frem rådets rolle i den omdiskuterte Benjamin-saken i dilemma side 82.



Lisbeth Normann

takker også for seg i sin leder, og velger å se fremover. Sykepleierne må komme med gode løsninger først, i det ligger makt og innflytelse, mer enn det å klage i etterkant skriver hun. Side 80.



Cathrine Sandnes

har sett seg lei på alt stoffet om lav-karbo i aviser og TV. Av alle som skal fortelle deg hva du trenger for å bli lykkelig. Side 88.



Innhold

Sykepleien

AKSJONISTEN: Det gjør seg dårlig at

Hva skjer

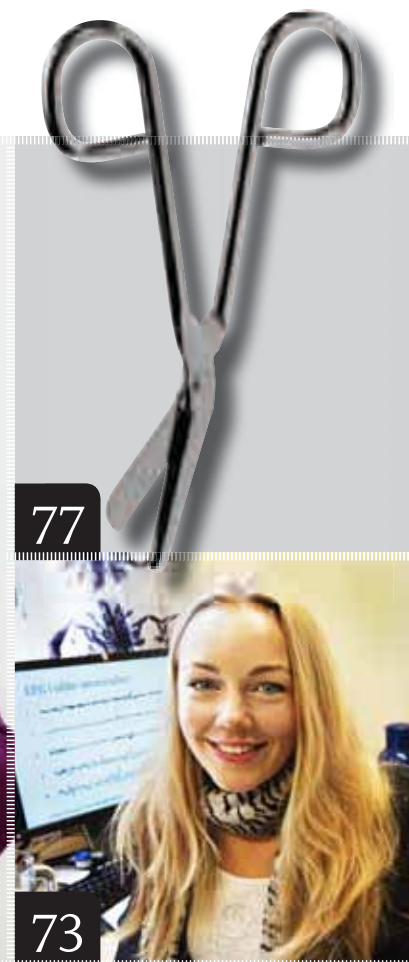
- 7 Aksjonisten
- 8 Hva skjer – småstoff
- 10 Mangedobling av utenlandske sykepleiere
- 12 Kongsberg-sykepleier skulle ikke vært suspendert
- 16 Avviser beskyldninger om plagiat
- 18 – Jordmødre er portvoktere på sykehuset
- 19 – NSF har flere stemmer
- 20 Altfor lange journaler truer pasientsikkerheten
- 22 «Oppdrag utført» gir uheldig praksis
- 24 Mer effektiv akuttpsykiatri
- 26 Advarsel for journalsnoking
- 29 Vi bare spør Jorunn Sandvik

Der ute

- 42 – Er noen fleksible, er det oss
- 46 Tror pasientopplysninger blir usikre
- 48 Paragrafrytterne
- 49 Min jobb: Gøril Gravdahl
- 50 Øyeblikket



29



77

73

Tema: Lederlojalitet

- 30 Lojal mot faget eller budsjettet?
32 – Jeg måtte ta et valg
34 Glemmer faget, holder budsjettet
35 OUS: – Forklarer så godt vi kan
38 – Lydighet gjør blind
39 5 på gangen



partene bare kan gjøre en avtale «på kammerset» for å få det hele overstått.

13 • 2011

20. oktober 2011 • 99. årgang

Fag og bøker

- 54 Danner grupper for enkemenn
▪ – Mandagen er hellig
▪ – De er det beste bevis
62 Gir bedre smertebehandling
66 Kreftpasienter risikerer underernæring
70 Nattarbeid gir helseproblemer
▪ Forsker for mindre stress om natten
74 Forfatterintervju: Marta Breen
76 Bokanmeldelser
77 Jeg elsker min ... saks
78 Økt bruk av GHB
78 Quiz

Mennesker og meninger

- 80 Lisbeth Normann tar avskjed
82 Dilemma: Marie Aakre
84 Tett på Kristin Hegggen
88 Refleks: Cathrine Sandnes

- 89 Stillingsannonser
94 Kunngjøringer

GJESTESKRIBENTEN:

«Slankeguruene
har tjent veldig
mange penger.»

Cathrine Sandnes

88



«Menn som blir
alene trekker seg
ofte tilbake»

54



84



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 Vitaflors 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



VitaFlo Scandinavia AB NUF
Fornebuveien 44,
Postboks 107, 1325 Lysaker
Telefon: 67 11 25 40
Fax: 67 11 25 41
Web: www.vitaflo.net
E-post: info@vitaflo.net


VITAFLO
Part of the Navamedic Group



Barth Tholens om tause forlik

Stilling: Ansvarlig redaktør i Sykepleien

E-post: barth.tholens@sykepleien.no

Dumpet, men betalt

Det er ikke sikkert at konfidensielle forlik er måten å komme sosial dumping til livs på.

Torsdag 11. oktober ankommer Fagforbundets leder Jan Davidsen Sykepleiernes Hus i Oslo. Han er en halv time for sent ute og har dermed sikret seg bra oppmerksomhet. Oppe i syvende etasje er stemningen smånervøs. Konsernsjef Anders Owre-Johnsen i Adecco småprater med NSF-leder Lisbeth Normann. Med Davidsen på plass kan de tre endelig sette sine signaturer under en avtale som sikrer utenlandske sykepleiere etterbetaling for overtid som de ulovlig er blitt pålagt av bemanningsselskapet.

Etterpå skynder både Fagforbundet og NSF seg til Ammerudlunden sykehjem for å sikre seg positiv medieomtale etter «seieren». Begge forbund viser fram medlemmer som har fått etterbetaling i hundretusen kronersklassen. «Dette viser at det ikke lønner seg å bryte norsk lov», uttaler NSF-leder Lisbeth Normann til Sykepleien etterpå.

Mindre mediefokus får Adeccos konsernsjef. Men også han finner grunn til å smile. Ved å inngå et konfidensielt forlik med de berørte fagforeningene, har han unngått at saken havner i retten.

I tråd med forliket kan Fagforbundet og NSF vise fram sine

Partene hadde forhandlet
om en avtale i månedsvis.

Mye sto på spill.

trofeer. Men hvor mange ansatte selskapet hadde tvunget ut i ulovlig arbeidstid, hvor mange timer det reelt er snakk om og hvor store summer Adecco må ut med, skal innhyles i taushet.

Greit nok, kan man si. Partene hadde forhandlet om en avtale i månedsvis. Mye sto på spill. For sykepleier Samir Kadiric og hans kolleger er det nok viktigere å få kompensasjon raskt i et forlik enn at Adecco hadde blitt tvunget til å legge alle kortene på bordet i en sviende rettssak. Det kunne tatt lang tid og ville også skapt usikkerhet. Hadde de fått pengene sine om Adecco Helse hadde slått seg selv konkurs i mellomtiden?

For arbeidstakerorganisasjoner handler det nok mye om «det

muliges kunst», å oppnå avtaler som de berørte kan leve med. Men Adecco-saken fører seg dessverre inn i en lang rekke saker hvor tilfeller av grov underbetaling av utenlandsk arbeidskraft og sosial dumping har endt i forlik som partene senere ikke får lov til å røpe innholdet i.

Det er ikke heldig. En sjåfør som tjente 63 kroner i timen på sin kjøring mellom Norge og Portugal fikk nylig en «minnelig ordning» og et håndtrykk ved hjelp av Transportarbeiderforbundet. Dumpede søppeltømmere i Asker reiste hjem til Polen med en slump penger etter at Adecco betalte seg ut av knipa i et forlik med Fagforbundet som offentligheten fikk noen detaljer om.

Den polsk-norske advokaten Sebastian Garstecki har i løpet av året bistått mange øst-europeiske arbeidstakere, blant annet i verftsindustrien på Vestlandet. Elendig betaling, manglende kontrakter og ulovlige oppsigelser er gjennomgangstema.

Sakene blir som regel også meldt til Arbeidstilsynet. Men bare to (2) konkrete tilfeller av sosial dumping har hittil resultert i fellende dommer i Norge. Altfor mange har endt med forlik som ingen vil eller kan snakke om.

Norsk fagbevegelse, NSF inkludert, har sosial dumping høyt på agendaen. Det aksepteres ikke at arbeidsgivere tyr til lovbrudd for å kutte ned på utgiftene til tjenestene de leverer. Adecco-saken har vist at sosial dumping slett ikke lenger bare er et hett tema for privat sektor. Også i kommunal sektor tyr tjenesteytere til ulovlige midler. Når kommunen mangler en framtidsrettet arbeidskraftstrategi, kan løsningene fort bli av det råtne slaget.

Det er ikke noe mål i seg selv at arbeidsgivere som faller for denne fristelsen, blir satt i gapestokken, bøtelagt og/eller fengslet. Men når hensikten er å forhindre framtidige lovbrudd i arbeidslivet, gjør det seg etter min mening dårlig at partene bare kan gjøre en avtale «på kammeret» for å få det hele overstått. Det kan gi inntrykk av at penger kan løse det meste, mens målet egentlig er å øke arbeidsgiverens respekt for lovverket.



Barth Tholens



Foto: Colourbox

Helsestasjonen er 100 år

I år er det 100 år siden den første helsestasjon ble åpnet i Norge av professor T.B.C. Frølich. Barnepleiestasjonen ble den kalt, og ble drevet av Tøyen menighet i Oslo. Målet var å oppmuntre mødre til å amme barna sine, og det ble utdelt tran og melk til mødrene.

Flere helsestasjoner i landet har markert jubileet på ulike vis.



DANSKE SYKEPLEIERSTUDENTER bør lære førstehjelp, mener DSR. Foto: Colourbox

Lærer ikke førstehjelp

Dansk Sygeplejeråd (DSR) og Sygeplejestuderendes Landsassammenslutning (SLS) vil at sykepleierstudentene skal lære seg førstehjelp under grunnutdanningen, noe de ikke gjør i dag.

– Under praksis er studentene alene med pasienter uten å vite hvordan man gjenoppliver. Det er skremmende at man ikke lærer en simpel ting som hjerte- og lungeredning på en helseutdanning hvor man skal sørge for at syke mennesker ikke mister livet, sier lederen for SLS, Niklas Kline Lange, på DSRs nettsider.

– I Norge er førstehjelp vanlig under grunnutdanningen selv om det ikke er en del av rammeplanen, sier studentrådgiver i NSF, Morten Kristoffersen.

Ikke tøff nok i pysjamas?

Når dette bladet kommer ut, diskutert muligens landsmøtet om NSF bør foreslå ny arbeidsuniform for norske sykepleiere. Forbundsstyret vil avvise saken, men fylkeslederen i Troms, Hanne Marit Bergland, har i Kommunal Rapport vært åpen for at de kan fremme saken likevel. «Problemet i dag er



Foto: Erik M Sundt

at arbeidsantrekk, spesielt på sykehus, er så behagelige at de mer ligner treningsklær eller pysj», skriver fylkesstyret i Troms, i sitt forslag til landsmøtet i NSF.

Videre heter det i forslaget: «Gjennom en tydelig uniform blir sykepleierne mer synlige og kan ikke gjemme seg bort i den store mengden. Du må i langt større grad stå fram som sykepleier og fagperson, og ikke i for stor grad styres av økonomiske budsjetter».

Hva skjer



Gjennomgår 22. juli-innsatsen

Professor Inggard Lereim fra NTNU har fått i oppdrag å lede dokumentasjonen og vurderingen av hvordan helsesektoren håndterte terrorhendelsene i regjeringskvartalet og på Utøya.

– Helsetjenesten ble satt på sin største prøve noensinne 22. juli, og jeg er imponert over innsatsen. Vi ønsker å finne ut hva som fungerte og hva som ikke fungerte disse dagene og tiden etterpå. Det er viktig med tanke på alle etterlatte og pårørende. Og det er viktig for oss å lære for ettertiden, sier helse- og omsorgsminister Anne-Grete Strøm-Erichsen.

Endelig rapport med vurderinger og tilrådninger vil bli overlevert Helse- og omsorgsdepartementet innen 9. mars 2012.



HELSEDEPARTEMENTET ønsker å vite hva som fungerte og ikke fungerte i helsevesenet etter terrorangrepene. Foto: Marit Fonn.

Engelsk diett kan redde liv

Hvis skottene, waliserne og nord-irene spiser som engelskmennene, kan det redde 4 000 liv i året, påstår en studie fra Oxford universitet. Folk i England spiser mer frukt og mindre salt og fett, sammenliknet med befolkningen i resten av Storbritannia. Kilde: BBC

NSFs generalsekretær slutter



Martin Olsen har sagt opp sin stilling som generalsekretær i Sykepleierforbundet. Under forbundets landsmøte denne uken skiftes også den politiske ledelsen ut.

I halvannet år har Martin Olsen hatt det øverste administrative ansvar i Norsk Sykepleierforbund (NSF).

– Det er ingen panikkhandling. Beslutningen er tatt etter en helhetlig vurdering om veien videre og samtaler med min familie, sier Olsen til sykepleien.no.

Han viser til at en ny forbundsledelse skal velges på landsmøtet. – Derfor var dette riktig tidspunkt for å vise at dette ikke er en protest mot en ny ledelse.

Doktorgrader i tall

Hele økningen i antall doktorgrader fra 2009 til 2010, er på fagområdene medisin og helsefag.

For de andre fagene var det nullvekst eller nedgang.

Doktorgrader 2010 per fagområde og kjønn.

Fagområde	K	M	Totalt	% kvinner
Humaniora	46	52	98	47
Samfunns- vitenskap	125	122	247	51
Matematikk/ naturvitenskap	96	186	282	34
Teknologi	27	100	127	21
Medisin og helsefag	224	162	386	58
Landbruksfag/ veterinærmedisin	27	17	44	61
Totalt	545	639	1184	46

Kilde: Doktorgradregisteret

Les mer om:

- 10** Mange flere utenlandske sykepleiere ›
- 12** Forlik i Kongsberg ›
- 16** Beskyldninger om forskning ›
- 18** – Jordmødre er portvoktere på fødestuen ›
- 20** Feil dokumentasjon tar liv ›
- 22** «Oppdrag utført» gir uheldig praksis ›
- 24** Mer effektiv akuttpsykiatri ›
- 26** Snokere advart ›

sykepleien.no

Landsmøte i NSF - sykepleien.no rapporterer direkte om diskusjoner og beslutninger.



Svenske sykepleiere blir pleiecoacher

Stockholm fylke innfører et nytt system med såkalte pleiecoacher for multisyke pasienter. En pleiecoach (vårdcoach) er en spesialutdannet sykepleier som regelmessig holder kontakt med svært syke pasienter og hjelper dem med riktig pleie og støtte i behandlingen til rett tidspunkt.

Et forsøk med modellen førte til færre pleiedøgn og akuttbesøk, samt bedre overlevelse og livskvalitet.

Kilde: Vårdförbundets nettsider

Foto: Colourbox



– Resultatene må brukes

Det er interesse for samarbeid om å følge opp den første nasjonale sykepleierundersøkelsen om arbeidsmiljø og sikkerhet ved norske sykehus (den norske delen av den internasjonale studien RN4CAST). Det var konklusjonen etter det åpne seminaret i Kunnskaps-senteret 24. oktober.

Hensikten med undersøkelsen har vært å utvikle kunnskap om forvaltningen av personellressurser, som er den viktigste innsatsfaktoren i sykehusene.

Norsk Sykepleierforbund fikk mange godord på seminaret for å ha fanget opp planene om prosjektet, sørget for at Norge ble med og at de også finansierte datainnsamlingen.

Flere understreket at resultatene nå må brukes aktivt av sykehusene. Man ønsker at myndighetene må betrakte dette som en pilot og sørge for å utvide den med jevnlige undersøkelser av alle yrkesgrupper i sykehusene.

Magne Nylenna, direktør ved Kunnskaps-senteret, lovet at man vil strekke seg langt for å imøtekomme henvendelser om å besøke helseforetakene og legge fram resultatene av undersøkelsen.



TIL FILMEN: Athithan Kumarasamy er en av sykepleierne som skal reklamere på kino og tv. Foto: Stig Weston

Bruker 7 millioner på reklame

Sykepleien skrev tidligere i høst om NSF's nye reklamefilmer. Da var det ikke mulig å få vit hva kampanjen koster.

Nå viser det seg at det er snakk om 7 millioner fram til jul i år.

Målet med kampanjen er todelt. NSF vil vise fram sykepleierne kompetanse og gjøre sykepleierne selv stolte. Ekte sykepleiere er plukket ut på audition og er med i reklamefilmer som

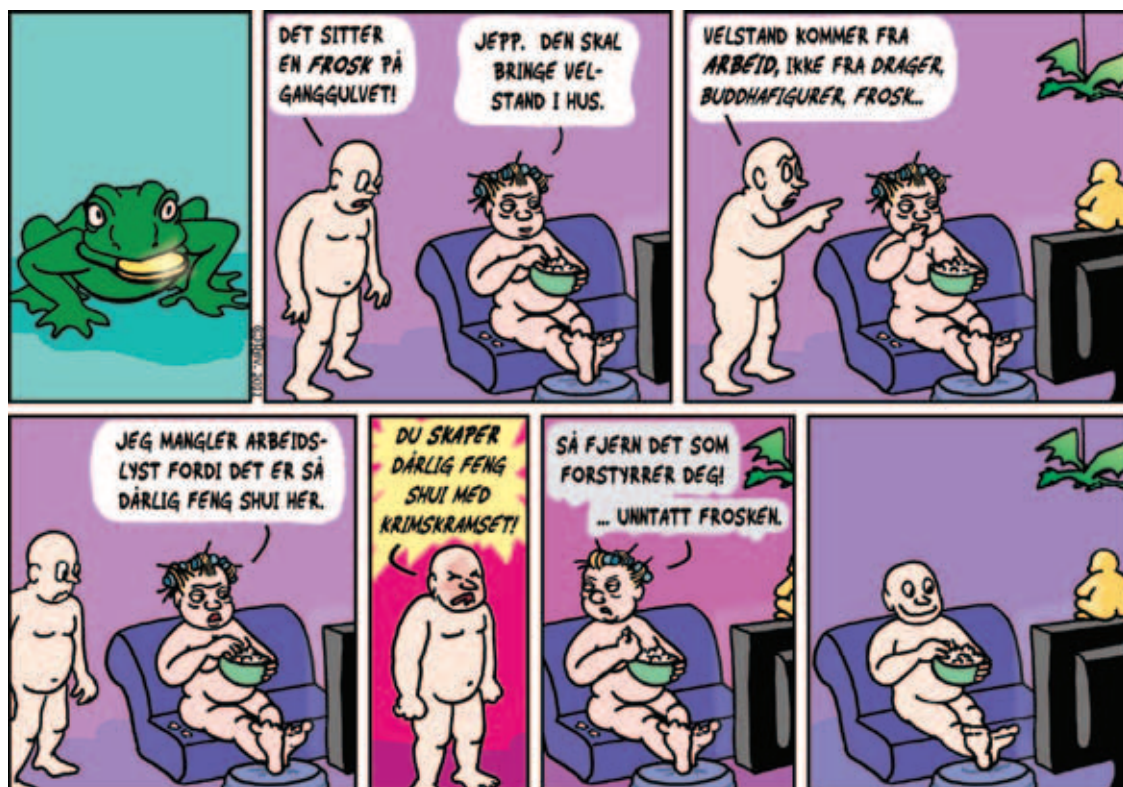
skal vises på tv og kino. Bare det å kjøpe sendetid er beregnet å koste nesten 3 millioner kroner.

Kampanjen er en del av et femårig prosjekt, der et mål er å øke kunnskapen om sykepleie i samfunnet.

Filmene kommer på tv og kino i november og desember.

Nysgjerrig? Filmene kan også sees på: www.sykepleien.no

TERAPI av Bodil Rønhavug



Mener fra www.sykepleien.no

Sykepleierne har talt

”Enn de kommunalt ansatte sykepleierne??? Spørreundersøkelse der og takk!!

Jeanette Medby

Ufrivillig deltid ved OUS

”Jeg selv har ikke HELSE til å jobbe 100 % med den arbeidsbelastningen som er. Skal jeg fungere ellers, så må jeg gå deltid. (...)

Det må ses på hvilke belastninger der er i pleie- og omsorgssektoren samtidig som en ser på deltiden. Skal det være slik at arbeidstakere selv må bruke deltid som et tiltak som kan holde dem i jobb lengre?

Sykepleier, kull 79

Hele innlegget finner du på: www.sykepleien.no_debatt

Mangedobling av utenlan

Antallet utenlandske sykepleiere i bemanningsforetak har nærmest eksplodert de siste årene. Og etterspørselen øker, selv om både kommuner og spesialisthelsetjenesten sier at de ikke vil leie inn vikarer. Tekst Ann-Kristin Bloch Helmers

Det kommer fram i en fersk undersøkelse fra forskningsstiftelsen Fafo.

I sin rapport har de avdekket det de betegner som grove eksempler på lave lønninger, lang arbeidstid og uverdige boforhold. Vikarbransjen er ifølge undersøkelsen spesielt utsatt.

– Selv om det dreier seg om få tilfeller, så er det alvorlig. Foreløpig er dette et begrenset problem. Men dersom utviklingen fortsetter, vil det kreve økt innsats både fra myndighetene og Norsk Sykepleierforbund i forhold til opplæring av egne tillitsvalgte og medlemsrekruttering, sier Fafo-forsker Øyvind M. Berge.

NSF bekymret

Over 600 tillitsvalgte rundt om i hele landet, på sykehus og i kommuner, har blitt intervjuet av Fafo om sine erfaringer med sosial dumping.

Hva er en utenlandsk sykepleier?

I denne sammenhengen betyr «utenlandsk» sykepleier at han eller hun har utdanning fra utlandet, og kommer til Norge for å jobbe.

av antallet utenlandske sykepleiere som er ansatt i bemanningsforetak. I 2004 var drøyt 500 sykepleiere ansatt i bemanningsforetak, i 2009 var tallet rundt 3400.

– Det er først og fremst nordiske sykepleiere som er ansatt i bemanningsforetak. I 2004 var de aller fleste norske, nå er 8 av 10 svenske, sier Berge.

En drøy tredel av de utenlandske sykepleierne er tilknyttet bemanningsforetak.

I 2009 jobbet det 7600 utenlandske sykeplei-

hold for de utenlandske sykepleierne uten at de tillitsvalgte har fått kjennskap til dette,» heter det i rapporten.

Over 80 prosent av de tillitsvalgte oppgir i undersøkelsen at de i stor eller noen grad har behov for mer opplæring i temaer som angår sosial dumping.

Fafo konkluderer samtidig med at det er lite som tyder på at det finnes en underskog av saker hvor utenlandske sykepleiere har kritikkverdige arbeids- eller lønnsvilkår.

– Dersom de tillitsvalgte mangler kunnskap for å avdekke sosial dumping/kritikkverdig lønns/arbeidsforhold – hvordan kan Fafo konkludere med at det ikke tyder på at det er en underskog av slike saker? Logisk sett må vel konklusjonen være at det vet dere ikke?

– Det kan selvsagt være noe underrapportering fordi tillitsvalgte ikke vet, men de grove eksemplene er trolig allerede kjent for NSF. Det er også viktig å understreke at dette er en sektor hvor det ikke er like stor risiko for sosial dumping som det er i andre sektorer – for eksempel renhold og bygg. I helse- og omsorgssektoren er det et sterkt tillitsvalgtapparat, og strenge reguleringer, for eksempel kravet om autorisasjon. Dette gjør at det er mange hindre her sammenlignet med andre sektorer, sier han.

Sosial dumping

Om det er underrapportering eller ei: Undersøkelsen viser at det er rapportert 30 tilfeller som kan indikere sosial dumping. Det er ikke kjent hvor mange utenlandske sykepleiere de rapporterte tilfellene angår.

Ni tillitsvalgte rapporterer at de kjenner til utenlandske sykepleiere som tjener mindre enn

«Det er tilfeller hvor sykepleiere setter seg i relativt stor gjeld, fra 25 000 til 80 000 kroner.»

Øyvind M. Berge, Fafo-forsker

I tillegg har Fafo hentet inn og analysert statistikk fra Statistisk sentralbyrå og Statens autorisasjonskontor for helsepersonell. Fafo har også gjort dybdeintervjuer med personer som har jobbet mye med tematikken.

Bakgrunnen for den omfattende undersøkelsen er Norsk Sykepleierforbunds bekymring for at utenlandske sykepleiere tilbys dårligere lønns- og arbeidsvilkår enn norske sykepleiere.

De siste årene har de skjedd en mangedobling

ere i Norge. Rundt 58 prosent jobbet i sykehus eller kommuner. 36 prosent i vikarbyråer og 6 prosent i privat sektor.

Underskog?

«Selv om det er få tillitsvalgte som rapporterer om kritikkverdige forhold, kan det være at forholdene berører flere utenlandske sykepleiere på den aktuelle arbeidsplassen. Vi kan heller ikke utelukke at det forekommer kritikkverdige for-

Fafo-rapporten oppsummert:

- › I bemanningsvirksomhetene er 84 prosent av sykepleierne utenlandske. De fleste er svenske. Andelen utenlandske sykepleiere er sterkt økende, og bare en av tre tillitsvalgte har ikke erfaringer med utenlandske sykepleiere i det hele tatt.
- › Grovt oppsummert er det slik at de skandinaviske sykepleierne

jobber i sykehus, mens sykepleiere fra andre land er i kommunene.

- › Dersom denne utviklingen fortsetter, og forsterker seg, kan det på sikt resultere i at enkelte institusjoner blir dominert av utenlandsk arbeidskraft, eventuelt i kombinasjon med innleide sykepleiere, skriver Fafo.

- › Rapporten advarer mot at dette kan føre til en arbeidsstokk med andre faglige kvalitetskrav og etiske retningslinjer enn det som vektlegges i «Sykepleiernes etiske retningslinjer».
- › I studien konkluderes det også med at det virker som NSF har et godt organisasjonsarbeid, og har god kjennskap til forholdene for sykepleiere i Norge.

dske sykepleiere

det som er fastsatt i tariffavtalen. Fem tillitsvalgte kjenner til utenlandske sykepleiere som skylder penger til vikar- eller formidlingsbyrå. Tre tillitsvalgte kjenner til utenlandske sykepleiere som jobber gratis for å lære seg språk.

– I dybdeintervjuene blir det sagt at det er tilfeller hvor sykepleiere setter seg i relativt stor gjeld, fra 25 000 til 80 000 kroner, forteller Berge.

– *Er det land som utpeker seg?*

– Gjennom intervjuene kommer det frem at det er sykepleiere fra ikke-nordiske land som utpeker seg når det gjelder dårlige lønnsvilkår. Når det gjelder dårlige arbeidsvilkår, gjelder det utenlandske sykepleiere fra alle land. Mange av dem som jobber for byråer har et ønske og krav om å jobbe veldig mye. Det er en utfordring i forhold til lovreguleringen om hvor mye de faktisk kan jobbe, sier Berge.

Mismatch om vikarbruk

– Veksten i vikarbruk er slående. Når vi gjennomførte case-studiene sa lederne at bruk av vikarer er sistevalg. Virksomhetene sier de ikke ønsker å bruke vikarer, blant annet fordi det er kostbart, men i praksis bruker de dem mer og mer. Det er en mismatch mellom det de sier de ønsker og den reelle bruken, sier Berge.

– *Hva er viktigste tiltaket for å demme opp for sosial dumping?*

– Man har jo et regelverk som sier at man skal ha klausuler i kontrakter som sikrer sanksjonsmuligheter når punkter i kontrakten ikke følges. Den forskriften er forholdsvis ny, den kom i 2008. Det som er viktig er at virksomheten har gode rutiner for å kontrollere at forskriften etterleves, sier Berge.

– For NSF sin del er det en jobb å gjøre når det gjelder fagorganisering. De som har tatt utdanning i Norge, kommer så å si ferdigorganisert fra høyskolen. Det er høy organisasjonsgrad blant utenlandske sykepleiere, men likevel er det en jobb å gjøre med å organisere utenlandske sykepleiere ute i virksomhetene, sier han. ■■■

Er det sosial dumping?

» Ifølge regjeringens vurdering er sosial dumping at utenlandske arbeidstakere utsettes for brudd på helse-, miljø- og sikkerhetsregler, inkludert regler om arbeidstid og krav til bostandard, og/eller når de tilbys lønn og andre ytelser som er uakseptabelt lave sammenliknet med hva norske arbeidstakere normalt tjener eller som ikke er i tråd med allmenngjøringsforskrifter. I en redegjørelse til landsmøtet i NSF blir det understreket at det er summen av kritikkverdige forhold som angår lønn, pensjon, arbeidstid, overtid, feriepenger, sykepenger, permisjonsrettigheter, grunnleggende opplæring og boforhold som gir innhold til begrepet sosial dumping.

Tips oss!

Har du, eller kjenner du utenlandske sykepleiere som har uakseptabelt dårlige lønns- eller arbeidsvilkår?

Kontakt Sykepleien på redaksjonen@sykepleien.no. Alle tips blir behandlet fortrolig.



Illustrasjonsfoto: Colourbox

» Undersøkelsen viser at 81 prosent av de tillitsvalgte mener de har behov for mer opplæring i regelverket for konkurranseutsetting. 83 prosent har behov for å vite mer om regelverket for innleie av vikarer, og 84 prosent mener det vet for lite om regelverk for bruk av utenlandske sykepleiere.

Skulle ikke vært suspendert

Det er inngått rettsforlik mellom Kongsberg kommune og sykepleieren som ble midlertidig suspendert i 2010. Kongsberg kommune beklager nå feilen.

Tekst Bjørn Arild Østby og Ann-Kristin Bloch Helmers

Det var 13. desember i fjor den erfarne sykepleieren ansatt ved en institusjon i Kongsberg kommune intetanende og uten forvarsel fikk telefon fra sin seksjonsleder om at hun var midlertidig suspendert og ikke behøvde å stille på jobb. Sykepleien har omtalt saken ved flere anledninger, blant annet i tema i Sykepleien nr. 9–2011.

Det har tidligere blitt varslet at et erstatningskrav etter suspensjonen skulle behandles i retten i november. Nå har altså Norsk Sykepleierforbund og Kongsberg kommet til forlik, etter at kommuneledelsen innrømmer at suspensjonen av sykepleieren var grunnløs.

I en felles pressemelding mellom Norsk Sykepleierforbund og Kongsberg kommune, heter det nå blant annet at Kongsberg kommune «beklager den belastningen som suspensjonssaken har fått for sykepleieren som er organisert i Sykepleierforbundet». Videre er partene enige om at saken nå er avsluttet.

Tidligere har kommuneledelsen stått hardt på at de gjorde det eneste rette ved å suspendere sykepleieren.

Forlik i sju punkter

Dessa sju punkter er partene blitt enige om i rettsforliket mellom Kongsberg kommune og sykepleieren:

1. Kongsberg kommune beklager den belastningen som suspensjonssaken har fått for sykepleieren som er organisert i Sykepleierforbundet.
2. Kongsberg kommune beklager at det ble sendt ut pressemelding om suspensjonssaken før det var avholdt drøftelsesmøte i saken.
3. Partene er enige om at det ikke forelå grunnlag for suspensjon av Sykepleierforbundet sitt medlem på bakgrunn av de opplysninger som fremkom i møte 20. desember 2010. Kommunen beklager at suspensjonssaken ble

iverksatt før det ble avholdt drøftelsesmøte iht. arbeidsmiljøloven § 15–1.

4. Partene er enige om at saken nå er avsluttet, og partene ser fremover med forventning om et godt samarbeid.
5. Partene er enige om å sende ut en felles pressemelding med innhold i punktene 1 til 7. Den skal sendes til media og legges ut på kommunens hjemmeside. Partene er enige om ikke å kommentere saken ytterligere overfor media.
6. Hver av partene bærer sine sakskostnader.
7. Partene begjærer saken hevet som forlikt. De frafaller også retten til å anke. Ethvert forhold vedrørende søksmålet og omstendighetene rundt dette er med dette oppe og avgjort.

De to andre som ble suspendert ved institusjonen samtidig, er organisert i henholdsvis Fagforbundet og Parat. Fagforbundets medlem har også fått en beklagelse, og Parat avventer det samme for sitt medlem. ■■■



SYKEPLEIENS AUGUSTUTGAVE, nr 9/2011, hadde tema om Kongsberg kommune. Saken om suspensjonen av sykepleieren avdekket også dårlige avvikrutiner i kommunen.

Flere sykdommer Mange pasienter En behandling



Før forskrivning av Remicade®, vennligst se fullstendig preparatmtale

PULVER TIL INFUSJONSVÆSKE 100 mg: Hvert hetteglass inneh.: Infliksimab 100 mg, sakkarose, polysorbat 80, natriumdihydrogenfosfatmonohydrat, dinatriumfosfatdihydrat.

Indikasjoner: *Revmatoid artritt:* Reduksjon av tegn og symptomer, samt forbedring av fysisk funksjon i kombinasjon med metotreksat hos pasienter med aktiv sykdom som ikke har respondert tilfredsstillende på andre sykdomsmodifiserende antirevmatiske legemidler (DMARDs), inkl. metotreksat. Reduksjon av tegn og symptomer i kombinasjon med metotreksat hos pasienter med alvorlig, aktiv og progredierende sykdom som ikke tidligere er behandlet med metotreksat eller andre DMARD. I disse pasientgruppene er det, målt ved røntgen, vist en reduksjon i progresjonshastigheten av leddskade. *Crohns sykdom hos voksne:* Behandling av moderat til alvorlig aktiv Crohns sykdom hos pasienter som ikke har respondert på en fullstendig og adekvat behandling med et kortikosteroid og/eller et immunosuppressivt legemiddel, eller som ikke tolererer eller har kontraindikasjon mot slike behandlinger. Behandling av aktiv fistulerende Crohns sykdom hos pasienter som ikke har respondert på en fullstendig og adekvat konvensjonell behandling (inkl. antibiotika, drenasje og immunosuppressiv behandling). *Crohns sykdom hos barn:* Behandling av alvorlig, aktiv Crohns sykdom hos barn og ungdom i alderen 6-17 år som ikke har respondert på konvensjonell behandling inkl. kortikosteroid, immunmodulator og ernæringsterapi, eller som ikke tolererer eller har kontraindikasjoner mot slike behandlinger. *Ulcerøs kolitt:* Behandling av moderat til alvorlig aktiv ulcerøs kolitt hos pasienter som ikke har respondert tilfredsstillende på konvensjonell behandling med kortikosteroider, 6-merkaptopurin eller azatioprin, eller som ikke tolererer eller har kontraindikasjon mot slike behandlinger. *Ankyloserende spondylitt (Bekhterevs sykdom):* Behandling av alvorlig, aktiv ankyloserende spondylitt (Bekhterevs sykdom) hos voksne som ikke har respondert tilfredsstillende på konvensjonell behandling. *Psoriasisartritt:* Behandling av aktiv og progredierende psoriasisartritt hos voksne når responsen på tidligere DMARDs-behandling ikke har vært tilfredsstillende. Gitt alene (hos pasienter som ikke tåler metotreksat eller hvor metotreksat er kontraindisert) eller i kombinasjon med metotreksat. Infliksimab har vist å forbedre fysisk funksjon ved psoriasisartritt og redusere progresjonshastigheten av perifer leddskade, målt ved røntgen, ved polyartikulære symmetriske subtyper av sykdommen. *Psoriasis:* Behandling av moderat til alvorlig plakksoriasis hos voksne som ikke har respondert på, som har en kontraindikasjon mot eller som ikke tolererer annen systemisk behandling, inkl. ciklosporin, metotreksat eller PUVA.

Dosering: Igangsettes og følges opp av lege med erfaring i å diagnostisere og behandle en eller flere av de godkjente indikasjonene. Infliksimabinfusjoner skal gis av kvalifisert helsepersonell som har trening i å oppdage infusjonsrelaterte problemer. Pasienter som behandles med infliksimab bør få utlevert pakningsvedlegget og det spesielle varselkortet. **Voksne: ≥18 år:** *Revmatoid artritt:* 3 mg/kg etterfulgt av 3 mg/kg, 2 og 6 uker etter 1. infusjon, deretter hver 8. uke. Klinisk respons oppnås vanligvis innen 12 ukers behandling. Ved inadekvat respons eller tap av respons etter denne perioden, bør en vurdere å øke dosen trinnvis med ca. 1,5 mg/kg opp til maks. 7,5 mg/kg hver 8. uke. Alternativt kan det vurderes å gi 3 mg/kg så ofte som hver 4. uke. Dersom tilstrekkelig respons oppnås skal pasienten fortsette med valgt dose eller dosefrekvens. Fortsatt behandling bør ikke revurderes hos pasienter som ikke viser tegn til terapeutisk nytte innen de 12 første behandlingsukene eller etter dosejustering. *Moderat til alvorlig aktiv Crohns sykdom:* 5 mg/kg etterfulgt av 5 mg/kg 2 uker etter 1. dose. Dersom ingen respons etter 2 doser, bør det ikke gis ytterligere infliksimabdoser. Tilgjengelige data støtter ikke videre behandling hos pasienter som ikke responderer innen 6 uker etter 1. infusjon. Hos pasienter som responderer er de alternative strategiene for fortsatt behandling enten vedlikeholdsbehandling eller fornyet behandling: Vedlikeholdsbehandling: Ytterligere infusjoner på 5 mg/kg 6 uker etter 1. dose, deretter hver 8. uke. Fornyte behandling: Infusjon på 5 mg/kg dersom tegn og symptomer på sykdommen kommer tilbake. Begrenset data fra pasienter som initialt responderte på 5 mg/kg, men som mistet responsen, indikerer at noen pasienter kan gjeninnhente responsen med doseøkning. Fortsatt behandling bør ikke revurderes hos pasienter som ikke viser tegn på terapeutisk nytte etter dosejustering. *Aktiv fistulerende Crohns sykdom:* 5 mg/kg etterfulgt av 5 mg/kg 2 og 6 uker senere. Dersom en pasient ikke responderer etter 3 infusjoner, bør det ikke gis ytterligere infliksimab-behandling. Hos pasienter som responderer, er de alternative strategiene for fortsatt behandling enten vedlikeholdsbehandling eller fornyet behandling: Vedlikeholdsbehandling: Ytterligere infusjoner på 5 mg/kg hver 8. uke. Fornyte behandling: Infusjon på 5 mg/kg dersom tegn eller symptomer på sykdommen kommer tilbake, etterfulgt av infusjoner på 5 mg/kg hver 8. uke. Begrenset data fra pasienter som initialt responderte på 5 mg/kg men som mistet responsen, indikerer at noen pasienter kan gjeninnhente responsen med doseøkning. Fortsatt behandling bør ikke revurderes hos pasienter som ikke viser tegn på terapeutisk nytte etter dosejustering. Erfaring med fornyet behandling dersom tegn eller symptomer kommer tilbake er begrenset, og sammenlignende data på nytte/risiko for de alternative strategiene for fortsatt behandling mangler. *Ulcerøs kolitt, psoriasisartritt og psoriasis:* 5 mg/kg etterfulgt av 5 mg/kg 2 og 6 uker senere, deretter hver 8. uke. Klinisk respons hos pasienter med ulcerøs kolitt oppnås vanligvis innen 14 ukers behandling (3 infusjoner). Fortsatt behandling bør ikke revurderes hos pasienter som ikke viser noen tegn til terapeutisk nytte innen denne tidsperioden. Pasienter med psoriasisartritt og psoriasis som ikke responderer etter 14 uker (etter 4 infusjoner), bør ikke gis flere behandlinger. *Ankyloserende spondylitt:* 5 mg/kg etterfulgt av 5 mg/kg 2 og 6 uker senere, deretter hver 6.-8. uke. Dersom en pasient ikke responderer innen 6 uker (dvs. etter 2 infusjoner), bør det ikke gis flere behandlinger. *Fornyte behandling ved Crohns sykdom og revmatoid artritt:* Dersom tegn eller symptomer på sykdom kommer tilbake kan ny infusjon gis <16 uker etter den siste infusjonen. Forsinkede hypersensitivitetsreaksjoner etter infliksimabopphold <1 år, se Forsiktighetsregler. Sikkerhet og effekt ved gjentatt administrering etter infliksimabopphold på >16 uker er ikke fastslått. Dette gjelder både for pasienter med Crohns sykdom og revmatoid artritt. *Fornyte behandling ved ulcerøs kolitt og psoriasisartritt:* Sikkerhet og effekt ved gjentatt behandling, annet enn hver 8. uke, er ikke undersøkt. *Fornyte behandling ved ankyloserende spondylitt:* Sikkerhet og effekt ved gjentatt behandling, annet enn hver 6. - 8. uke, er ikke undersøkt. *Fornyte behandling ved psoriasis:* Begrenset erfaring fra fornyet behandling i form av re-induksjonsbehandling etter oppbluss av sykdomsaktivitet, antyder en økt insidens av infusjonsreaksjoner, også alvorlige, sammenlignet med 8 ukers vedlikeholdsbehandling. *Fornyte behandling ved alle godkjente indikasjoner:* Dersom vedlikeholdsbehandling avbrytes og det er behov for ny oppstart av behandling, anbefales ikke re-induksjonsbehandling. I slike tilfeller bør infliksimab gis som en enkelt dose

etterfulgt 8 ukers vedlikeholdsbehandling. **Barn og ungdom: 6-17 år:** *Crohns sykdom:* 5 mg/kg etterfulgt av 5 mg/kg 2 og 6 uker senere, deretter hver 8. uke. Enkelte kan trenge et kortere eller lengre doseringsintervall. Behandlingen skal stoppes dersom barnet/ungdommen ikke responderer innen de første 10 behandlingsukene. **Administrering:** Skal administreres intravenøst over en 2-timers periode. Alle pasienter må observeres i minst 1-2 timer etter infusjonen mhp. akutte infusjonsrelaterte reaksjoner. Ved indikasjoner til voksne: Hos nøye utvalgte pasienter som har tolerert 3 initiale 2-timersinfusjoner og som får vedlikeholdsbehandling, kan det overveies å gi påfølgende infusjoner med varighet på ikke mindre enn 1 time. Kortere infusjoner ved doser >6 mg/kg er ikke undersøkt.

Kontraindikasjoner: Tuberkulose og andre alvorlige infeksjoner som sepsis, abscesser og opportunistiske infeksjoner. Moderat eller alvorlig hjertesvikt (NYHA klasse III/IV). Kjent hypersensitivitet for innholdsstoffene eller murine proteiner.

Forsiktighetsregler: Erfaring viser at hos noen pasienter er eget forsvar mot infeksjoner nedsatt under infliksimabbehandling. Hemming av TNF α kan maskere symptomer på infeksjon som f.eks. feber. Tidlig gjenkjennelse av et atypisk klinisk forløp for alvorlige infeksjoner og for typiske kliniske forløp for sjeldne og uvanlige infeksjoner er kritisk for å redusere forsknelse av diagnostisering og behandling. Ved fistulerende Crohns sykdom med akutte suppurative fistler skal ikke infliksimabbehandling initieres før en kilde til mulig infeksjon, spesielt abscess, er utelukket. Pasienter må monitoreres nøye for infeksjoner inkl. tuberkulose før, under og etter infliksimabbehandling. Siden eliminasjonen av infliksimab kan ta opptil 6 måneder, skal monitorering fortsette gjennom hele perioden. Videre infliksimabbehandling skal ikke gis dersom en pasient utvikler en alvorlig infeksjon eller sepsis. Forsiktighet må utvises om infliksimab skal gis til pasienter med kronisk infeksjon, som har hatt tilbakevendende infeksjoner samtidig med immunosuppressiv behandling. Pasientene bør unngå potensielle risikofaktorer for infeksjon. Infeksjoner er oftere rapportert hos barn, enn hos voksne. Pasienter som får TNF-hemmere er mer mottagelige for alvorlige infeksjoner. Tuberkulose, bakterielle infeksjoner, inkl. sepsis og pneumoni, invasive soppinfeksjoner, virale infeksjoner og andre opportunistiske infeksjoner er rapportert. Noen av disse har vært dødelige; de mest frekvent rapporterte med en mortalitetsrate på >5% inkluderer pneumocystose, kandidose, listeriose og aspergillose. Pasienter som utvikler ny infeksjon under behandlingen skal overvåkes nøye og gjennomgå en fullstendig diagnostisk evaluering. Preparatet seponeres dersom pasienten utvikler ny alvorlig infeksjon eller sepsis, og passende antimikrobiell eller antifungal behandling skal påbegynnes intill infeksjonen er under kontroll. Ved bytte fra en biologisk behandling til en annen skal pasienten overvåkes for tegn på infeksjon. Aktiv tuberkulose er rapportert, hovedandelen ekstrapulmonal, beskrevet som lokal eller disseminert sykdom. Før oppstart med infliksimab skal alle pasienter undersøkes nøye for tuberkulose (både aktiv og latent). Undersøkelsen skal inneholde en detaljert anamnese med tanke på tidligere forekomst av tuberkulose, ev. mulig tidligere kontakt med tuberkulose og tidligere og/eller pågående immunosuppressiv behandling. Relevante «screening»-tester dvs. tuberkulintest og røntgen av lungene bør utføres på alle pasienter (lokale retningslinjer kan benyttes). Vær oppmerksom på at en kan få falsk negativ tuberkulintest spesielt hos pasienter som er alvorlig syke eller immunosupprimerte. Dersom aktiv tuberkulose diagnostiseres, må ikke infliksimabbehandling startes. Dersom latent tuberkulose mistenkes, bør lege med ekspertise i tuberkulosebehandling konsulteres. I alle situasjoner beskrevet under skal nytte-risikoforholdet ved infliksimabbehandling vurderes svært nøye. Dersom latent tuberkulose diagnostiseres, skal behandling startes iht. lokale retningslinjer for oppstart med infliksimab. Ved flere eller signifikante risikofaktorer for tuberkulose og negativ test for latent tuberkulose, eller ved tidligere latent eller aktiv tuberkulose hvor adekvat behandling ikke kan bekreftes, bør anti-tuberkulosebehandling overveies før oppstart med infliksimab. Alle pasienter skal informeres om å søke medisinsk hjelp dersom tegn/symptomer på tuberkulose oppstår (f.eks. vedvarende hoste, tæring/vekttap, mild feber) under eller etter infliksimabbehandling. Hos pasienter behandlet med infliksimab og som utvikler alvorlig systemisk sykdom, kan man mistenke invasiv soppinfeksjon, f.eks. aspergilliose, candidiasis, pneumocystose, histoplasmos, coccidioidomykose eller blastomykose. Lege med ekspertise innen diagnose og behandling av invasive soppinfeksjoner bør konsulteres i tidlig fase ved utredning. Invasive soppinfeksjoner opptrer heller som disseminerte enn lokaliserte, og antigen- og antistofftesting kan være negativ hos noen med aktiv sykdom. Hensiktsmessig empirisk antifungal behandling bør vurderes. For pasienter som har vært bosatt i eller reist til områder hvor invasive soppinfeksjoner som histoplasmos, coccidioidomykose eller blastomykose er endemiske, skal nytte-risikoforholdet ved infliksimabbehandling overveies før oppstart av behandling startes. Ingen data foreligger mht. respons på vaksinering med levende vaksiner eller sekundær overføring av infeksjon med levende vaksiner ved anti-TNF-behandling. Samtidig administrering av levende vaksiner er derfor ikke anbefalt. Administrering av levende vaksiner til spedbarn som har vært utsatt for infliksimab i livmoren, er ikke anbefalt de første 6 måneder etter morens siste infusjon under svangerskapet. Det anbefales at barn med Crohns sykdom vaksineres iht. gjeldende retningslinjer for oppstart av infliksimabbehandling. Det foreligger begrenset sikkerhetserfaring fra kirurgi inkl. artroplastikk hos pasienter behandlet med infliksimab. Den lange halveringstiden til infliksimab bør tas i betraktning dersom kirurgi er planlagt. Infliksimabbehandlede pasienter som trenger kirurgi, bør monitoreres nøye for infeksjoner, og passende tiltak iverksettes. Reaktivering av hepatitt B-virus (HBV) er sett hos kroniske bærere av viruset. Noen tilfeller med dødelig utfall. Pasienter bør testes for HBV for oppstart, ved positiv test bør pasienten henvises til lege med ekspertise på HBV. Bærere av HBV skal overvåkes nøye for tegn og symptomer på aktiv HBV under og i flere måneder etter avsluttet behandling. Ved reaktivering av HBV skal infliksimab seponeres og effektiv antiviral behandling med egnet støttebehandling igangsettes. Isolerte tilfeller av leversvikt som resulterte i levertransplantasjon eller død har forekommet. Pasienter med symptomer eller tegn på leverdysfunksjon, skal undersøkes for tegn på leverskade. Ved gulsott og/eller ALAT-økning ≥5 ganger den øvre normalgrensen, skal preparatet seponeres og grundig undersøkelse gjennomføres. Akutte infusjonsreaksjoner, inkl. sjeldne anafylaktiske reaksjoner, kan utvikles under (i løpet av sekunder) eller innen få timer etter infusjon. Dersom akutte infusjonsreaksjoner inntreffer skal infusjonen avbrytes umiddelbart og dersom alvorlige reaksjoner oppstår, må symptomatisk behandling gis og infliksimabbehandling avsluttes. Utstyr for akuttbehandling må være tilgjengelig. Pasienten kan behandles på forhånd med f.eks. et antihistamin, hydrokortison og/eller paracetamol, og infusjonshastigheten kan senkes for å redusere risikoen for infusjonsrelaterte reaksjoner, spesielt dersom infusjonsreaksjoner har inntrefft tidligere.

Antistoffer mot infliksimab kan utvikles og er forbundet med økt frekvens av infusjonsreaksjoner. Det er også sett en sammenheng mellom utvikling av antistoffer mot infliksimab og redusert varighet av respons. Samtidig administrering av immunmodulerende legemidler er forbundet med lavere insidens av antistoffer og redusert frekvens av infusjonsreaksjoner. Effekten av samtidig immunosuppressiv behandling er mer uttalt hos pasienter behandlet episodisk enn ved vedlikeholdsbehandling. Annen samtidig medisiner (f.eks. kortikosteroider og immunsuppressiver) bør være optimalisert. Pasienter som slutter med immunsuppressiver før eller under infliksimab-behandling, har større risiko for utvikling av antistoffer, som ikke alltid detekteres i serumprøver. Alvorlige infusjonsreaksjoner ved fornyet behandling er sett hos pasienter med moderat til alvorlig psoriasis. Pasientene fikk ikke samtidig immunosupprimerende behandling. Flesteparten oppstod under den andre infusjonen (uke 2). Symptomer inkluderte, men var ikke begrenset til, dyspné, urticaria, ansiktsødem og hypotensjon. I alle tilfellene ble infliksimab seponert og/eller annen behandling igangsatt med påfølgende fullstendig opphør av alle tegn og symptomer. Forsinkede hypersensitivitetsreaksjoner har forekommet etter legemiddelopphold <1 år. Tegn og symptomer inkl. myalgi og/eller artralgi med feber og/eller utslett. Noen pasienter opplever kløe, ødem i ansikt, hender eller leppe, dysfagi, urticaria, sår hals og hodepine. Økt risiko for forsinket hypersensitivitet med økende lengde på legemiddeloppholdet. Pasienter må rådes til umiddelbart å søke medisinsk hjelp dersom de opplever forsinkede bivirkninger. Dersom pasienter behandles på nytt etter et lengre opphold, må de overvåkes nøye for tegn og symptomer på forsinket hypersensitivitetsreaksjon. En mulig risiko for utvikling av lymfomer eller andre maligniteter ved behandling med TNF-hemmere hos barn og voksne kan ikke utelukkes. Særlig forsiktighet må utvises ved vurdering av behandling av pasienter som utvikler maligniteter mens de får infliksimab, ved maligniteter i anamnesen, samt hos pasienter med økt risiko for maligniteter pga. storøyking. Forsiktighet skal også utvises ved psoriasis og ekstensiv immunsuppressiv behandling, eller forlenget PUVA-behandling i anamnesen. Pasienter med ulcerøs kolitt, som har økt risiko for dysplasi eller tykktarmskreft (f.eks. pasienter med mangeårig ulcerøs kolitt eller primær skleroserende kolangitt) eller som har hatt dysplasi eller tykktarmskreft, bør undersøkes for dysplasi jevnlig for behandling og gjennom hele sykdomsforløpet. Undersøkelsen bør inkl. koloskopi og biopsi ifølge lokale retningslinjer. Ved nydiagnostisert dysplasi bør det vurderes nøye hvorvidt infliksimabbehandling skal avsluttes. Sjeldne tilfeller av hepatosplenisk T-cellelymfom er rapportert hos pasienter behandlet med TNF-hemmere, inkl. infliksimab. Denne sjeldne typen T-cellelymfom har et veldig aggressivt sykdomsforløp og er vanligvis dødelig. Alle tilfellene med infliksimab inntraff hos pasienter med Crohns sykdom eller ulcerøs kolitt, primært ungdom eller unge voksne menn. Alle pasientene hadde fått behandling med azatioprin (AZA) eller 6-merkaptopurin (6-MP) samtidig eller rett før infliksimab. Den potensielle risikoen med kombinasjonen av AZA eller 6-MP og infliksimab bør overveies nøye. Det skal utvises forsiktighet ved mild hjertesvikt (NYHA klasse I/II). Utvikles nye eller forverrede symptomer på hjertesvikt, skal infliksimabbehandling avbrytes. Pasienter som utvikler tegn på blod dyskrasier (f.eks. vedvarende feber, blåmerker, blødning, blekhet) skal øyeblikkelig søke medisinsk hjelp. Ved hematologiske unormaliteter skal seponering vurderes. Det relative underskuddet av TNF α som forårsakes av anti-TNF-behandling, kan forårsake en autoimmuniseringsprosess. Hvis en pasient utvikler antistoffer mot dobbelttrådet DNA og symptomer som indikerer et lupus-lignende syndrom etter infliksimabbehandling, må videre behandling med infliksimab ikke gis. Bruk av TNF-hemmere, inkl. infliksimab, har vært forbundet med debut eller forverring av kliniske symptomer og/eller radiografiske tegn på demyeliniserende sykdommer i sentralnervesystemet, inkl. multippel sklerose, og perifere demyeliniserende sykdommer, inkl. Guillain-Barré syndrom. Nytte/risiko må derfor vurderes nøye for oppstart med anti-TNF-behandling hos pasienter med eksisterende eller nylig inntruffet debut av demyeliniserende tilstander. Hvis noen av disse sykdommene oppstår skal seponering vurderes. Med unntak av Crohns sykdom er sikkerhet og effekt ved bruk hos pasienter ≤ 17 år ikke tilstrekkelig undersøkt og anbefales derfor ikke. Preparatet er ikke undersøkt hos pasienter <6 år med Crohns sykdom. Manglende respons på behandling av Crohns sykdom kan indikere en vedvarende fibrotisk striktur som kan kreve kirurgisk behandling. Hos eldre bør det utvises spesiell oppmerksomhet angående risikoen for infeksjon.

Interaksjoner: Sikkerhet og effekt av anakinra brukt i kombinasjon med infliksimab er ikke etablert. Derimot er det sett økt risiko for alvorlige infeksjoner og nøytropeni ved kombinasjon av annen anti-TNF α -behandling og anakinra, og ingen ytterligere nytte sammenlignet med TNF α -hemmer gitt alene. Kombinasjonen er derfor ikke anbefalt. I kliniske studier har samtidig administrering av TNF-hemmere og abatacept vært assosiert med en økt risiko for infeksjoner, inkl. alvorlige infeksjoner sammenlignet med TNF-hemmere alene, uten økt klinisk nytte. Kombinasjonen av infliksimab og abatacept er ikke anbefalt. Det anbefales at levende vaksiner ikke gis samtidig med infliksimab.

Graviditet/Amming: *Overgang i placenta:* Ingen uventede effekter på utfallet av graviditeten. Infliksimab hemmer TNF α og det er derfor mulig at bruk under graviditet kan påvirke normale immunresponser hos nyfødte. Risiko kan ikke utelukkes pga. begrenset erfaring, og infliksimab er derfor ikke anbefalt under graviditet. Fertile kvinner må bruke sikker prevensjon under og i minst 6 måneder etter siste infliksimab-behandling. *Overgang i morsmelk:* Ukjent, men immunglobuliner skilles ut i melk. Amming frarådes for minst 6 måneder etter avsluttet behandling.

Bivirkninger: *Svært vanlige ($\geq 1/10$):* Gastrointestinale: Magesmerter, kvalme. Infeksiøse: Virusinfeksjon (f.eks. influensa, herpesvirusinfeksjon). Luftveier: Infeksjon i øvre luftveier, sinusitt. Nevrologiske: Hodepine. Øvrige: Infusjonsrelatert reaksjon, smerte. *Vanlige ($\geq 1/100$ til <1/10):* Blod/lymf: Nøytropeni, leukopeni, anemi, lymfadenopati. Gastrointestinale: Gastrointestinal blødning, diaré, dyspepsi, gastroøsofageal refluks, forstoppelse. Hjerne/kar: Takykardi, palpitasjon, hypotensjon, hypertensjon, ekkymoser, hetetokter, rødming. Hud: Debut av eller forverret psoriasis, inkl. pustuløs psoriasis (hovedsakelig i håndflater og fotsåler), urticaria, utslett, kløe, økt svetting, tørr hud, soppdermatitt, eksem, alopeci. Immunsystemet: Allergisk luftveissymptom. Infeksiøse: Bakterielle infeksjoner (f.eks. sepsis, cellulitt, abscesser). Lever/galle: Abnormal leverfunksjon, økte transaminaser. Luftveier: Infeksjon i nedre luftveier (f.eks. bronkitt, pneumoni), dyspné, epistakse. Muskel-skjelettsystemet: Artralgi, myalgi, ryggsmerte. Nevrologiske: Vertigo, svimmelhet, hypoestesi, parestesi. Nyre/urinveier: Urinveisinfeksjon. Psykiske: Depresjon, insomni. Øye: Konjunktivitt. Øvrige: Brystsmerte, tretthet, feber, reaksjon på injeksjonsstedet, frysninger, ødem. *Mindre vanlige ($\geq 1/1000$ til <1/100):* Blod/lymf: Trombocytopeni, lymfopeni, lymfocytose. Gastrointestinale: Intestinal perforasjon, intestinal stenose, divertikulitt, pankreatitt, keilit. Hjerne/kar: Hjertesvikt (ny eller forverret), arytmi, synkope, bradykardi, perifer iskemi, tromboflebit, hematoma. Hud: Bullos erupsjon, onykomykose, seboré, rosacea, hudpapillom, hyperkeratose, abnormal hudpigmentering. Immunsystemet: Anafylaktisk reaksjon, lupuslignende syndrom, serumsyke eller serumsykelignende reaksjon. Infeksiøse: Tuberkulose, soppinfeksjoner (f.eks. kandidose). Kjønnsgener/bryst: Vaginitt. Lever/galle: Hepatitt, hepatocellulær skade, kolecystitt. Luftveier: Lungeødem, bronkospasmer, pleuritt, pleuraleffusjon. Nevrologiske: Krampeanfall, nevropatier. Nyre/urinveier: Pyelonefritt. Psykiske: Amnesi, agitasjon, forvirring, somnolens, nervøsitet. Undersøkelser: Positiv autoantistoffer. Øye: Keratitt, periorbital ødem, hordeolum. Øvrige: Nedsett sårhelning. *Sjeldne ($\geq 1/10\ 000$ til <1/1000):* Blod/lymf: Agranulocytose, trombotisk trombocytopenisk purpura, pancytopeni, hemolytisk anemi, idiopatisk trombocytopenisk purpura. Hjerne/kar: Cyanose, perikardeffusjon, sirkulatorisk svikt, petekier, vasospasmer. Hud: Toksik epidermal nekrolyse, Stevens-Johnsons syndrom, erythema multiforme, furunkulose. Immunsystemet: Anafylaktisk sjokk, vaskulitt, sarkoidlignende reaksjon. Infeksiøse: Meningitt, opportunistiske infeksjoner (som invasive soppinfeksjoner, f.eks. pneumocystose, histoplasmose, aspergillose, koksidiomykose, kryptokokkose og blastomykose; bakterielle infeksjoner, f.eks. atypisk mykobakteriose, listeriose og salmonellose og virale infeksjoner f.eks. cytomegalovirus), parasittinfeksjoner, reaktivering av hepatitt B. Lever/galle: Autoimmun hepatitt, gulsott. Luftveier: Interstitiell lungesykdom (inkl. raskt progredierende sykdom, lungefibrose og pneumonitt). Nevrologiske: Transvers myelitt, demyeliniserende sykdommer i sentralnervesystemet (multippel sklerose-lignende sykdom og optisk nevritt), perifere demyeliniserende sykdommer (slik som Guillain-Barré syndrom, kronisk inflammatorisk demyeliniserende polyneuropati og multifokal motorneuropati). Psykiske: Apati. Svulster/cyster: Lymfom, non-Hodgkins lymfom, Hodgkins sykdom, leukemi. Undersøkelser: Unormal komplemfaktor. Øye: Endoftalmitt. Øvrige: Granulomatøs lesjon. *Svært sjeldne (<1/10 000), ukjent:* Hjerne/kar: Myokardiskemi/infarkt under eller innen 2 timer etter infusjon. Lever/galle: Leversvikt. Svulster/cyster: Hepatosplenisk T-cellelymfom (primært hos ungdom og unge voksne med Crohns sykdom og ulcerøs kolitt). Øye: Forbigående synstap under eller innen 2 timer etter infusjon. Noen bivirkninger har hatt dødelig utfall.

Overdosering/Forgiftning: *Symptomer:* Enkelt doser <20 mg/kg har ikke medført toksiske effekter.

Egenskaper: *Klassifisering:* Kjemisk humant murint monoklonalt antistoff (IgG₁). *Virkningsmekanisme:* Binder med høy affinitet til løselige og transmembrane former av TNF α , og hemmer dermed bioaktiviteten til TNF α . Forhøyede konsentrasjoner av TNF α er funnet i leddene til pasienter med revmatoid artritt og korrelerer med økt sykdomsaktivitet. Preparatet gir betydelig reduksjon i det vanligvis forhøyede nivået av serumbetennelsesmarkøren C-reaktivt protein (CRP). Behandlingen gir en reduksjon i antall celler som er i stand til å utskille TNF α og interferon- γ , og reduserer infiltrasjon av inflammatoriske celler i det angrepne området samt tilstedeværelse av inflammasjonsmarkører. *Fordeling:* Hovedsakelig vaskulær. *Halveringstid:* 9½ dag.

Oppbevaring og holdbarhet: Oppbevares ved 2-8°C. Den rekonstituerte oppløsningen er kjemisk og fysisk stabil i 24 timer i kjøleskap. Oppløsningen inneholder ikke konserveringsmidler, og preparatet bør brukes så snart som mulig innen 3 timer etter blanding og fortynning.

Andre opplysninger: Hvert hetteglass skal tilberedes med 10 ml vann til injeksjon vha. sprøyte med 21 gauge (0,8 mm) eller tynnere nål. Den totale dosen av den tilberedte oppløsningen fortynnes videre med natriumklorid infusjonsvæske 9 mg/ml til 250 ml. Bruk et lavproteinbindende filter (porestr. 1,2 μ meter eller mindre) under infusjonen.

Pakninger og priser: 1 stk. (hettegl.) kr 5607,50. 3 stk. (hettegl.) kr 16752,60.

Sist endret: 11.10.2011

Avviser beskyldninger om plagiat

Rektor og tidligere dekan for sykepleierutdanningen ved Høgskolen i Oslo og Akershus er innblandet i en sak om beskyldninger om idétyveri og plagiat av en studie. Tekst Ann-Kristin Bloch Helmers

Nasjonalt utvalg for gransking av redelighet i forskning er ennå ikke ferdig med å behandle en henvendelse fra Hilde Eide, professor i sykepleiervitenskap og en doktorgradsstipendiat ved Høgskolen i Oslo og Akershus (HiOA). De to mener at daværende dekan ved sykepleierutdanningen, nåværende rektor Kari Toverud Jensen, og en prosjektleder, har tilegnet seg deres ideer på illegitimt vis.

Striden står om hvem som skrev den opprinnelige prosjektsøknaden om støtte til en diabetesstudie til Forskningsrådet, og hvem som nå har rettighetene til prosjektet.

Avsatt mot sin vilje

Det nye prosjektet er beskrevet som «The Norwegian Study in Renewing Health: Stimulating self management in patients with type-2 Diabetes mellitus through telecare with the Few Touch application and health counseling – a randomized controlled trial».

Det opprinnelige prosjektet, som klagerne til Granskningsutvalget mener er utgangspunktet for det nye, heter: «I-Care: Stimulating self management in patients with type 2 diabetes through web-based situational feedback – a randomized controlled trial.»

Høgskolen mener det er vanlig at det forekommer store og små endringer i prosjekter som er finansiert av Forskningsrådet, og at alle endringer i diabetesprosjektet er innrapportert og godkjent av Forskningsrådet. Høgskolen har gått ut og avvist at det er snakk om en videreføring av forskningskonseptet i det pågående prosjektet, og mener konflikten skyldes at forskningskonseptet måtte endres etter risikovurdering og hensyn til personvernssikkerhet for pasientene.

I dokumenter Sykepleien har fått tilgang til, beskrives det at stipendiaten som var ansatt i det første prosjektet, ble tatt ut av denne stillingen mot sin vilje, og at stillingen deretter ble utlyst på nytt, med et nytt formulert prosjekt.

Steile fronter

I klagesaken som ble sendt til Granskningsutvalget hevdes det at den avsatte stipendiaten hadde den opprinnelige ideen, utviklet prosjektet og skaffet finansieringen fra Forskningsrådet. Studien har fått i underkant av 5 millioner kroner for å gjennomføre prosjektet, disse midlene inngår nå i Renewing Health-prosjektet.

Klagerne mener prosjektbeskrivelsen i Renewing Health i store deler er avskrift fra søknaden til Forskningsrådet, og beskriver dette som plagiat. Ifølge et møtereferat fra skolens forskningsetiske råd, beskriver Eide det som tyveri når «dekan tar en stipendiats prosjekt og gir det til en annen.»

Høgskolen mener på sin side at prosjektleder for det første prosjektet også hadde en sentral rolle i utviklingen av forskningsideen, og at stipendiaten har fått kompensasjon for å ha blitt tatt ut av prosjektet.

– Illegitim tilegnelse

Klagerne hevder overfor Granskningsutvalget at også andre opphavspersoner er tatt ut av prosjektet, og at også disse er fratatt intellektuelle rettigheter og meritterende publisering. Hilde Eides sønn har vært involvert i prosjektet. Han er overfor Granskningsutvalget beskrevet som idé- og teknologiutvikler gjennom firmaet E-design.

Blant spørsmålene det nå strides om, er hva som egentlig ligger i de ulike tekniske løsningene som skulle benyttes i prosjektene, hvem som har bidratt med ideene i søknaden til Forskningsrådet, og hva som var bakgrunnen for at Eide og stipendiaten havnet utenfor prosjektet.

«Vi mener vi har vist og dokumentert at dette innebærer illegitim tilegnelse av en forskningsidé, inkludert pasientintervensjon og forskningsdesign, som var utviklet på bakgrunn av mange års vitenskapelig og teknologisk arbeid», skriver Eide og stipendiaten i et brev hvor de gjennomgår sitt ståsted, og ber Granskningsutvalget vurdere saken.

Uenige

I brevet til Granskningsutvalget hevdes det at opphavspersonene til prosjektet ble tatt av prosjektet høsten 2010 av daværende dekan ved sykepleierutdanningen Kari Toverud Jensen, som nå er rektor ved HiOA.

Hilde Eide og stipendiaten beskriver at de hadde tatt opp bekymringer rundt prosjektet i lang tid, og meldt fra både skriftlig og muntlig til dekan og videre opp til prorektor i flere måneder før de ble tatt ut av prosjektet, og stipendiatstillingen utlyst på nytt.

Det er uenighet mellom høyskoleledelsen og Eide om hvorvidt Eide gikk ut av prosjektet frivillig, eller om hun ble tatt ut av det mot sin vilje. Hilde Eide jobber nå ved sykepleierutdanningen ved Høgskolen i Buskerud. Hun ønsker ikke å kommentere saken mens den er under behandling.

– Må vurdere sin habilitet

Granskningsutvalget mottok saken i slutten av januar i år. Utvalget lukket saken for offentlig innsyn, og har til nå hatt tre møter om den. Granskningsutvalget har nå gitt høyskolen beskjed om at de mener høyskolen selv må behandle saken.

– Granskningsutvalget behandlet klagen i et møte 12. september, og fant ikke å ville gå inn i realiteten i saken, sa Anne Robberstad, leder for Granskningsutvalget til Sykepleien etter møtet.

Forskningsetisk utvalg ved høyskolen har tidligere vurdert saken, og uttalt at de er inhabile, blant annet fordi en av de innklagede, Toverud Jensen, sitter både som rektor og styreleder ved skolen.

Granskningsutvalget har samtidig bedt skolens forskningsetiske utvalg om å vurdere sin habilitet på nytt, blant annet med den begrunnelse at det «ikke kan være slik at noen ved å gjøre institusjonens leder til innklaget, automatisk kan gjøre Forskningsetisk utvalg inhabil.»



INNKLAGET: Rektor og tidligere dekan ved Høgskolen i Oslo og Akershus, Kari Toverud Jensen, mener det er skivebom å peke på henne i saken som omhandler påstander om idetyveri og plagiat av doktorgradsprosjekt. Bildet er tatt i fjor, da Sykepleien hadde et portrettintervju med Toverud Jensen. Arkivfoto: Erik M. Sundt.

«Jeg vil understreke at jeg ikke har vært forsker i denne saken.» Kari Toverud Jensen

– Skivebom

– Jeg vil understreke at jeg ikke har vært forsker i denne saken. Min oppgave har vært å være dekan, og dermed leder. Jeg har altså ikke vært inne i noen av de to prosjektene, sier rektor Kari Toverud Jensen til Sykepleien.

Hun understreker at det nå er utnevnt et nytt forskningsetisk utvalg ved skolen.

– Vil dette utvalget behandle saken videre?

– Det spørsmålet må du nesten rette til administrerende direktør. Jeg ønsker ikke å uttale meg om noe annet enn hvilken rolle jeg har hatt i disse prosjektene, sier Toverud Jensen.

– Har dette vært en belastende sak for deg som nyvalgt rektor?

– Det er klart det ikke har vært en hyggelig start på rektorperioden, men det skal også sies at vi ved høyskolen er inne i en spennende periode på mange andre områder. Samtidig synes jeg ikke mine personlige følelser rundt denne saken er spesielt interessant.

– Hvorfor har ledelsen ved skolen vært såpass lukket om saksbehandlingen?

– Vi ser at dokumenter har lekket til mediene.

Men siden saken har vært unntatt offentlighet fra Granskingsutvalgets side, har vi forholdt oss til det, sier hun.

– Du understreker din rolle som leder, og ikke forsker i prosjektene. Mener du det er skivebom å peke på deg i denne saken?

– Ja.

– Men det er et faktum at du er rektor og involvert i en sak som omhandler påstander om plagiat og idetyveri?

– Det er et faktum at tidligere prosjektmedarbeidere påstår seg utsatt for plagiat. Jeg har verken som dekan eller rektor hatt noen deltagelse i disse prosjektene, sier hun.

Ikke ferdigbehandlet

I september uttalte administrerende direktør Wedø til høyskolens egne nettsider:

– Med bakgrunn i Granskingsutvalgets behandling av saken anser høyskolen saken om mulig plagiat av forskningsidé for avsluttet.

Granskingsutvalget understreker derimot overfor Sykepleien at saken ikke er ferdigbehandlet fra deres side, selv om den altså er sendt i retur til høyskolen.

Høyskoledirektøren begrunner uttalelsen om at saken var avsluttet slik:

– Granskingsutvalget skal behandle saker hvor det er mistanke om alvorlig uredelig forskning. Granskingsutvalget har i sitt tilsvare skrevet at de «på det foreliggende grunnlaget ikke finner at de forskningsetiske aspekter er tilstrekkelig avgrenset eller av en tilstrekkelig prinsipiell viktighet til at det taler for en behandling av dette nasjonale organet». Det er dette vi la til grunn i vårt tilsvare, sier Wedø.

Hun opplyser at styret ved høyskolen har opprettet et forskningsetisk utvalg med hovedvekt av eksterne representanter, og som ledes av en ekstern jurist. Hun opplyser at videre saksbehandlingen skjer i dialog mellom forskningsetisk utvalg og Granskingsutvalget.

I redegjørelse til Granskingsutvalget 1. juli i år skriver daværende rektor Sissel Østberg at dette er en kompleks sak av både personal- og forskningsfaglig karakter. Ifølge høyskolen er både de arbeidsrettslige og opphavsrettslige spørsmålene vurdert av jurister.

Forskningsrådet har ikke svart på Sykepleiens henvendelser i saken. ■■■

LANGE ARBEIDSDAGER OG TRETTE BEN?

– Strøpene som gjør dagen lettere for deg kjøper du hos WWW.XWEAR.NO



Varer og faktura sendes med posten.

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



– Jordmødre er portvoktere på sykehuset

Mange førstegangsfødende vil på sykehus tidlig i fødselen.

Men jordmødrene mener de har det tryggest hjemme. Tekst Nina Hernæs

Statistikken viser klart at kvinner som blir lagt inn på sykehus tidlig i fødselsforløpet har større risiko for komplikasjoner, intervensjoner og keisersnitt, sier jordmor og høyskolelektor Tine Schauer Eri.

– Dette vet jordmødre, og de forsøker derfor å få kvinnene til å holde seg hjemme fram til de er i aktiv fødsel.

I den nyavlagte doktorgraden «Labour onset and early labour: an exploration of first-time mother's and midwife's experiences» undersøkte Eri hvordan førstegangsfødende opplevde å vente på at fødselen skulle begynne. I tillegg

intervjuet hun disse kvinnene og jordmødre på sykehuset om hvordan de kommuniserte før kvinnene ble lagt inn.

Overrasket

Kvinnene som tok kontakt i en tidlig fase av fødselen, opplevde at de måtte forhandle om sin egen troverdighet for å få lov til å komme innenfor. Eri fant at de var veldig sårbare i bestrebelsene på å unngå å bli sendt hjem.

– Dette tyder på at fødselsomsorgen ikke trefte helt i denne fasen, mener hun.

– Overrasket det deg?

– Ja. Jeg hadde en fornemmelse av at dette kunne være vanskelig, men styrkene i funnene er overraskende. Det er så tydelig at dette er et problem for mange.

Hun ble også overrasket over i hvilken grad jordmødre fungerer som portvoktere som kvinnene må forbi for å komme inn i sykehuset og det medisinske systemet.

Alene før fødselen

Eri mener funnene viser et stort behov for refleksjon over hvordan førstegangsfødende skal møtes av sykehuset. Kanskje noen av de engstelige trenger å bli lagt inn, selv om fødselen ikke er skikkelig i gang.

– Man kan jo spørre om en fødsel som begynner med at kvinnen er veldig urolig, i utgangspunktet er dysfunksjonell. Kanskje ville den endt med keisersnitt uansett om kvinnen var hjemme eller på sykehus. Jordmødrene tenker på kvinnes beste når de vil ha dem hjemme, men jeg er ikke så sikker på at det er til det beste for alle.

Hun peker på at gravide passes veldig godt på fram til de skal føde.

– De er under medisinsk overvåkning, nærmest fra uke til uke. Men når fødselen nærmer seg, blir de alene. I den mest sårbare fasen av fødselen skal de klare alt selv. De skal tolke signaler fra kroppen og finne ut når det er på tide å kontakte sykehuset. For mange går dette av seg selv, men det er også mange som synes det er veldig vanskelig å håndtere.

Annet tilbud

Hun mener derfor det er behov for et mer differensiert tilbud i den første fasen av fødselen.

– En del av disse kvinnene har behov for en annen type tilbud, kanskje hjemmebesøk av jordmor. Dette håper jeg å finne ut mer om.

Ifølge Eri er det ikke mange som har forsket på dette, men hennes funn stemmer overens med studier som er gjort. Neste skritt er å sammenfatte forskningen sammen med forskere fra andre land.

Kvalitative studier

Tine Schauer Eris avhandling består av tre delstudier. Hun har brukt kvalitativ forskningsmetode og gjort feltarbeid i ett geografisk område hvor det er en stor universitetsklinikk. Hun presiserer at hennes undersøkelser er gjort blant førstegangsfødende som møter ukjente jordmødre på sykehus.

– Det hadde vært interessant å gjøre en lignende studie med kvinner som fødte på fødestue, der de var blitt fulgt av det samme personalet gjennom svangerskap og fødsel, sier hun. ■■■

Personvekker

- medisinsk godkjente

MS5400 Stolvekt med BMI funksjon Max 300 kg. 10.995,- (eks. mva)	MS2400 Babyvekt 1.695,- (eks. mva)
MS4900 Søylevekt med BMI funksjon Kan påmonteres høydemåler. Max 300 kg. 3.995,- (eks. mva)	MS80D Lengdemåler til babyvekt kr. 1.195,- eks. mva.
MS4400 Bismervekt 1.295,- (eks. mva)	



Pb 213, 5591 Etne • Tlf 53 75 77 50
Epost: post@arcus-vita.no

Flere vekter og høydemålere
samt informasjon og bestilling på
www.arcus-vita.no

HELGEKABAL: Anne Moi Bø vil ikke være skyteskive som arbeidsgiver i saken om helgejobbing. Hun er virksomhetsleder på Mosheim sykehjem i Stavanger.



– NSF har flere stemmer

– Kravet om å jobbe maks tredjehver helg er et dilemma for oss, sier sykepleielederne i NSF.

Tekst og foto **Marit Fonn**

Anne Moi Bø er leder for sykepleieledergruppen i Norsk Sykepleierforbund (NSF):

- Det høres ut som et enstemmig NSF mener at sykepleiere ikke skal jobbe oftere enn hver tredje helg.

Bø skulle ønske at NSF også kunne se saken fra ledernes side.

- Vi sykepleieledere er helt enige i at det beste for den enkelte sykepleier er å jobbe hver tredje helg. Men ledere er ansvarlig for en bemanning som gir faglig forsvarlige tjenester. I dag er ikke det praktisk mulig å få til i helgene.

Når sykepleierne jobber i store stillingsbrøker, dekkes bare én av tre helger i turnus.

- Da må det leies inn ekstra i små stillingsbrøker. Bare ufaglærte vil ha slike stillinger.

Da blir fagligheten i helgen for tynn.

- Det ville være en drømmesituasjon å få til delt lønnsmidler slik at alle ansatte kunne få helstilling. Antall fulle stillinger som måtte til for å få dekning nok med jobbing bare hver tredje helg, ville gi lønnsutgifter på nesten dobbelt av det vi har i dag. Dette er en prioritering som politikerne må ta.

- *Er det vanskelig å støtte kravet om rett til hele stillinger?*

- Ja, som leder må vi tenke på alle ansatte. Vi mener det må være en rett for alle i helsevesenet å få full stilling. Men realiteten er at det ikke er økonomiske midler til å gjennomføre dette.

Bø synes det er et dilemma når NSF går så sterkt ut på arbeidstakersiden.

- Som arbeidsgivere blir vi nesten en slags skyteskive i alle uttalelsene om helgejobbing. Jeg tror NSF vil styrke sin posisjon dersom de ser sakene om helgejobbing og fulle stillinger fra både arbeidsgiver- og arbeidstakersiden.

Ifølge NSF-leder Lisbeth Norman sier medlemmer at arbeidspresset er så stort at det ikke er aktuelt å jobbe mer.

- Vi har sagt til Spekter at vi kan åpne for frivillig helgejobbing mot høyere lønn. Men arbeidsgiversiden sier nei, sier Normann.

- *Forstår du ledernes dilemma?*

- Egentlig ikke. Faggruppen for ledere har bare 600 medlemmer, mens 5 500 av NSF's medlemmer er ledere. Gruppen kan tenke hvordan de skal rekruttere flere medlemmer. ■■■

Siste nytt fra NorskeSerier!



Få første bok i valgfri serie GRATIS!

Les om alle våre andre serier på norskeserier.no!



Arvesynd

av Anne-Lise Boge

Syk kjærlighet, tyngende krav, hat og vill lidenskap

Arvesynd er Anne-Lise Boges store serie fra Vestlandet i 1911. Den handler om fattigjenta Mali. Hun må ta en skjebnesvanger avgjørelse fordi hennes lidenskap fører henne ut i en synd som kaster skygger over livet hennes.

2,5 mill. i opplag!



Livet i Bergfoss

av Synnøve Eriksen

Anette Borge er noe så uvanlig som prest og ugift mor til tenåringsdatteren Vilde. De to flytter til Bergfoss og må finne nye venner på det nye hjemstedet. Dessverre er ikke alle like begeistret for den nye presten, og det bygger snart opp til storm...

Tidens største samtidssuksess!

Altfor lange journaler truer pasientsikkerhet

Han frykter at pasienter dør fordi helsepersonell skriver journaler som ikke blir lest.

– Viktige beskjeder drukner i brødsriver, sier pasientombud. Tekst **Eivor Hofstad** Foto **Erik M Sundt**

Itte år jobbet jurist Knut Fredrik Thorne i Helsetilsynet i Østfold, før han i år ble bruker- og pasientombud i Akershus. Han har lest haugevis med journaler, ofte i forbindelse med hendelsesbaserte tilsyn.

– Jeg ble lut lei av å lese om doturer, soving, brødsriver med leverpostei, tannpuss og hvem de har hatt besøk av. Det var som endeløse dårlige skolestiler. Viktige medisinske observasjoner og beskjeder drukna mellom brødsriver og besøk, sier Thorne.

I flere tilfeller førte dårlig journalføring eller manglende oppfølging av informasjonen i journalene til alvorlige hendelser, og for noen pasienter endte det med døden.

Verst i kommunehelsetjenesten

Thorne synes at det verste ved det enorme ordgyteriet er at journalene ikke blir lest og at helsepersonellet i stedet stoler på de muntlige overleveringene ved vaktskiftet. Han sier pro-

at «sykepleierfortelling» ble brukt som metode tidligere. Men sykepleierfortelling er egentlig en metode for å utvikle sykepleierpraksis, ikke for dokumentasjon.

– Da ble det gjerne flere A4-sider på hver pasient, fordi man skulle ta med alt av observasjoner, vurderinger og refleksjoner, sier han.

Relevant og nødvendig informasjon

En journal skal si hva som er gjort med pasienten av hvem, hva som er tenkt av hvem og hva som er planlagt for pasienten, men ikke rubbel og bit av dette. Ifølge Helsepersonellovens paragraf 40 og forskriftens paragraf 8, utløses plikten til dokumentasjon kun ved relevante og nødvendige opplysninger.

– Hva er relevant og nødvendig?

– Det som er relevant for én pasient, er ikke nødvendigvis relevant for en annen. Er det en pasient med ernæringsproblem, kan info om mat, drikke og doturer være relevant, men i

– Som fagperson tenker vi avvik i forhold til nødvendige oppgaver i forhold til helsehjelp som ikke blir utført, eller uønskede hendelser. Jurister vil kanskje tenke på avvik i forhold til pasientforløp som ikke går som forventet eller som avviker fra normalen, sier han.

Motsetningsfylte råd

Stensvik har som følgeregel at «er det ikke dokumentert, er det ikke gjort».

– Det virker som en motsetning til kun å dokumentere avvik?

– Jeg skjønner at det kan virke forvirrende for sykepleiere at vi sier det slik, men det gjør vi fordi vi har ulikt utgangspunkt: Tilsynsmyndighet og fagperson, sier Stensvik og forklarer:

Fagpersoner er opptatt av at dokumentasjonsarbeidet har mange funksjoner som undervisning, læring, evaluering og etterprøvbarehet. Tilsynsmyndighetene fokuserer på at dokumentasjonen sikrer faglig forsvarlighet, kontinuitet og tillitt til helsevesenet.

– Men vi er enige om at du ikke skal skrive alt du tenker og gjør. Det må være kort og konsist og relevant i forhold til målet med helsehjelpen, sier Stensvik.

Han gir som eksempel at dersom «sår» er problemet som er definert i planen, skal man ikke skrive noe om at pasienten har vært sur og grinete og har drukket to kopper kaffe.

– En grei huskeregel er at man ikke skriver journalen for de pårørendes skyld, men for at det skal være et arbeidsredskap for helsepersonellet. Da må man også både lese journalen og ta tak i opplysningene som står der, sier Thorne.

Døde av blodforgiftning

Thorne gir et eksempel fra Østfold:

– En dement pasient hadde et hovent kne. I tre uker kunne jeg lese om dette hovne kneet.

«I tre uker leste jeg om dette hovne kneet. Til pasienten døde av blodforgiftning.»

Knut Fredrik Thorne, bruker- og pasientombud i Akershus

blemet er størst i kommunehelsetjenesten, men at også sykehusene har et forbedringspotensial.

– Jeg kan godt skjønne at helsepersonell klager på at altfor mye tid går med til dokumentasjon når de skriver så mye som ikke har noe i journalen å gjøre, sier han.

Sykepleier og lektor ved Høgskolen i Sør-Trøndelag, Geir-Tore Stensvik, har videreutdanning i sykepleiedokumentasjon og elektronisk pasientjournal. Han tror en av grunnene til at det har blitt så mye uvesentlig i journalene er at det fremdeles henger litt igjen etter

utgangspunktet er det ikke det. For langtidspasienter med pleieplan, er det i utgangspunktet kun avvik fra planen som trenger å føres, sier Thorne.

– Jeg er ikke enig i at det kun er avvik fra planen som trenger å føres. Dokumentasjon er en refleksjonsprosess hvor det er viktig å overføre til den kollegaen som skal ta over for deg hva du har observert, tenkt og gjort i forhold til planen, sier Stensvik.

Han synes det virker som om jurister og fagpersoner har ulik forståelse av hva de legger i «avvik».



– **JEG VIL GI ET SPARK TIL ENHETSLEDERE.** De kan ikke journalforskriften, mener bruker- og pasientombud Knut Fredrik Thorne. Foto: Erik M. Sundt

Slik dokumenterer du

- › Skriv kort og konsist.
- › Det du skriver skal være relevant for pasientens tilstand.
- › God dokumentasjon krever at pasienten har en pleieplan.
- › Både avvik og hvordan pleieplanen er fulgt opp skal dokumenteres.
- › Det er en fordel om dokumentasjon fra både lege og sykepleier og annet helsepersonell er samlet i samme journal. Da unngår man dobbeldokumentasjon og får mer oversikt.
- › Husk at journalen er et arbeidsredskap.

Det endte med at pasienten døde av blodforgiftning.

Problemet var at man ikke hadde tatt tak i opplysningen.

– De kunne tatt fram et målbånd og målt hevelsen for å se om den ble større eller mindre. Dette skjedde på sommeren og 40 ulike helsepersonell hadde hatt kontakt med pasienten, kun en eller to ganger hver.

Et annet eksempel fra hjemmetjenesten i Østfold:

– 15 pleiere skrev i samme journal at «pasienten har begynt å hoste». Dag etter dag. Kanskje ikke så rart at det utviklet seg til en lungebetennelse. Kan vel trygt si at lesing av journal ikke var en utbredt aktivitet, konkluderer Thorne.

I dette tilfellet gikk det bra til slutt, men det endte med sykehusinnleggelse av pasienten.

Unngå dobbeltføringer

Mange steder føres det flere journaler, for eksempel en for legene og en for sykepleierne. Det er upraktisk. Thorne anbefaler å ha kun én journal for alt helsepersonell, da unngår man også dobbeltføringer.

Legen har blant annet journalføringsplikt om hvilke medisiner som er forskrevet, mens sykepleierne har journalføringsplikt om at medisinen er gitt, hvilken virkning og eventuelt bivirkning den har.

– Etter ni år med journallesing har jeg ennå til gode å se en journal hvor en sykepleier skriver noe om virkningen eller eventuelt bi-

virkingen av igangsatt medisinsk behandling, sier han.

Ledelsesansvar

Det er et ledelsesansvar å få til gode rutiner på journalføring, mener både Thorne og Stensvik.

– Ledere bør mene noe om hva som skal føres og diskutere det med de ansatte i avdelingene, slik at de får en felles forståelse. Når rutinene er innført, bør lederen ta stikkprøver av journalene hver 14. dag, råder Knut Fredrik Thorne.

– Jeg vil gi et spark til enhetsledere og administrasjonen på sykehjem og sykehus. De kan ikke journalforskriften og de føringene den gir i forhold til internkontroll. Der står alt veldig klart og den er lett å forstå. De må lære seg den, oppfordrer Geir-Tore Stensvik.

Utdanningene svikter

Det varierer hvor mye undervisning sykepleierstudentene får i dokumentasjon. Mange steder overlates dette til praksisstedene.

Styret i Norsk Sykepleierforbunds faggruppe for IKT og dokumentasjon mener at det trengs et intensivt kunnskapsløft på området dokumentasjon.

– Dokumentasjon av sykepleie eller helsehjelp er så vidt jeg vet i alle rammeplanene ved grunnutdanningen, men hvordan denne undervisningen vektlegges, er forskjellig, sier styremedlem i faggruppen, Sidsel Børmark.

Forvirrede studenter

Som sensor ved Høgskolene i Sør-Trøndelag og i Oslo/Akershus har hun inntrykk av at det er et sammensurium av modeller for dokumentasjon

(VIPS, SOAP), systemer (EPJ) og pedagogisk verus administrativ pleieplan.

– Sykepleieprosessen blir ikke satt i et dokumentasjonsperspektiv og studentene utviser stor grad av forvirring i sine bacheloroppgaver. Det er en gjennomgående kritikk fra studentene at de ikke har nok kunnskap om dette, sier Børmark.

Hennes inntrykk er at grunnleggende kunnskap om bruk av elektronisk pasientjournal (EPJ)-system er overlatt til praksis.

– Jeg tror mye av årsaken til forvirringene og derav ujevn praksis, er at det er få høyskolelærere/lektorer som har tilstrekkelig kunnskap og erfaring med å lære bort klinisk dokumentasjon

og bruk av ulike modeller for dokumentasjon, klassifikasjon og terminologier, sier hun.

Produkt-uavhengig forståelse

Ingeborg Berge er nestleder i NSF-faggruppen. Hun har truffet lærere i grunnutdanningen som mener at det er problematisk å lære studentene dokumentasjon fordi det er ulike datasystemer og at skolen ikke har råd til et eget EPJ-system. Det er hun uenig i.

– Jeg mener at grunnleggende kunnskap og forståelse av sykepleieres dokumentasjon er uavhengig av datasystem. Det er kjempeviktig at vi fronter en produkt-uavhengig kunnskaps- og kravforståelse. Det er vi som sykepleiere som skal sette krav til systemene og ikke omvendt. Da må sykepleiere ha en sykepleiefaglig kunnskap om dokumentasjon, inkludert lovverk, sier hun.




**Nytt nettkurs
i dokumentasjon**

- › Norsk Medisinsk Infosenter AS i Trondheim har nylig laget et nettkurs i dokumentasjon for helsepersonell i kommune- og spesialisthelsetjenesten. Kurset inneholder forelesninger, blant annet med Knut Fredrik Thorne, Geir-Tore Stensvik (se artikkel) og Jane Wik.
- › Kurset inneholder også interaktive øvingsoppgaver og avsluttende kunnskapstest. Det er produktuavhengig.
- › Kurset er godkjent av Fagforbundet som tellende fire timer i klinisk fagstige.
- › Alta og Kvinesdal er de to første kommunene som tar det i bruk. Interesserte kommuner/helseforetak kan få kurset til gjennomsyn.
- › Les mer på nettet: www.ml-o.no

«Oppdrag utført» gir uheldig praksis

Å hake av for «oppdrag utført» i Geric, gjør helsepersonellet sløve.

Tekst **Eivor Hofstad** Foto **Yuri Arcus, Scanpix**

Sykepleier Liisa Louhelainen ved Sokna sykehjem på Hønefoss er fortvilet over hvordan institusjonen praktiserer dokumentasjon i det elektroniske pasientjournal-systemet Geric.

Ved hvert vaktskifte tre ganger i døgnet må de hake av for «oppdrag utført» for hver eneste pasient. I de tilfeller det foreligger avvik, skal de ikke hake av for dette, men skal dokumentere på vanlig vis i journalen. De har blitt kurset til å gjøre dette av en jurist hos Fylkeslegen i Buskerud. Da lærte de at alt som ikke er dokumentert, ikke er gjort.

Krysser av på autopilot

– Jeg føler meg krenket som sykepleier fordi jeg må hake av for at jeg gjør jobben min. Praksisen har ført til dårligere dokumentasjon enn tidligere fordi ikke alle avvik føres når det er så lett å hake av for «oppdrag utført». Enkelte krysser også av på autopilot, selv når de ikke har sett pasienten i løpet av en vakt, sier hun.

Louhelainen synes denne avkrysningen ikke har noe å gjøre med god dokumentasjon, som sier at det kun er relevante og nødvendige opplysninger om helsehjelpen som skal føres i pasientjournalen.

Hun får støtte av sykepleier og lektor ved

Høgskolen i Sør-Trøndelag, Geir-Tore Stensvik. Han har videreutdanning i sykepleiedokumentasjon og elektronisk pasientjournal.

– En slik bruk av Geric er uheldig fordi folk blir sløve. Å hake av for «oppdrag utført» var populært for noen år siden, men så forsvant det. Nå ser jeg at det dukker opp igjen. Jeg tipper det har med effektiviseringskrav å gjøre, sier han.

Skrekkeksempel

Stensvik er uenig i at sykepleiere blir krenket fordi de må dokumentere at de gjør jobben sin.

– Det er viktig at jeg synliggjør hva jeg har observert, vurdert og gjort og eventuelt planlegger å gjøre, ellers kan det ikke bli etterprøvbart. Hvis en annen kollega vurderer annerledes, kan jeg kanskje lære noe også, sier han.

Stensvik mener også at «er det ikke dokumentert, er det ikke gjort», men sier at dokumentasjonen må bestå av sykepleierens observasjoner og vurderinger i henhold til pleieplanen, ikke i form av et kryss i Geric på «oppdrag utført».

– Det krever selvfølgelig at alle pasienter får en pleieplan. Undersøkelser viser at det er mange som ikke har det. Dermed blir det også vanskelig å dokumentere bra for helsepersonellet.

Han har et skrekkeksempel fra en kommune

hvor man på en langtidsavdeling ved et sykehjem innførte dokumentasjon kun en gang i døgnet fordi man mente det skjedde så lite på avdelingen. I tillegg praktiserte de avkrysning for «oppdrag utført».

– Der kunne man lese «oppdrag utført, oppdrag utført, oppdrag utført» og så var pasienten død. Hva hadde egentlig skjedd? Sannsynligvis hadde pasienten blitt gradvis verre, men en slik dokumentasjonspraksis gjør det umulig for tilsynsmyndigheter å vurdere noe som helst. Det blir også vanskelig for helsepersonellet å evaluere og forbedre praksis.

Godt eksempel

Det er opptil hver enkelt kommune å bestemme hvordan den skal praktisere bruken av pasientjournalssystemet sitt, så lenge det er innenfor kravene gitt av lov og forskrift. Profil og Geric er de to mest brukte elektroniske pasientjournalssystemene.

– I Skaun kommune i Sør-Trøndelag har de bygd opp Geric på en flott måte. Der får man tiltaksplanen for pasienten opp som første bilde, og det blir lett å skrive direkte inn i forhold til de tiltakene du har gjort. Det bør være et eksempel til etterfølgelse, foreslår Geir Tore Stensvik. ■■■



NYHET!
Glukosamin
reseptfritt på
apoteket!

Samin – effektiv symptomlindring ved slitasjegikt

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

Mer effektiv akuttpsykiatri

Basal Eksponeringsterapi vil kunne korte ned liggetiden for pasienter med lang sykehistorie og dårlig prognose, ifølge en artikkel i Psykisk helse og rus. Tekst **Johan Alvik**

Liste utgave av Psykisk helse og rus skriver spesialsykepleier Jan Hammer og psykologspesialist Didrik Heggdal om implementering av Basal Eksponeringsterapi (BET) i akuttpsykiatrisk behandling. De mener at BET-programmet vil kunne fremme funksjonshaving og korte ned liggetiden for en del pasienter.

Alvorlig syke

BET brukes i behandling av pasienter med alvorlige, sammensatte lidelser, gjennomgripende funksjonssvikt og symptomer som hallusinasjoner, vrangforestillinger, dissosiasjon og suicidal atferd. De som tas inn i BET-programmet har gjennom flere år mottatt en rekke former for behandling uten at det har ført til varig bedring.

I BET ses pasienten som en som opprettholder sine problemer gjennom unnvikelse, og som er ansvarlig for å muliggjøre endring gjennom aktive valg. Helsepersonell kan veilede pasienten, men ikke løse pasientens problem. Formålet med BET er å redusere pasientens avhengighet av å bli regulert av andre og fremme evnen til selvregulering av affekt og atferd.

Den terapeutiske strategien komplementær ytre regulering (KYR) er et sentralt verktøy gjennom hele prosessen. KYR består av «de motsatte» strategiene underregulering og overregulering, og er forankret i en hypotese om at understøttelse av mestringsatferd i vekslende med understimulering beveger pasienten i retning av økende selvregulering.



PSYKISK HELSE OG RUS: sendes til medlemmer av NSFs landsgruppe av psykiatriske sykepleiere. Andre kan abonnere, kontakt: abonnement@psykiskhelseogrus.no

Bedre behandling

Så langt har 12 pasienter med lang sykehistorie og dårlig prognose gjennom BET-programmet fått normalisert sine liv. Pasientgruppen det er snakk om legger beslag på et stort antall senger i akuttavdelinger, der en døgnplass koster nærmere tre millioner kroner per år.

Hammer og Heggdal mener helsevesenet har et ansvar for å legge om behandlingen der den behandlingen som tilbys ikke ser ut til å bedre pasientens evne til å klare seg selv. Implementering av BET i akuttbehandlinger vil gi en ny innfallsvinkel til å forstå pasientenes problemer, og by på en terapeutisk tilnærming som kan være hensiktsmessig i et mer langsiktig perspektiv. I artikkelen i Psykisk helse og rus presenterer Hammer og Heggdal forslag til implementering av BET i akuttpsykiatrisk behandling. ■■■

C Daivobet "LEO"

Middel mot psoriasis

GEL: 1 g inneh.: Kalsipotriol 50 µg (som monohydrat), betametasol 0,5 mg (som dipropionat), flytende parafin, polyoksypropylen-15-stearyleter, hydrogenert ricinusolje, butylhydroksytoluen (E 321), helracemisk α-tokoferol. SALVE: 1 g inneh.: Kalsipotriol 50 µg (som monohydrat), betametasol 0,5 mg (som dipropionat), flytende parafin, polyoksypropylen-15-stearyleter, helracemisk α-tokoferol, hvit vaselin.

Indikasjoner: Gel: Topikal behandling av psoriasis i hodebunnen for voksne. Topikal behandling av mild til moderat plaque psoriasis vulgaris på kroppen for voksne. Salve: Behandling av stabil plaque psoriasis vulgaris egnet for lokal terapi for voksne. **Dosering:** Gel: Påføres de affiserte områder 1 gang daglig. Anbefalt behandlingsperiode er 4 uker ved bruk i hodebunnen og 8 uker ved bruk på andre områder. Hvis det er nødvendig å fortsette eller starte opp med behandling etter denne perioden, bør behandling skje etter legens anbefaling og tilsyn. Gelen bør forbli på huden over natten eller resten av dagen for å oppnå maks. effekt. Ved bruk i hodebunnen: Alle affiserte områder i hodebunnen kan behandles med gelen. Vanligvis er 1-4 gram pr. dag tilstrekkelig (4 gram = 1 teskje). Salve: Påføres det affiserte området 1 gang daglig. Den anbefalte behandlingsperioden er 4 uker, men man har erfaring med gjentatte behandlingsperioder opp til 52 uker. Hvis det er nødvendig å fortsette eller starte opp med behandling etter 4 uker, bør behandling skje etter legens anbefaling og tilsyn. Maks. daglig dose av legemidler som inneholder kalsipotriol: 15 gram. Anbefales ikke til barn <18 år. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. Ved erytrodermisk, eksfoliativ og pustulos psoriasis. Pga. innholdet av kalsipotriol er Daivobet kontraindisert hos pasienter med forstyrrelser i kalsiumstoffsifet. Pga. innholdet av kortikosteroid er Daivobet kontraindisert ved viruslesjoner i huden (f.eks. herpes eller varicella), sopp- eller bakterieinfeksjoner i huden, infeksjoner forårsaket av parasitter, hudmanifestasjoner i forbindelse med tuberkulose eller syfilis, perioral dermatitt, atrofisk hud, atrofisk striae, skjørhet av hudvener, iktyose, acne vulgaris, acne rosacea, rosacea, hudsår/-skader, perianal og genital kløe. **Forsiktighetsregler:** Samtidig behandling med andre steroider må unngås. Bivirkninger som sees i forbindelse med systemisk kortikosteroidbehandling, som f.eks. adrenokortikal suppresjon eller påvirkning av metabolsk kontroll ved diabetes mellitus, kan også forekomme ved topikal kortikosteroidbehandling pga. systemisk absorpsjon. Applikasjon under okklusjon, på store områder skadet hud, på slimhinner eller i hudfolds bør unngås, pga. økt systemisk absorpsjon av kortikosteroider. Hyperkalsemi kan forekomme dersom maks. daglig dose (15 gram) overskrides. Serumkalsium normaliseres raskt når behandlingen seponeres. Risiko for hyperkalsemi er minimal hvis man følger anbefalingene. Behandling av > 30% av kroppens overflate bør unngås. Huden i ansiktet og på genitaler er svært følsom for kortikosteroider. Bør ikke brukes på disse områdene. Mindre vanlige lokale bivirkninger (som øyerritasjon eller irritasjon av ansiktshuden) er sett ved utilsiktet kontakt med ansikt, øyne eller konjunktiva. Pasienten må instrueres i korrekt bruk for å unngå applikasjon og utilsiktet overføring til ansikt, munn og øyne. Hørene må vaskes etter hver påføring. Om lesjonene blir sekundærinfisert, bør antimikrobiell behandling gis. Behandlingen bør stoppes om infeksjonen forverres. Ved psoriasisbehandling med topiske kortikosteroider kan det være en risiko for utvikling av den pustulose formen eller «rebound»-effekt ved seponering. Det er derfor viktig å følge opp pasienten etter avsluttet behandling. Det er økt risiko for lokale og systemiske bivirkninger ved langtidsbehandling. Behandlingen bør seponeres hvis bivirkninger oppstår som følge av lang tids bruk. Daivobet salve til bruk på psoriasis på kroppen har vært brukt i kombinasjon med Daivobet gel til bruk på psoriasis i hodebunnen, men det er ingen erfaring med samtidig bruk av andre antipsoriasismidler gitt systemisk eller samtidig bruk av fototerapi. Unngå overdreven bruk av naturlig eller kunstig sollys. Kombinasjonen topikal kalsipotriolbehandling og UV-lys bør kun benyttes hvis lege og pasient anser fordelen større enn potensiell risiko. Det er ingen erfaring med bruk ved guttatt psoriasis. Sikkerhet og effekt ved alvorlig nyreinsuffisiens eller alvorlig leversykdom er ikke fastslått. Gelen inneholder butylhydroksytoluen, som kan forårsake lokale hudreaksjoner (f.eks. kontaktdermatitt) eller irritasjon av øyne og slimhinner. **Graviditet/Amming:** Overgang i placenta: Det foreligger ikke tilstrekkelige data for bruk til gravide. Bør kun brukes under graviditet når fordelen oppveier risikoen. Overgang i morsmelk: Betametasol går over, men risiko for barnet synes lite sannsynlig ved terapeutiske doser. Det foreligger ingen data på overgang av kalsipotriol til brystmelk. Forsiktighet bør utvises ved forskrivning til ammende. Bør ikke brukes på brystene under amming. **Bivirkninger:** Vanlige (≥1/100 til <1/10): Gel: Hud: Kløe. Salve: Hud: Kløe, utslett, brennende følelse i huden. Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100): Gel: Hud: Forverring av psoriasis. Sviende følelse, smerter eller irritasjon i huden, follikulitt, dermatitt, erytem, akne, tørr hud, utslett, pustuløst utslett. Øye: Øyerritasjon. Salve: Hud: Forverring av psoriasis. Smerter i huden eller irritasjon, dermatitt, erytem, follikulitt, pigmentforandringer på applikasjonsstedet. Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000): Salve: Hud: Pustulos psoriasis. Følgende bivirkninger anses relatert til de farmakologiske grupper for hhv. kalsipotriol og betametasol: Kalsipotriol: Lokale reaksjoner på applikasjonsstedet, kløe, hudirritasjon, sviende og stikkende følelse, tørr hud, erytem, utslett, dermatitt, eksem, forverring av psoriasis, fotosensitivitet og overfølsomhetsreaksjoner inkl. meget sjeldne tilfeller av angioedem og anksiodem. Systemiske effekter ved lokalbehandling kan i svært sjeldne tilfeller forårsake hyperkalsemi eller hyperkalsemi. Betametasondipropionat: Lokale reaksjoner inkl. hudatrofi, telangiectasi, striae, follikulitt, hypertrikose, perioral dermatitt, allergisk kontaktdermatitt, depigmentering og kolloid milia, kan oppstå etter lokalbehandling, særlig ved langvarig bruk. Risiko for utvikling av pustulos form av psoriasis. Systemiske reaksjoner ved lokalbehandling med kortikosteroider er sjeldne hos voksne, men de kan være alvorlige. Adrenokortikal suppresjon, katarakt, infeksjoner, påvirkning av den metabolske kontroll av diabetes mellitus og økt intraokulært trykk kan forekomme, særlig ved langtidsbehandling. Systemiske reaksjoner sees oftere ved okklusjonsbehandling (plast, hudfolder), ved påsmøring på store områder og ved langtidsbruk. **Overdosering/Forgiftning:** Symptomer: Bruk av mer enn anbefalt dose kan føre til forhøyet serumkalsium, som faller raskt når behandlingen seponeres. Svært langvarig bruk av topiske kortikosteroider kan hemme hypofyse-binyrebarkfunksjonene og gi sekundær adrenal insuffisiens, som normalt er reversibel. Behandling: Adrenal insuffisiens behandles symptomatisk. Ved kronisk toksisitet skal preparatet seponeres gradvis. Se Giftinformasjonens anbefalinger for kalsipotriol D05A X02 og betametasol: Glukokortikoider H02A B. **Egenskaper:** Klassifisering: D-vitaminanalog i kombinasjon med gruppe III kortikosteroid (sterke). Virkningsmekanisme: In vitro-data tyder på at kalsipotriol stimulerer differensielsen og hemmer proliferasjonen av keratinocyttene. Betametasol har antiinflammatoriske, kløestillende, vasokonstriktive og immunundertrykkende egenskaper. Ved okklusjon sees forsterket effekt pga. økt penetrasjon gjennom stratum corneum. Den antiinflammatoriske virkningsmekanisme er ikke klarlagt. Absorpsjon: Systemisk absorpsjon av hhv. kalsipotriol og betametasol fra salven er <1% på frisk hud. Absorpsjonen av topiske kortikosteroider kan øke ved påsmøring på psoriasis plaque og under okklusjon. Absorpsjon gjennom skadet hud er ca. 24%. Proteinbinding: Ca. 64%. Fordeling: Undersøkelser av vevsfordelingen av radiomerket kalsipotriol og betametasondipropionat hos rotter viser høyest nivå i nyre og lever. Halveringstid: Etter i.v. tilførsel 5-6 timer. Pga. dannelsen av et huddupet, skjer eliminasjonen etter dermal påføring over dager. Metabolisme: Betametasol metaboliseres særlig i lever, men også i nyrene. Etter systemisk eksponering vil begge de aktive virkestoffene metaboliseres raskt og i stor utstrekning. Utskillelse: Kalsipotriol: Hovedsakelig via feces. Betametasol: Via urin. **Oppbevaring og holdbarhet:** Gel: Oppbevares i ytteremballasjen beskyttet mot lys. Skal ikke oppbevares i kjøleskap. Åpnet flaske må brukes innen 3 måneder. Salve: Åpnet tube må brukes innen 1 år. **Pakninger og priser:** Gel: 60 g kr 428,10. Salve: 60 g kr 428,10. 120 g kr 821,10.

Refusjon: Kode: ICPC: S91, ICD: L40
Oktober 2011.

Referanser:

1. Kaufmann R, Bibby A.J. et al. A New Calcipotriol/Betamethasone Dipropionate Formulation Is an Effective Once Daily Treatment for Psoriasis vulgaris. *Dermatology* 2002;205:389-393.
2. Fleming C., Ganslandt C. et al. Calcipotriol plus betamethasone dipropionate gel compared with its active components in the same vehicle and the vehicle alone in the treatment of psoriasis vulgaris: a randomised, parallel group, double-blind, exploratory study. *Eur J Dermatol* 2010; 20 (4): 465-471.
3. Jemec G.B.E., Ganslandt C. et al. A New Scalp Formulation of Calcipotriene Plus Betamethasone Compared with its Active Ingredients and the Vehicle in the Treatment of Scalp Psoriasis: A Randomized, Double-Blind Controlled Trial. *J Am Acad Dermatol* 2008; 59 (3):455-463.
4. Kragballe K., Austad J. et al. A 52-week randomized safety study of a calcipotriol/betamethasone dipropionate two-compound product in the treatment of psoriasis vulgaris. *Br J Dermatol* 2006; 154:1155-1160.
5. Luger T.A., Cambazard F., et al. A Study of the Safety and Efficacy of Calcipotriol and Betamethasone Dipropionate Scalp Formulation in the Long-Term Management of Scalp Psoriasis. *Dermatology* 2008;217:321-328.

3 grunner til å forskrive Daivobet® ved behandling av psoriasis

1. Hurtig innsettende, god effekt^{1,2,3}
2. Veltolerert^{1,2,3}, også ved langtidsbehandling (52 uker)^{4,5}
3. Enkel dosering - kun en gang daglig

Nå også som gel



Daivobet Gel
Calcipotriol / betametasondipropionat

Compliance i psoriasisbehandlingen

Kan miste autorisasjonen etter snoking

En sykepleier i Østfold snoket i pasientjournalen til et nært, kvinnelig familiemedlem rundt 250 ganger i løpet av ett år. – Alvorlig, sier Helsetilsynet.

Tekst **Ann-Kristin Bloch Helmers** Illustrasjonsfoto **Stig M. Weston**

Sykepleieren har nå fått en skriftlig advarsel fra Sykehuset Østfold. Statens helsetilsyn vurderer nå om sykepleieren skal bli fratatt autorisasjonen eller få en annen form for reaksjon.

Sykepleieren har aldri hatt noen behandlingsrelasjon til familiemedlemmet. Det var pasienten selv som klagde på snokingen, etter

«Sykehusene skal ha systemer for å avdekke dette.» Morten Slettmyr, Helsetilsynet i Østfold

at hun hadde vært i kontakt med Pasient- og brukerombudet i fylket.

Sier hun ville hjelpe

Da Helsetilsynet gikk gjennom dataloggen, fant de ut at sykepleieren hadde gjort rundt 250 urettmessige oppslag i det kvinnelige familiemedlemmets journal. I sin forklaring sier sykepleieren at pasienten hadde bedt om hjelp til å lese journalnotatene, slik at hun kunne få den hjelpen hun hadde behov for. Sykepleieren hevder videre at hun leste journalen for å forsikre seg om at noen skulle se hvor syk familiemedlemmet var, og at dette medførte at hun fikk riktig behandling.

Lovbrudd

Pasienten derimot, mener at sykepleierens innsyn i hennes journal er i strid både med sykehusets interne retningslinjer og regler i helsepersonelloven.

Helsetilsynet i Østfold mener at snokingen er et klart brudd på helsepersonellovens § 21a, som regulerer urettmessig snoking i pasientjournaler. Sykepleieren erkjenner dette, og har fått beskjed om at gjentakelse kan få konsekvenser for ansettelsesforholdet.

Helsetilsynet i Østfold mener dette bruddet på taushetsplikten er alvorlig og har sendt saken videre til Statens helsetilsyn.

– Sykehusene må ha systemer

– Helsetilsynet ser alvorlig på all snoking i pasientjournaler. Når man er på et sykehus hvor familiemedlemmer eller andre man kjenner jobber, er det spesielt viktig at pasienten er trygg på at ingen gjør ubegrunnede oppslag i journalen. Det er viktig at sykehusene selv har systemer for å avdekke snoking, for eksempel at det tas stikkprøver i loggen, og at ledelsen formidler at snoking i journaler er helt uakseptabelt, sier Morten Slettmyr, jurist og rådgiver ved Helsetilsynet i Østfold.

– Er det en formidende omstendighet **DATATILSYNET** har ved flere anledninger kritisert norske sykehus for å ha for dårlige systemer for å avdekke snoking i pasientjournaler. Illustrasjonsfoto: Stig Weston.

når sykepleieren begrunner oppslagene i journalen med omsorg for pasienten?

– Jeg vil ikke uttale meg spesifikt om denne saken, men generelt sett er det det samme for pasienten hvilken motivasjon som ligger bak. Helsepersonell skal ikke gå inn i andre journaler enn de som er strengt nødvendig, og bare når det er begrunnet i helsehjelp til pasienten, sier Slettmyr. ■■■

Dette sier loven:

§ 21 a: Det er forbudt å lese, søke etter eller på annen måte tilegne seg, bruke eller besitte opplysninger som er nevnt i (paragraf) 21 a uten at det er begrunnet i helsehjelp til pasienten, administrasjon av slik hjelp eller har særskilt hjemmel i lov eller forskrift.



PÅ BLÅ RESEPT

Onbrez Breezhaler Novartis

Adrenegikum.

ATC-nr.: R03A C18

INHALASJONSPULVER, harde

kapsler 150 µg og 300 µg: Hver kapsel

inneholder: Indakaterolmaleat tilsv. indakaterol

150 µg, resp. 300 µg, laktosemonohydrat.

Indikasjoner: Bronkodilatorende vedlikeholds-

behandling av luftveisobstruksjon hos voksne

pasienter med kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS).

Dosering: Anbefalt dose er inhalasjon av innholdet i en

150 µg kapsel 1 gang daglig ved bruk av Onbrez Breezhaler

inhalatoren. Dosen bør kun økes etter rådgiving med lege. 300 µg

1 gang daglig har vist å gi ytterligere klinisk nytte mht. korpustethet,

særlig ved alvorlig KOLS. Maks. dose er 300 µg 1 gang daglig. Bør

tas til samme tid hver dag. Ved uteglemt dose bør neste dose tas til vanlig

tid neste dag. Eldre: Ingen dosejustering nødvendig. Nedsatt leverfunksjon:

Ingen dosejustering nødvendig ved mild til moderat nedsatt leverfunksjon.

Nedsatt nyrefunksjon: Ingen dosejustering nødvendig. **Kontraindikasjoner:**

Overfølsomhet for noen av innholdsstoffene. **Forsiktighetsregler:** Kapslene må ikke

svelges. **Skal ikke brukes ved astma fordi det mangler langtidsdata på utfallet ved bruk**

av Onbrez Breezhaler hos astmapasienter. Bruk av indakaterol kan medføre paradoksal

bronkospasme som kan være livstruende. Ved paradoksal bronkospasme skal indakaterol

seponeres umiddelbart og erstattes med alternativ behandling. Ikke indisert for behandling

av akutte episoder med bronkospasme, f.eks. som anfallsmedisin. Ved forverring av KOLS

under behandling bør det gjøres en ny vurdering av pasienten og behandlingsregimet. Bør

brukes med forsiktighet ved kardiovaskulære sykdommer (koronararteriesykdom, akutt

hjerteinfarkt, hjertearytmier, hypertensjon), konvulsive sykdommer eller tyreotoksikose og

ved uvanlig følsomhet for beta2-agonister. Klinisk signifikant kardiovaskulær effekt med

økt puls, økt blodtrykk og/eller symptomer kan forekomme, og seponering kan da være

nødvendig. Endringer i EKG som utføring av T-bølgen og senkning av ST-segmentet er også

rapportert for betaagonister. Kan medføre signifikant hypokalemi og potensielt uønskede

kardiovaskulære effekter. Reduksjon av serumkalium er vanligvis forbigående og tilskudd

er vanligvis ikke nødvendig. Ved alvorlig KOLS kan hypokalemi potenseres av hypoksi og

samtidig behandling med andre legemidler, og kan øke sannsynligheten for hjertearytmier.

Inhalasjon av høye doser kan medføre økning av plasmaglukose. Plasmaglukose bør

monitoreres nøye hos diabetikere etter behandlingsoppstart. **Interaksjoner:** Samtidig

administrering av andre sympatomimetika (alene eller som del av kombinasjonsbehandling)

kan potensere de uønskede effektene. Bør ikke brukes sammen med andre langtidsvirkende

beta2-agonister. Samtidig hypokalemisk behandling med metylxantinderivater, steroider

eller ikke-kaliumsparende diuretika kan potensere den mulige hypokalemiske effekten

av beta2-agonister og skal derfor brukes med forsiktighet. Betablokkere kan svekke

eller antagonisere effekten av beta2-agonister. Indakaterol bør ikke gis sammen med

betablokkere (inkl. øyedråper) med mindre det ikke er mulig å unngå. Hvis nødvendig

bør kardioselektive betablokkere foretrekkes, men de skal gis med forsiktighet. Hemming

av CYP 3A4 og P-glykoprotein (P-gp) øker systemisk eksponering av indakaterol opp til

2 ganger. **Graviditet/Amming:** Overgang i placenta: Manglende data på bruk hos gravide.

Overgang i morsmelk: Ukjent. Utskilles i melk hos dyr. Risiko for det diende barnet kan

ikke utelukkes. Bør kun brukes dersom forventet nytte oppveier mulig risiko. **Bivirkninger:**

Vanlige (≥1/100 til <1/10): Hjerte/kar: Iskemisk hjertesykdom. Infeksjoner: Nasofaryngitt,

infeksjon i øvre luftveier, sinusitt. Luftveier: Hoste, faryngolaryngeal smerte, rhinoré,

fortetting i luftveiene, Muskel-skjelettsystemet: Muskelspasmer. Nevrologiske: Hodepine.

Stoffskifte/ernæring: Diabetes mellitus og hyperglykemi. Øvrige: Perifer ødem. Mindre

vanlige (≥1/1000 til <1/100): Hjerte/kar: Atrieflimmer. Nevrologiske: Parestesi. Øvrige:

Ikke-kardial brystsmerte. I kliniske studier opplevde gjennomsnittlig 17-20% av pasientene

sporadisk hoste som vanligvis kom innen 15 sekunder etter inhalasjon. Ved 2 ganger maks.

anbefalt dose var sikkerhetsprofilen generelt tilsvarende den ved anbefalte doser. Andre

bivirkninger som ble sett var tremor (vanlig) og anemi (mindre vanlig). **Overdosering/**

Forgiftning: Symptomer: Hos KOLS-pasienter var enkelt doser på 10 ganger maks. anbefalt

terapeutisk dose forbundet med moderat økning i puls, systolisk blodtrykk og QTC-intervall.

Overdosering kan sannsynligvis gi unormalt kraftige effekter typisk for beta2-stimulerende

midler, f.eks. takykardi, tremor, palpitasjoner, hodepine, kvalme, oppkast, søvnighet,

ventrikulære arytmier, metabolsk acidose, hypokalemi og hyperglykemi. Behandling:

Støttende og symptomatisk behandling er indisert. I alvorlige tilfeller bør pasienten legges

inn på sykehus. Kardioselektive betablokkere kan vurderes, men kun under tilsyn av lege og

med stor forsiktighet pga. risiko for bronkospasme. Se Giftinformasjonens anbefalinger R03A

C18. **Egenskaper:** Klassifisering: Langtidsvirkende beta2-agonist. Virkningsmekanisme:

Partiell agonist på beta2-reseptorer. Ved inhalasjon virker indakaterol lokalt i lungene som

en bronkodilator ved å relaxere glatt bronkialmuskulatur. Hurtig og langvarig effekt.

Absorpsjon: Maks. serumkonsentrasjon oppnås ca. 15 minutter etter en enkelt eller gjentatte

inhalerte doser. Serumkonsentrasjon øker med gjentatt dosering 1 gang daglig. Steady state

nås innen 12-14 dager. Biotilgjengelighet: 43-45%. Fordeling: Distribusjonsvolum: 2557 liter

etter i.v. infusjon. Halveringstid: 40-52 timer. **Pakninger og priser:** 150 µg: 30 stk. (blister)

kr 323,60. 90 stk. (blister) kr 900,80. 300 µg: 30 stk. (blister) kr 323,60.

Refusjon: R03A C18 Indakaterol

Refusjonsberettiget bruk: Vedlikeholdsbehandling ved symptomer på bronkoobstruksjon hos

pasienter med kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS).

Refusjonskode:

ICPC

R95 Kronisk obstruktiv lungesykdom

Vilkår nr 90, 91

ICD

J43 Emfysem

Vilkår nr 90, 91

J44 Annen kronisk obstruktiv lungesykdom

90, 91

Vilkår:

90 Refusjon ytes kun til pasienter med etablert KOLS.

- Diagnosen må være verifisert ved spirometri.

- Hvis spirometri ikke kan gjennomføres, må årsaken journalføres.

91 Refusjon ytes kun til pasienter med moderat eller alvorlig KOLS

(FEV1 <80% av forventet verdi).

Sist endret: 01.02.2011

Referanser: 1. Onbrez SPC

En gang daglig
onbrez®
breezhaler®
indakaterol



Behandling for pasienter med moderat til alvorlig KOLS.¹

En langtidsvirkende beta₂-agonist (LABA) som doseres 1 gang daglig¹.

OBS! Ikke indisert ved astma



Finnes i styrkene 150 µg og 300 µg.



Novartis Norge AS • PB. 4284 Nydalen • 0401 Oslo

Tlf.: 23 05 20 00 • Faks: 23 05 20 01 • www.novartis.no

NO1110015028



www.bayerdiabetes.no
tlf: 24 11 18 00

Alle apparatene i **CONTOUR[®]** familien bruker samme strimmel



Vi har alle diabetes og ulike behov,
men bruker samme strimmel



24
MÅNEDERS
HOLDBARHET

**INGEN
KODING**



- Bayers Ingen koding-teknologi
- Rask måletid – 5 sekunder
- Liten blodprøve – 0,6 µl
- 24 måneders holdbarhet



simplewins[™]

Jorunn Sandvik

Alder: 55 år

Aktuell som: Kalenderdame og psykiatrisk sykepleier.

Hun er enhetsleder på Nordfjord psykiatrisenter.

BAKGRUNN:

Sykepleier Jorunn Sandvik er en av åtte kvinner avbildet i en kalender for 2012. Ideen er hennes egen og inntekten går til kreftsaken. Sandvik har selv hatt kreft.

Hun kledde seg naken

Hvordan fikk du ideen?

– Jeg så «Fakta på lørdag» om kalenderpikene i England. Så skrev jeg på impuls på Facebook: «Eg vil og laga kalender!»

Fikk du svar?

– Ja, fra to. En fotograf og en som ville være modell. Dette var i januar 2010.

Så det har tatt sin tid?

– Ja. Jeg ble selv operert for kreft sommeren 2009. Jeg var i fin form ved nyttår, men så fikk jeg komplikasjoner. Jeg kastet opp og ble operert for tarmslyng i mai 2010. Det var masse styr.

Når startet fotograferingen?

– I fjor høst. Da hadde vi ett år på oss. Vi fant fort ut at vi ville ta bildene ute. I all slags vær og til alle årstider.

Bildet du viser er ikke et typisk kalenderbilde?

– Jeg synes det viser sårbarhet og styrke. I den store verden står vi med rumpa bar.

Hvordan var det å kle av seg?

– Kjempespennende og veldig nifst. Først beholdt vi trusa på og dekket oss med sjal og greiner. Men vi så at trusekanten trakk oppmerksomhet i bildet, det ble rart. Da vi var helt nakne, ble bildene finere. Men det er ikke mye seksualitet i dem. Vi har lagt vekt på å være naturlig, som en del av naturen.

Hvorfor akkurat kreftsaken?

– Fordi jeg har hatt kreft selv, så det er jo egoistisk. Det er mange saker å kjempe for, men jeg falt for dette.

Du er ikke alene?

– Nei, flere jeg kjenner har hatt kreft. Jeg mistet min mor i bryst- og livmorkreft da jeg var ti år. Kreft er alminnelig, og det går ofte bra. Likevel føles det uvanlig sjøl. Kalenderprosjektet er en lovprising til kroppen, på en måte tar jeg kroppen tilbake etter opplevelsen med sykdom.

Men brystkreft var det ikke?

– Nei, det var jo det jeg ventet å arve. Jeg hadde nyrekreft. Eneste behandling er operasjon. Jeg har beholdt nyrene, bare svulsten ble fjernet, så jeg har vært heldig. Flere venner kjemper med kvalme etter cellegift. Prosjektet har medført fine vennskap.

Med hvem?

– Noen har vært venninner i mange år. Noen er nye. Til sammen er vi fire fotografer, åtte damer og én designer.

Hvordan er responsen?

– Overveldende. Jeg har ikke full oversikt over salget, men vi har trykket 2000 kalendere.

Hvor mange sykepleiere er avbildet?

– Vi er tre. Jeg er for øvrig stolt over kollegene mine. Det var rørende å være på sykehus.

Hvor var du?

– I Nordfjordeid, som nå er i ferd med å bli lagt ned. Det var her svulsten ble oppdaget, helt tilfeldig. Jeg ble operert i Førde. Og jeg var innom Ullevål. Jeg har fire unger og har ikke vært syk på 26 år. Nå fikk jeg min del av kaken.

Det ser kaldt ut på bildet?

– Ja, det vises på meg som står i midten. Det var i april.

Hvor lenge var dere uti?

– Vanskelig å si. Fotografen ville ha med fergen på bildet så vi måtte vente. Men fergen kom ikke.

Er det ok å vise fram bildene?

– Det var et steg å ta. Men det skulle bare mangle. Det er jo saken som er viktig.

Tekst Marit Fonn Foto Øystein Torheim



Tema Lederlojalitet

- 32 Jeg måtte ta et valg ›
- 34 Glemmer faget, holder budsjettet ›
- 35 OUS: – Forklarer så godt vi kan ›
- 35 – Lydighet gjør blind ›
- 36 Fem på gangen ›



- ✓ Nødvendige sykepleieroppgaver som tannstell og oppdatering av pleieplaner blir stående ugjort ved norske sykehus, viser omfattende undersøkelse.
- ✓ Samtidig viser en studie at sykepleiere kaster faget på båten når de blir satt til å lede.
- ✓ Sykepleiere er ledere på flere nivåer. De som er nederst ser fremdeles pasientenes og pårørendes tårer og setter faget først. De på høyere nivå ser tydeligst tallene i budsjettene.
- ✓ Grete Holstad (bildet) sa opp jobben i protest. Hun orket ikke å måtte velge mellom fag og budsjett.



Lojal mot faget el

GIKK: Sjeffelsesøster i Moss, Grete Holstad, sa opp stillingen 1. august 2011. Hun kunne ikke stå ansvarlig for tjenesten. Foto: Per Espen Vinge/Moss Avis.

ler budsjettet?





ISKVIS: - Som leder nederst i hierarkiet kom jeg i skvis mellom ledelsens krav om å drive tjenesten med de rammer som var gitt, og mine arbeidskollegers muligheter til å drive forsvarlige tjenester, sier Grete Holstad. Foto: Per Espen Vinje/Moss Avis

«Jeg måtte ta et valg.» Grete Holstad

Fredag 1. juli sa Grete Holstad opp jobben som leder i Moss kommune. Hun ville gjerne forklare administrasjonen hvorfor, men de var ikke interessert. Sykepleierlederes faggruppe ønsker flere opprørske sykepleierledere.

Tekst Bjørn Arild Østby og Ann-Kristin Bloch Helmers Foto Per Espen Vinje og Marit Fonn

Grete Holstad brant for jobben som avdelingsleder for helsesøster- og jordmortjenesten i Moss kommune. Men høsten 2010 innså hun at nok var nok. Etter ti år som mellomleder så hun ingen annen utvei enn å takke for seg.

Gjennom flere år hadde hun kontinuerlig informert oppover i hierarkiet om de stadig økende utfordringene i tjenesten hun hadde faglig ansvar for. Hun formidlet sin bekymring til kommunens administrasjon gjennom rapporter, årsmeldinger, formelle og uformelle kanaler og i muntlige samtaler.

– Hvordan dette ble tatt videre vet jeg ikke. Da jeg aldri fikk noen tilbakemelding, begynte det å slite på selvfølelsen, før jeg selv til slutt mistet respekten og tilliten til systemet rundt meg. Da ble det svært vanskelig å stå i stillingen som leder, sier Holstad.

I oppsigelsen ba Holstad om et møte for å forklare administrasjonen hvorfor hun mente de ansatte ikke lenger kunne gjøre en faglig forsvarlig jobb. Men de ønsket ikke å møte henne.

Lojalitetsvalg

Holstad var ikke alene om å oppleve arbeidssituasjonen ved helsestasjonen som stadig vanskeligere. Hun registrerte at arbeidskollegene ble stadig mer slitne. At sykefraværet bare gikk en vei – bratt oppover. Grunnen var åpenbar: Helsestasjonen hadde gjennom år blitt pålagt nye oppgaver uten at nye ressurser fulgte med påleggene.

Hun måtte vurdere om hun kunne gå god for det faglige innholdet i tjenesten. Om kommunens helsesøster- og jordmortjeneste ivaretok de lovpålagte tjenestene knyttet til svangerskapet, sped- og småbarn, skole- og ungdomshelse samt smittevern.



«Det kan være at sykepleierlederne rett og slett er for snille.

Anne Moi Bø, leder for faggruppa for sykepleierledere



SAMMENSATT: Det kan være mange forklaringer på at sykepleierledere tøyer strikken, mener Anne Moi Bø. Foto: Marit Fonn.

– I helsepersonelloven og kommunehelsetjenesteloven finnes bestemmelser som sier at virksomheten må innrettes slik at helsepersonell kan utføre sine oppgaver på en forsvarlig måte. Som leder har jeg et klart ansvar. Og jeg har ansvar for å utøve yrket faglig forsvarlig på lik linje med øvrig helsepersonell.

Holstad opplevde at måten tjenesten ble drevet på kom i konflikt med lovpålagte krav.

– Det ble umulig for meg som leder og min egen samvittighet å fortsette. Vel er kommunen i en vanskelig økonomisk situasjon, men det koster ikke noe å vise tillit når en leder kommer med konkrete bekymringer om hvordan tjenestetilbudet utvikler seg, sier Holstad.

Som leder nederst i hierarkiet kom hun i skvis mellom ledelsens krav om å drive tjenesten med de rammer som var gitt, og arbeidsskollegenes muligheter til å drive forsvarlige tjenester.

– Jeg måtte ta et valg. I denne situasjonen lå min lojalitet først og fremst hos mine arbeidsskolleger og det arbeidet de var ansatt til å ivareta. Deretter kom lojalitet til ledelsen i kommunen.

– Angrer du?

– Nei, svarer Holstad kort.

– Hvordan var tiden før du bestemte deg for å si opp?

– Det var en tung og vanskelig prosess. Masse følelser har vært i sving. Det er naturlig i en situasjon hvor man begynner å vurdere å si opp en jobb man i utgangspunktet brenner for. Men hva mer kunne jeg gjøre? Jeg hadde konkret satt ord på det jeg reagerte på og hvorfor overfor arbeidsgiver. Jeg ble møtt med taushet. Her er det snakk om tillit, anerkjennelse og respekt for det arbeidet jeg som leder gjorde for å ivareta et faglig forsvarlig tilbud, sier Holstad.

Tatt vare på

Grete Holstad jobber i dag i en tilsvarende stilling i en annen kommune. Nå stortrives hun.

– Hva er annerledes?

– Stikkordene er tillit, respekt og anerkjennelse. Nåværende arbeidsgiver viser konkret vilje til å ta vare på sine mellomledere, slik at vi kan utføre jobben vår, sier Holstad.

Et par ganger i året samles alle mellomledere med personallansvar og får faglig påfyll på relevante temaer.

– Vi har nettverksgrupper som møtes regelmessig for å diskutere det vi er opptatt av. I tillegg er personalavdelingen regelmessig ute i virksomhetene og spør hvordan det går. Det går så godt an å ta vare på hverandre, uten at det skal koste så mye, sier Grete Holstad.

Etterlyser opprørske ledere

Anne Moi Bø, leder for faggruppa for sykepleierledere, ønsker seg flere opprørske sykepleierledere.

– Sykepleierledere tøyer strikken. Jeg skulle ønske de sa klart ifra at faget skal styre økonomiske rammer og personalmessige ressurser, ikke motsatt.

Hun får stadig bekymrede henvendelser fra ledere både i sykehus og kommunehelsetjenesten. Sparing og økonomisk

fokus skviser ut faget. Nå ønsker hun seg en mer opprørsk innstilling hos lederne.

– Må si fra

– Målet for mange virksomheter både på sykehus og i kommune er fulle stillinger og økt faglighet i helgene. Lederne må for det første si tydelig fra hvilket økonomisk løft som må til for at alle ansatte på sykehus og i kommune skal få full stilling. For det andre må de si fra hva som skal til for at fagligheten i helgene skal være forsvarlig, sier Moi.

Hun ønsker seg sykepleierledere som sier fra at det trengs 90 prosent økning i lønnsinvesteringer for å få til fulle stillinger og god helgebemannings.

– Ledelse er ikke bare sparing

– Ledelse dreier seg ikke bare om å holde budsjettene. Det innebærer også et fag- og personalansvar. Sykepleierledere kan nok også bli flinkere til å spare, men må samtidig ha hovedfokus rettet på å fremme faget.

Hun påpeker at det er politikerne som vedtar budsjettet.

– Det kreves derfor at politikerne må bli mer interessert i å kartlegge de faktiske konsekvensene av de budsjettmessige vedtakene de fattar. Dersom vedtakene resulterer i strammere økonomiske rammer, gir dette mindre handlingsrom for sykepleierledere, og kvaliteten på pasientenes tjenester blir dårligere, sier hun.

For snille sykepleiere

– Hvorfor setter ikke flere sykepleierledere ned foten?

– Det kan være mange forklaringer. Kanskje er sykepleierlederne rett og slett for snille. En årsak kan også være at det er vanskelig å måle selve kvaliteten på tjenestene som utføres, sier hun.

Moi peker på at helselovgivningen er tydelig på at det skal være en individuell vurdering av kvaliteten på tjenesten til hver enkelt pasient.

– Det betyr at lederne får en stor og viktig jobb med å dokumentere kvalitetsnivået.

Direkte kommunikasjon

– Føler sykepleierlederne seg alene i en skviset situasjon?

– Mange gjør nok det. Kravene står i kø både ovenfra neste ledernivå, og nedenfra i systemet fra ansatte og pasienter og pårørende. I kommunene er det ofte rådmannen som informerer politikerne om situasjonen i helsetjenesten, sier Moi.

Hun mener det er viktig at det også er en direkte kommunikasjon mellom enhetsledere i hjemmesykepleien og sykehjemmene og politikerne, slik at politikerne får et klart bilde av hva som skjer, både i omstillingsprosesser og via sparetiltak.

Onnd spiral

Anne Moi Bø ønsker større forståelse for at omstillinger koster penger – før man kan spare penger.

– Det er mye snakk om endringsledelse, men uten at de økonomiske rammene ligger til rette for det, kan man sjelden endre uten å miste noe.





«Ledere kommer ingen vei med kun å skylde på knappe ressurser.

Geir Sverre Braut, Helsetilsynet

– I en tjeneste som allerede for det meste utfører de tjenestene man må, sier det seg selv at det er å leve farlig å begynne med omstilling for å effektivisere. Mye kompetanse forsvinner gjennom omstillinger. En grunn er at de erfarne sykepleierne ofte opplever at de må løpe fortere, og det ender med at de søker seg til andre arbeidssteder, sier Moi.

Lederen får dermed et dobbelt problem – de må spare, og de må samtidig rekruttere nye fagfolk.

– Dette kan bli en ond spiral, og man sitter igjen i andre enden uten å ha oppnådd den økonomiske gevinsten som egentlig var målet.

– Bli tydeligere ledere

Konflikt mellom knappe ressurser og faglig forsvarlighet er en stadig tilbakevendende utfordring for ledere.



– En vanskelig situasjon. Men ledere kommer ingen vei med kun å skylde på knappe ressurser, mener assisterende direktør Geir Sverre Braut i Statens helsetilsyn.

Han mener de heller bør spørre: Hva har organisasjonen av ressurser å spille på og hvordan bruke disse på en best mulig måte? Det forutsetter faglige vurderinger og prioriteringer. Det må utarbeides konkrete prosedyrer for slike situasjoner, som alle forstår, mener Braut.

Faglig ledelse

– Faglig ledelse blir trukket fram som viktig. Det samme blir god sykepleie. Men det er ikke alltid lett å få tak på hva som ligger i det. Det hjelper heller ikke så mye å peke på at en leder har ansvar for den overordnede kvaliteten, for prioriteringene og for å påvirke de rammene og retningslinjene som skal være med på å sikre at sykepleie og omsorg kan utføres faglig forsvarlig slik loven krever, mener Braut.

– Lovverket er ingen fasit. Hvor grensen går for hva som er faglig forsvarlig må ledere ta opp med sine medarbeidere. De som møter den enkelte pasient og ser deres behov. Sammen må de komme fram til hva som er god sykepleie hos dem. Det må beskrives helt konkret. Først da er det mulig å gjøre seg opp en mening om kvaliteten på tilbudet som blir gitt.

Pasientflyt

– En annen utfordring ledere bør ha økt fokus på er grenseflaproteproblematikken. I dag trenger mange pasienter behandling forskjellige steder og av forskjellig helsepersonell. Det krever økt oppmerksomhet på pasientflyt. Det er viktig å sikre at pasienten skal være trygg på å få det tilbudet vedkommende trenger til rett tid.

Braut tror den kommende samhandlingsreformen vil by på nye utfordringer i så henseende.

– Det er også viktig å ha fokus på pasientforløpet internt i organisasjonen. For eksempel at de som kommer på vakt om morgenen får vite hva som har skjedd i løpet av natta. I denne sammenheng er jeg skeptisk til økende bruk av selvrapportering. En felles gjennomgang ved vaktskifte gir mulighet til direkte informasjonsutveksling og diskusjon om eventuelle nye tiltak overfor enkeltpasienter. På denne måten får de ansatte et felles ansvar for pasienten.

Et siste punkt Braut trekker fram som en viktig lederoppgave er læring i organisasjonen. Finnes det for eksempel arenaer hvor ledere kan snakke om gode og dårlige erfaringer? Her har ledere i kommunehelsetjenesten en vei å gå opp, ifølge Geir Sverre Braut.

Glemmer faget, holder budsjettet

Sykepleiere tenker mer karriere enn fag når de blir ledere, i motsetning til legene, ifølge en doktorgradsstudie.

Mens sykepleiere ser på administrative stillinger som en karriereutvikling, og i stor grad glemmer faget, anser leger lederposisjoner som en del av legegjerningen. Det har vist seg i tidligere forskning, og bekreftes av en doktorgradsstudie utført av Elin M. Fjeldbraaten. (Se også Sykepleien 12-2011).

Noen av dem som ble intervjuet i Fjeldbraatens studie jobber som ledere ved en kirurgisk avdeling. Ved denne avdelingen har de en lokal ordning som gjør at ingen sykepleiere er leder for legene på enhetsnivå. Alle medarbeidere vet imidlertid hvem som er deres nærmeste overordnede, og legetjenesten ved avdelingen har separat budsjett fra de andre tjenestene.

Legelederen ved avdelingen er veldig fornøyd med denne ordningen. Sin sykepleierlederkollega beskriver kirurgen slik:

«Veldig flink og prøver å finne løsninger. Legger lik som ikke kjepper i hjulene eller er sånn sykepleierleder som liksom skal kjøre det sykepleiefaglige. (...) Den er veldig personavhengig, den matrisemodellen. Hvis du har en sykepleierleder som er veldig opptatt av det sykepleiefaglige og kjører det hele tiden, så blir legene irritert og det blir masse krangel og tull.»

En sykepleierleder sier at lederrollen har endret seg drastisk de siste årene:

– Forklarer så godt vi kan

ADMINISTRATOR: Som seksjonsleder på OUS føler Ann-Hege Kofoed seg mer som administrator enn sykepleier. Hun skjønner ikke alltid ledelsens tankegang: – Ikke lett å argumentere for nedbemanning for dem under.

Oslo universitetssykehus: Å forklare et pålegg du ikke er enig i, er ikke så lett.

Det vet sykepleierne som befinner seg mellom barken og veden. Tekst **Marit Fonn** Foto **Stig Weston**

Landets største sykehus har sykepleiere på fire nivå.

– Lojalitet? Jeg vet ikke om jeg orker å uttale meg, sukker en seksjonsleder på Oslo universitetssykehus (OUS).

– Det er så mye som skulle vært sagt. Men nå må jeg jobbe med turnusen og jeg har 44 jobbsøknader som skal behandles. Jeg må nesten stikke, for jeg er midt oppi noe. Fire stykker står her og venter på meg, sier hun.

Har gått gradene

OUS strever. Flere sykehus er blitt til en gigant. Ann-Hege Kofoed,

seksjonerleder på kardiologisk intensiv og overvåkning, beskriver tilstanden slik:

– Prosessen med sammenslåingen er langvarig og tidkrevende. Det blir mest fokus på økonomi og innsparinger, mindre på arbeidsmiljø og fagutvikling. Sykefraværet har økt, og folk er redde for å miste jobben.

Kofoed føler seg mellom barken og veden:

– Jeg skal være lojal i begge retninger. Beslutninger ovenfra krever tid og energi, jeg må forklare selv om jeg ikke skjønner beslutningene selv. Men lojaliteten er nok mest hos de under.



«(...)avdelingssykepleier før var mye mer delaktig i avdelingen, i pasientene, om du hadde det travelt, åssen du hadde det, og nå er det mye mer resultater og administrative oppgaver som hun er satt til å utføre. (...)»

Ifølge studien har særlig lederne med sykepleiebakgrunn tatt utfordringene med strammere budsjetter, og de uttrykker vilje til endring innen sine ansvarsområder slik at de skal holde seg innenfor de økonomiske rammene.

En sykepleierleder sier:

«Jeg er nøye når det gjelder å bestille ting. Jeg sørger for å se etter i budsjettet hvor mye jeg har fått tildelt til å bruke på kursvirksomhet, på utstyr, på innleie av vakter.

Så jeg vet at jeg var i grei balanse nå ved utgangen, av det jeg vet noe om.»

Studien viser også at sykepleierledere har godt rykte når det kommer til å holde budsjettene:

«Men sykepleietjenesten er ekstremt nøysomme. Det er aldri de som sprekker. De er så skikkelige. De er vant til å klare seg med veldig lite. De kommer gjerne og har spart de. De har ikke brukt opp pengene, i tilfelle noe skulle gå galt sånn at de skal være sikre på at de ikke går i under-skudd.»

Hvor mye makt har egentlig lederne på avdelingsnivå, uavhengig av om det er leger eller sykepleiere som sitter

i sjefsstolen? I undersøkelsen til Elin M. Fjeldbraaten er det flere av de spurte som mener det har blitt betydelig større avstand til de som har beslutningsrett. En av informantene sier:

«(...) Før hadde den som var avdelingsoverlege faktisk en viss makt og myndighet over budsjett og over diverse ting og hans overordnede var direktøren. Nå er det klinikk-sjef og direktør og en skokk med folk. En grå uller masse. (...) Min avdelingsoverlege har mistet sin posisjon. Den eneste makten han har er over kaffekassa vår.»

Tekst **Ann-Kristin Bloch Helmers**



TETT PÅ: Seksjonsleder Vibeke Graarud har klamret seg til et kontor tett på kollegene. Hun tror at også topplerne hadde hatt godt av å se pårørende gråte og sykepleierne som ikke rekker det de skal.

Hun synes det er vanskelig å argumentere for nedbemanning og redusert aktivitet.

– Jeg synes det er urettferdig selv, klarer ikke helt å være med på tankegangen. Det er som om vi straffes for å være produktive. Det er ikke lett å redusere aktiviteten når vi kun har øyeblikkelig-hjelp-virksomhet. Etter sammenslåingen har vi ikke fått færre pasienter, heller tvert imot.

– Sier du fra oppover?

– Ja, jeg er jo med i ledergruppen på kardiologisk avdeling, og jeg bruker avvikssystemet.

– Er du 100 prosent sykepleier?

– Nei, nå er jeg mer en administrator. Jeg er mye borte fra faget. Støttefunksjoner er tatt bort, så det blir mye arbeid med lønn og personal.

Kofoed har likevel ikke glemt at hun er sykepleier:

– Jeg har videreutdanning i kardiologi, og prøver å holde meg faglig oppdatert. Det blir lett nedprioritert i en hektisk hverdag. Jeg kan ikke hoppe rett inn i pasientsituasjoner, men skulle gjerne vært mer ute blant pasienter og pårørende.

Kofoed har gått gradene og har vært assisterende avdelings-sykepleier og fagutviklingssykepleier.

– Det er nok lettere for meg enn for en som plasseres utenfra som leder og som ikke kjenner personalet.

– Alt jeg sier blir tolket

Det kan en annen seksjonsleder bekrefte. Han leder en seksjon

der avdelinger er slått sammen og bemanningen skal reduseres. Han føler seg som en politiker, der oppgaven er å få folket, altså de ansatte, med seg. Presset har han fra alle kanter, såpass stort at han vil være anonym.

– Jeg må være veldig forsiktig med å uttale meg. Jeg liker å være ærlig og rett fram, men må være strategisk. Alt jeg sier, vil bli motsagt og tolket, uansett hvordan jeg sier det.

Sykepleieren føler seg mest som leder.

– Men jeg fronter sykepleie oppover. Det er en voldsom kamp om ressurser.

Han registrerer at manglende forståelse av økonomi blant førstelinjelederne gjør at ledelsen overkompenserer for den mangelen.

– Da oppleves det nedenfra som at økonomi får altfor stor plass, sier han.

Har prøvd å delegere

Vibeke Graarud kjenner skvisen daglig. Hun er seksjonsleder på medisinsk intensiv og overvåkning.

– Jeg har personalansvar for rundt 80 hoder. Det er altfor mange, det er ikke mulig å følge opp alle enkeltmenneskene godt nok.

Graarud har prøvd å få delegert noe av ansvaret til sine nærmeste medarbeidere, men det blir mye papirarbeid og for lite tid til å utøve ledelse.

Hun opplever at kravene ovenfra ikke er i samsvar med hverdagen på golvet.

– Det er vi som står ansikt til ansikt med veldig syke pasienter



«Alt jeg sier, vil bli motsagt og tolket, uansett hvordan jeg sier det. Anonym seksjonsleder OUS

og pårørende. Det er lett å komme med økonomiske krav når man står utenfor dette. For oss på golvet er det ofte vanskelig å forstå føringer ovenfra: Skal man prioritere pasient eller økonomi?

– Så hvor er lojaliteten din?

– Som leder må jeg jo følge pålegg ovenfra, selv om jeg ikke alltid forstår bakgrunnen for dem. Jeg prøver så godt jeg kan å være lojal, men siden jeg selv har jobbet som sykepleier på avdelingen tidligere, forstår jeg frustrasjonene til sykepleierne godt. Dermed kommer jeg i skvisen.

Den er til tider svært vanskelig å takle.

– Som regel er det ikke mulig å påvirke påleggene ovenfra. Derfor føler jeg meg litt maktesløs, men vi må jo bare forholde oss til det som kommer. Jeg forklarer etter beste evne beslutningene nedover, selv om jeg ikke alltid er enig i oppgavene som blir tredd nedover oss.

– Det er vi som ser tårene

Når hun sier fra, følger hun linjen.

– Det føles ikke alltid som om vi blir hørt eller forstått lenger oppe i systemet.

– Tror du kollegene opplever at du ikke lenger er sykepleier?

– Jeg er ikke lenger sykepleier, jeg er seksjonsleder. Men jeg er anestesisykepleier i bunn, og min faglige bakgrunn øker legitimiteten i miljøet. Jeg skjønner stammespråket.

Graarud prøver å kommunisere det kollegene sier oppover.

– Jo mer lederne sitter på kontor, jo fjernere er de fra faget. Jeg har derfor klamret meg til «et kontor» mitt i avdelingen, nært personalet. Det er på golvet man ser pårørende gråte og sykepleiere som ikke har tid til å gjøre det de skal. Den erfaringen burde kanskje også de som sitter helt på toppen få.

Lojal fordi hun blir hørt

Tillitsvalgt på kirurgisk klinikk Frank Ryghaug ser at mange enhetsledere sliter.

– På den ene side skal de få til en bemanningsplan, på den andre sikre kvalitet med pressede ressurser. Det tilføres i liten grad ressurser til gjennomføringen av flytteprosjektene. Fagutvikling er den første salderingsposten. Flere og flere enheter opplever samme problem.

Men enhetsleder Anne Marie Dahl på seksjon for hjerneslag synes hun har god dialog med lederne oppover på alle nivå. Når det for eksempel er behov for å leie inn mer arbeidskraft, melder hun til nærmeste leder.

– Det er ikke noe problem å få forståelse for det. De stoler på at vi ikke leier inn hvis ikke det er nødvendig, sier hun.

Selv om hun er lojal, er det ikke alle beslutninger hun er enig i. Det kan dreie seg om prosedyrer og rutiner.

– Men jeg føler det går å ta en diskusjon uten å bli uglesett i ettertid.

– Får du gehør?

– Ja, ja, det er like gjerne de som må snu. Alle pålegg er ikke like morsomme å gjennomføre. Men så lenge de hører på meg og jeg får en god forklaring, er det greit å være lojal. Det ville vært vanskelig hvis de bare sa: «Dette er besluttet», sier Dahl.

Vil skåne lederne sine

– I disse omstillingstider oppleves sykepleielederne som mindre synlige, forteller klinikktilitsvalgt Danielle Wagenheim på medisinsk klinikk.

– Sykepleierne på posten er bekymret for lederne sine og vil gjerne skåne dem, for de har så mye å gjøre. Derfor lar de være å ta ting opp med dem.

Hun ser at særlig enhets- og seksjonslederne har lite de skulle ha sagt om budsjett og bemanning. Sykepleierlederne er mer ledere enn sykepleiere, i motsetning til legene som er mer leger enn ledere.

– Kanskje fordi de har så sterk faglig tilknytning. Leger som er seksjonsledere delegerer ofte turnus- og personaloppgaver til sykepleierne under seg. Sykepleierne delegerer mindre.

Wagenheim får få henvendelser fra ledere.

– Det skulle gjerne vært egne tillitsvalgte for dem. Ofte møter jeg dem når jeg representerer en ansatt. Muligens synes de det er vanskelig å ta kontakt hvis de selv har problemer.

«Kan du mene dette?»

Marit Aakvik Sønstebo leder avdeling for anestesisykepleie. Avdelingen har om lag 300 ansatte.

Hun får stadig høre fra tillitsvalgte: «Hvordan kan du som sykepleier si dette?»

– Men sykepleie er én bit av min integritet.

Hun vet godt at hun ikke er spikret i lederstolen for alltid.

– Jeg tåler å tale Roma midt imot, men det er ikke alltid det hjelper. Hvis vedtak ikke er forankret i organisasjonen, er det bare å glemme å få det gjennomført.

– Hva skal til for å forankre?

– Involvering. Få de ansatte med på å legge premissene, få dem til å tenke: «Dette skal vi få til!» Vi vet godt at det er det som må til. Men det er vanskelig likevel, sier Sønstebo.

Verre når du kjenner dem

– Om det er et dilemma å ta beslutninger som noen oppfatter går ut over fagmiljøet jeg kommer fra?

Klinikkleder Lena Gjevert tygger på det.

– Nei, det dilemmaet er ikke stort for meg nå. Men det var det da jeg gikk fra å være jordmor til å bli leder.

Svenske Gjevert begynte som jordmorvikar på Aker sykehus på 1990-tallet.

– Det handler ikke så mye om nivå, men hvorvidt du har personlige relasjoner til dem det angår når du skal omorganisere, sier hun.

Gjevert ble fort overjordmor, og deretter klinikkleder på Aker sykehus. Nå leder hun medisinsk klinikk på OUS.

– Jeg kom midt oppi funksjonsdelingen for barn- og fødeavdelingene mellom Aker og Ullevål. Jeg gjorde endringer for jordmødre som hadde lært meg opp. Det er mye mer krevende når du er nær dem du gjør noe med.

Nå er hun altså nesten helt på toppen av hierarkiet. Ingen av hennes første kolleger hører til i hennes klinikk.

Gjevert mener hun ikke har glemt sykepleierne og jordmoren i seg:



HØYT OPPE: Dilemmaet var større før. Men nå er klinikkleder Lena Gjevert fjernere fra dem hun kjenner.



NYANSER: – Sykepleie er bare én bit av min integritet, sier avdelingsleder Marit Aakvik Sønstebo. Foto Marit Fonn.



– Dette har jeg med i erfaringsryggsekken. Jeg husker når man var to stykker på 26 pasienter.

Omorganisering og nedbemanning har hun kontinuerlig holdt på med i mange år.

– Tøft?

– Jeg kan ikke ha jobben hvis jeg synes det er for tøft. Men endringsarbeid er aldri enkelt. Situasjonen er veldig prekær. Det er ingen hemmelighet at det har blåst rundt meg.

Ikke minst skyldes det bemanningsnormen som ble innført 1. september på noen avdelinger. Der er sykepleierne fast ansatt 80 prosent og 20 prosent i bemanningsenheten. Slik får man flere sykepleiere i delte stillinger.

Vil høre pasienthistorier

Ifølge kolleger er Gjevert tydelig og bestemt og en som står for tøffe beslutninger.

– Du har ingen problemer med å si fra?

Hun ler høyt.

– Nei, det kjennetegner ikke meg. Jeg føler jeg blir lyttet på.

To av klinikklederne har sykepleierbakgrunn, resten er leger.

– Det viktigste er at det er en miks, så legger vi sammen våre erfaringer.

– Er det beskyttende for deg at du ikke ser pasientene så tett som før?

– Jeg får informasjon gjennom lederne i klinikken. Jeg er nøye med å høre om pasienters og personalets skjebner og føler jeg holder meg godt orientert.

– Noen oppgaver som forsømmes?

– Jeg skulle ønske at arbeidstidsordningene var mer fleksible. Og jeg ville gjerne hatt flere stillinger dedikert til sykepleiere i akademisk karriere. Mer spredning i yrkesgruppen er bra, sier Gjevert.



– Lydighet gjør blind

Lojaliteten ligger hos pasienten. Bare spør sykepleieren ved pasientsengen, avdelingslederen, enhetslederen, klinikklederen eller direktøren.

Men er det mer enn ord? Tekst Bjørn Arild Østby og Ann-Kristin Bloch Helmers Foto Lars O. Flydal/Vårt Land

I sommer skrev professor Paul Leer-Salvesen ved Universitetet i Agder en kronikk i Fædrelandsvennen der han tok opp lojalitet versus lydighet. Han mener begrepene svært ofte blir forvekslet og at ledere er for raske til å begrene medarbeideres mulighet til å si ifra.

– Lydighet er blind mens lojaliteten alltid er seende, kritisk og verdiforankret. Når lojaliteten til pasienten sier noe annet enn lojaliteten til arbeidsgiver, trengs det refleksjon over hvilken lojalitet som har forrang i situasjonen. Derfor er det viktig med gode og levende faglige miljøer som tar seg tid til å diskutere etiske dilemmaer.

Professoren mener det skal veldig gode grunner til for å begrense medarbeidernes ytringsfrihet.

– Men misforstå ikke. Det finnes arbeidssituasjoner som krever innøvd lydighet. Når det er action på en operasjonsstue, har ikke de ansatte muligheter for å føre langvarige diskusjoner om hva som er rett og galt. De må handle, og de må følge ordre. Men det blir riv ruskende galt å si at arbeidslivet alltid er slik at de ansattes lojalitet er det samme som lydighet i linjen oppover i organisasjonen. En trygg og god leder vet at hun alltid er bedre tjent med å ha kritiske og etiske bevisste medarbeidere rundt seg enn lydige medarbeidere, ifølge Leer-Salvesen.

Del av fellesskapet

Professoren mener det er forskjell på profesjonelle offentlig ansatte og ansatte i en privat bedrift hvor man pleier sitt omdømme og vokter sine forretningshemmeligheter ved å legge bånd på hva ansatte kan si utad.

– De offentlig ansatte har et oppdrag fra fellesskapet og forvalter fellesskapets ressurser. De må derfor ha anledning til å delta i samfunnsdebatten som lojale samfunnsborgere, også i tilfeller der dette innebærer kritikk av forhold på egen arbeidsplass. De profesjonelle må fortsette å ytre seg, i lojalitet til oss som har gitt dem samfunnsoppdraget. Lojaliteten gjelder ikke bare i en linje



LIKER KRITIKK: Professor Paul Leer-Salvesen forstår ikke hvorfor ledere flest ikke liker å vise uenighet offentlig.

oppover mot ledelsen. Pasienter, pårørende og fagmiljøer har også krav på lojalitet.

- *Hvorfor er ledere redde for å vise uenighet offentlig?*
- Det vet jeg ikke, og skjønner det ikke heller. I mitt hode handler lojalitet også om å være uenig.

Oppgaver og ressurser

Den store utfordringen for de fleste sykepleiere med lederansvar i helseforetakene og i kommunehelsetjenesten er misforholdet mellom oppgaver og ressurser. At oppgavene vokser hurtigere enn bemanningen som skal løse dem.

I 2005 og 2008 gjennomførte Arbeidstilsynet en landsomfattende tilsynskampanje rettet mot helseforetak under slagordet God vakt!

Tilsynet i 2005 slo fast at ansatte i helseforetakene opplever frustrasjon, dårlig samvittighet og redsel for å gjøre feil i en svært presset arbeidssituasjon og opplevelse av at ressursene ikke står i forhold til de oppgavene som skal løses. I 2008 var konklusjonen at forholdet mellom oppgaver og ressurser var blitt betydelig forverret.

Situasjonen i kommunehelsetjenesten er ikke stort bedre. En studie AnalyseSenteret har gjort av forholdet mellom faktisk og planlagt bemanning viser at kun tre av fire sykepleiere som skulle vært på vakt var det. Vaktene ble erstattet med ufaglærte.

I gruppeintervjuer gir ledere uttrykk for «at dette representerer et betydelig problem som gir daglig bekymring i forhold til å ivareta lovmessige krav individuelt tilrettelagt helsehjelp og omsorg».

Videre oppfatter lederne rammene som kommunen gir «som diktat og ikke i tilstrekkelig grad gjenstand for påvirkning fra dem som har ansvar for tjenestene og har den direkte pasientkontakten».

Dropper nødvendige oppgaver

Den store sykepleierundersøkelsen RN4cast, som nylig ble offentliggjort, viser at dårlig tid er begrunnelsen for hvorfor sykepleiere dropper oppgaver de selv mener er nødvendige.

Munnstell, pasientplaner og hyppig leieforandring er sykepleieroppgavene som oftest blir stående ugjort ved norske sykehusavdelinger.

Undersøkelsen viser også at sykepleierne har lav tillit til foretaksledelsen. Over 5000 sykepleiere er med på undersøkelsen, og de er blant annet spurt om de er sikre på om foretaksledelsen vil iverksette tiltak for å løse problemer angående pasientbehandling. Hele 40 prosent er ikke sikre på at ledelsen vil gjøre noe. Bare 25 prosent setter sin lit til øverste ledelse på dette området.

Forsvarlig yrkesutøvelse

Sykepleiere med lederansvar møter og forventes å kunne håndtere en rekke utfordringer i helsetjenesten. Det kan være reformer, omorganiseringer, nye ledelses- og finansieringsformer, samhandling mellom helsetjenestenivåene, endringer i utdanningene, økt krav til forskning og kunnskapsbasert praksis, forventninger om kostnadseffektive og kvalitetsmessige gode tjenester.

Ledere på ulike nivå har systemansvar som pålegger dem å sikre forsvarlig og effektiv sykepleie. Systemansvaret pålegger lederne å legge forholdene til rette slik at de ansatte får nødvendig handlefrihet til å kunne overholde pliktene de er pålagt.

I tillegg gjelder krav om faglig forsvarlig yrkesutøvelse også sykepleiere med lederansvar. De er «helsepersonell» i lovens forstand og har dermed et selvstendig ansvar for å utøve sitt yrke faglig forsvarlig på lik linje med øvrig helsepersonell. ■■■

Hvordan opplever du skvisen?



Anne Kristin Tangen, avdelingssykepleier hjemmebasert omsorg i Stange kommune:

Det jeg tenker mye på, er stadig nye krav fra Nav om å følge tettere opp syke ansatte. Da må tiden tas fra noe annet og det blir mindre tid til å følge opp de som er friske. Det er stadig nye krav til oss ledere. Men vi kan ikke jobbe hver kveld, og overtid skal tas ut i fri. Det går ut over de som står på og holder hjulene i gang. Det er synd.



Oddrun Rye, seksjonsleder ortopedi ved Nordfjord sjukehus:

Det er slitsomt å være leder og skulle representere en arbeidsgiver som har vedtatt å legge ned avdelingen ved sykehuset neste måned. Et vedtak jeg som sykepleier ikke ser fornuften i. Det at syke mennesker mister et godt fungerende tilbud er utfordrende for meg som fagperson.



Trine Drange, avdelingssykepleier, nevrologen post 2, Haukeland universitetssykehus:

Etter en helg er de første jeg møter på jobb egne ansatte som har vært på vakt. De kan ha hatt en kjempetøff helg. Bemanningen skal svare til pengesekken, som er tom før året er gått, men mandagen kan jeg angre på at jeg ikke leide inn ekstra folk. Så går jeg i ledermøte og møter den andre siden med krav om å jobbe fortere og behandle flere pasienter. Denne skvisen møter jeg hele tiden. Men det er gøy å få det til. Jeg ser jo at de ansatte er glade også. Balansegangen er hårfin.



Jan Erik Skjølås, fagleder ved Helse- og overdoseteamet i Trondheim kommune:

Som fagleder for alle lavterskeltilbudene har jeg ansvar for at alle tiltakene er innenfor gode, faglige normer. Når ansatte blir syke eller det oppstår uro ved et av tiltakene og det trengs ekstra personell, er det utfordrende å velge hvor man skal redusere aktiviteten.



Berit Brinchmann, professor og leder for masterprogram, Universitetet i Nordland.

Det er vanskelig å være faglig leder innen sykepleierutdanning, fordi det er store krav både til studentproduksjon og til forskning. Å forske koster penger. De «gamle» lederne på utdanningen har ikke alltid nødvendig forståelse for forskning som jobb, men er mer opptatt av den daglige drift, altså studentproduksjon. Når mine kolleger får økt kompetanse, oppfattes det til en viss grad som et problem i stedet for positivt, fordi det medfører høyere lønn og mer forskningstid.

NSF MasterCard – medlemskort og kredittkort i ett og samme kort



Er du lei av at lommeboka flommer over av kort? Nå har du mulighet til å få et kort som erstatter både medlemskortet ditt og eventuelle kredittkort du måtte ha.



3 % sparerente

Alle som har NSF MasterCard kan åpne en tilleggskonto for sparing. Kontoen disponeres i nettbanken. Du får p.t. hele 3 % sparerente fra første krone!

Flere gode grunner til å samle alt på ett kort:

- Kredittkort er det sikreste betalingsmiddelet på reise
- Inntil 45 dager rentefri betalingsutsettelse, også på minibankuttak
- Gratis sms-varseling av transaksjoner
- Gebyrfrie varekjøp
- Gratis reiseforsikring når minimum 50 % av transportkostnadene er betalt med kortet
- Gebyrfri nettbank
- Kortet har ingen årsavgift

NSF MasterCard – ett kort, mange muligheter

Eff. rente 29,2 %, 15.000 o/12 mnd. totalt 16.937

Søk om kortet på www.sykepleierforbundet.no/mastercard

NSF MasterCard – et produkt fra DnB NOR Bank ASA

A TARGINIQ «mundipharma»

Analgetikum ved sterke smerter.

ATC-nr.: N02AA55

DEPOTTABLETTER 5 mg/2,5 mg, 10 mg/5 mg, 20 mg/10 mg og 40 mg/20 mg: Hver tablett inneholder: Oksykodonhydroklorid tils. oksykodon 4,5 mg, resp. 9 mg, 18 mg og 36 mg, naloksonhydrokloriddihydrat tils. nalokson 2,25 mg, resp. 4,5 mg, 9 mg og 18 mg, laktosemonohydrat 71,8 mg, resp. 64,3 mg, 54,5 mg og 109 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: 5 mg/2,5 mg: Brillantblått FCF (E 133), titandioksid (E 171). 10 mg/5 mg: titandioksid (E 171). 20 mg/10 mg og 40 mg/20 mg: Jernoksid (E 172), titandioksid (E 171).

Indikasjoner: Sterke smerter som kan behandles tilfredsstillende med opioide analgetika. Opioidantagonisten nalokson er tilsatt for å forhindre opioidindusert obstipasjon ved å blokkere oksykodons virkning på opioidreseptorer lokalt i tarmen.

Dosering: Tilpasses smerteintensitet og pasientens følsomhet. Voksne: Den analgetiske effekten er ekvivalent med depotformuleringer av oksykodon. Vanlig startdose ved første gangs bruk av opioider er 10 mg/5 mg hver 12. time. Pasienter som allerede får opioider kan starte med en høyere dose, avhengig av tidligere erfaring med opioider. 5 mg/2,5 mg er tiltenkt dosetitrering ved oppstart av opioidbehandling og individuelt dosejustering. Maks. døgndose er 80 mg/40 mg oksykodonhydroklorid/naloksonhydroklorid. Ved behov for høyere doser bør det i tillegg gis oksykodondepot til samme tidspunkt. Maks. døgndose er 400 mg oksykodondepot. Naloksons gunstige effekt på tarmfunksjonen kan da reduseres. Preparatet er ikke tiltenkt behandling av gjennombruddssmerter. Behov for analgetika med umiddelbar frisetting som akuttmedisin mot gjennombruddssmerter, kan derfor oppstå. En enkelt dose akuttmedisin bør tilsvare en sjettedel av den ekvivalente døgndosen av oksykodonhydroklorid. Behov for akuttmedisin >2 ganger daglig er vanligvis en indikasjon på at dosen bør økes. Doseøkning bør foretas hver eller annen hver dag, med 5 mg/2,5 mg, eller ved behov 10 mg/5 mg oksykodonhydroklorid/naloksonhydroklorid 2 ganger daglig, til en stabil dose nås. Målet er dosering hver 12. time som kan opprettholde adekvat analgesi, med bruk av så lite akuttmedisin som mulig. Hos enkelte pasienter kan asymmetrisk dosering tilpasset smertemønsteret være gunstig. Skal ikke brukes lenger enn absolutt nødvendig. Behov for langtids smertebehandling krever grundig og regelmessig revurdering. Når pasienten ikke lenger har behov for opioidbehandling anbefales det at dosen nedtrappes gradvis. Tabletten skal svelges hele og ikke deles, tygges eller knuses, da dette medfører raskere frisetting av virkestoffene og absorpsjon av en potensielt dødelig oksykodon-dose. Etter seponering, med påfølgende bytte til et annet opioid, kan forverring av tarmfunksjon forventes.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for innholdsstoffene, enhver situasjon hvor opioider er kontraindisert, alvorlig respirasjonsdepresjon med hypoksi og/eller hyperkapi, alvorlig kronisk obstruktiv lungesykdom, cor pulmonale, akutt alvorlig bronkialastma, ikke-opioidindusert paralytisk ileus, moderat til alvorlig nedsatt leverfunksjon.

Forsiktighetsregler: Ikke egnet til behandling av abstinenssymptomer. Ved parenteral, intranasal eller oralt misbruk hos individer som er avhengige av opioidagonister, som heroin, morfin eller metadon, forventes uttalte abstinenssymptomer, pga. av naloksons opioidreseptorantagonistegenskaper. Ethvert misbruk hos stoffmisbrukere frarådes på det sterkeste. Anbefales ikke til barn <18 år pga. manglende sikkerhets- og effektdata. Det forventes ingen klinisk erfaring hos pasienter med kreft relatert til peritoneal karsinomatose eller med subokklusivt syndrom ved fremskredne stadier av gastrointestinal kreft og bekkenkreft. Bruk i denne pasientgruppen er derfor ikke anbefalt. Største risiko ved opioider er respirasjonsdepresjon. Det bør utvises forsiktighet hos eldre eller svake pasienter, ved opioidindusert paralytisk ileus, alvorlig nedsatt lungfunksjon, myokard, hypotensjon, Addison's sykdom (binyrebarkinsuffisiens), toksisk psykose, galleste, prostatahypertrofi, alkoholisme, delirium tremens, pankreatitt, hypotensjon, hypertensjon, underliggende hjerte- eller karsykdom, hodeskader (pga. fare for økt intrakranielt trykk), epileptisk sykdom/disposisjon for krampet, ved bruk av MAO-hemmere og ved lett nedsatt lever- eller nyrefunksjon. Grundig medisinsk overvåking er spesielt nødvendig ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon. Diaré kan anses som en mulig bivirkning av nalokson. Etter langtidsbehandling med høye opioiddoser kan overgang til Targiniq innledningsvis utløse abstinenssymptomer som kan kreve spesifikk oppfølging. Ved langtidsbruk kan det utvikles toleranse som krever høyere doser for å opprettholde ønsket analgetisk effekt. Kronisk bruk kan medføre fysisk avhengighet. Det er fare for utvikling av psykologisk avhengighet overfor opioidanalgetika. Bør brukes med spesiell forsiktighet hos pasienter med alkohol- og legemiddelmisbruk i anamnesen. Oksykodon har en misbruksprofil tilsvarende andre sterke opioidagonister. Abstinenssymptomer kan oppstå ved brå seponering. Anbefales ikke til preoperativt bruk eller de første 12-24 timer postoperativt. Avhengig av kirurgitype og -omfang, anestesioprosedyre, annen samtidig medisiner og pasientens tilstand, er nødvendig tid for oppstart av postoperativ behandling avhengig av en grundig individuell nytte-risikovurdering. Den totale tablettematriksen kan sees i avfiringen. Kan påvirke evnen til å kjøre bil eller bruke maskiner, spesielt ved behandlingsstart, etter doseøkning eller bytte av legemiddel og i kombinasjon med andre CNS-hemmende midler.

Interaksjoner: Substanter med CNS-hemmende effekt (f.eks. alkohol, andre opioider, sedativa, hypnotika, antidepressiver, sovemedisiner, fentiaziner, antipsykotika, antihistaminer og antiemetika) kan gi økt CNS-hemmende effekt (f.eks. respirasjonsdepresjon). Klinisk relevante endringer i INR kan forekomme ved samtidig bruk av kumarinantiagulantia. (I: N02A opioider)

Graviditet/Amning: Overgang i placenta: Oksykodon og nalokson passerer placenta. Langtidsbruk av oksykodon under graviditet kan gi abstinenssymptomer hos nyfødte. Gitt under fødsel kan oksykodon utløse respirasjonshemming hos nyfødte. Skal kun brukes under graviditet hvis nytte oppveier mulig risiko for barnet. *Overgang i morsmelk:* Oksykodon går over, nalokson ukjent. Amning bør avbrytes under behandling.

Bivirkninger: Vanlige (≥1/100 til <1/10): Gastrointestinale: Magesmerter, diaré, munntørhet, flatulens, oppkast, kvalme. Hjerte/kar: Blodtrykksfall. Hud: Kløe, hudreaksjoner, svettning. Luftveier: Rhinoré, gjesping. Muskel-skjelettsystemet: Muskelspasmer, muskelrykninger, myalgi. Nevrologiske: Hodepine, sedasjon, tremor. Psykiske: Angst, rastløshet. Stoffskifte/ernæring: Nedsatt/tap av appetitt. Øre: Vertigo. Øvrige: Abstinenssyndrom, kulde- og varmekfølelse, frynsninger, astenitilstander. Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100): Hjerte/kar: Angina pectoris ved koronarsykdom i anamnesen, palpasjoner, blodtrykksøkning. Immunsystemet: Overfølsomhet. Kjønnsgener/bryst: Erekttil dysfunksjon. Luftveier: Dyspné. Nevrologiske: Oppmerksomhetsforstyrrelser, parese, taleforstyrrelser. Psykiske: Unormal tankegang, forvirring, depresjon, hallusinasjoner. Øye: Synsforstyrrelser. Øvrige: Brystmerter, søvnighet, sykdomsfølelse, perifer ødem, ulykkeskader. Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000): Nevrologiske: Krampet (spesielt ved epileptisk sykdom eller disposisjon for krampet). Svært sjeldne (<1/10 000), ukjent: Gastrointestinale: Forstoppelse. Lever/galle: Galleveiskolikk. Nevrologiske: Synkope. Bivirkninger av oksykodon alene: Svært vanlige (≥1/10): Gastrointestinale: Forstoppelse, oppkast, kvalme. Hud: Kløe. Nevrologiske: Sedasjon (fra søvnighet til nedsatt bevissthetsnivå), svimmelhet, hodepine. Vanlige (≥1/100 til <1/10): Gastrointestinale: Hikke, dyspepsi. Luftveier: Dyspné. Nevrologiske: Synkope, parese, Nyrer/urinveier: Urinretensjon, dysuri, akutt vannlatingsbehov. Psykiske: Endret stemningsleie og personlighetsforandring (f.eks. depresjon, eufori), nedsatt aktivitet, psykomotorisk hyperaktivitet, uro, nervøsitet, søvnighet, tankeløshet, forvirring. Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100): Gastrointestinale: Munnsår, stomatitt. Hjerte/kar: Takykardi, vasodilatasjon. Lever/galle: Galleveiskolikk. Luftveier: Dysfoni, hoste. Nevrologiske: Migræne, dysgeusi, hypertoni, ufrivillig muskelsammentrekninger, hypostesi, koordinasjonsforstyrrelser. Psykiske: Persepsjonsforstyrrelser (f.eks. hallusinasjon, derealisasjon), nedsatt libido. Øre: Nedsatt hørsel. Øvrige: Smerter, ødem. Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000): Gastrointestinale: Melena, tannskyld, tannkjøttblødning, dysfagi. Hud: Tørr hud. Infeksiøse: Herpes simplex. Kjønnsgener/bryst: Amenoré. Psykiske: Psykologisk avhengighet. Stoffskifte/ernæring: Dehydrering, økt appetitt. Øvrige: Vektøkning, vekttap, tørste. Svært sjeldne (<1/10 000), ukjent: Gastrointestinale: Ileus. Hud: Urticaria. Immunsystemet: Anafylaktisk reaksjon. Lever/galle: Økte leverenzymmer. Luftveier: Respirasjonsdepresjon, bronkialspasmer, undertrykket hosterefleks. Øye: Miose. Øvrige: Legemiddeltoleranse, spasmer i glatt muskulatur.

Overdosering/Forgiftning: Symptomer: Oksykodon kan gi miose, respirasjonsdepresjon, søvnighet til apati, slapphet i skjelettmuskulatur, bradykardi, hypotensjon, i alvorligere tilfeller koma, ikke-kardiogen lungeødem og sirkulasjonssvikt, ev. med et fatalt utfall. *Behandling:* Opioidantagonist (f.eks. nalokson 0,4-2 mg i.v.) med 2-3 minutters mellomrom, etter behov, ev. infusjon med 2 mg nalokson i 500 ml 0,9% natriumklorid eller 5% dekstrose (0,004 mg/ml nalokson) med en hastighet tilpasset tidligere bolusdoser og pasientens respons. Venetrikeltømming kan vurderes. Støttetiltak (kunstig åndedrett, oksygen, karkontraherende midler og infusjoner) ved behov, for å håndtere sirkulatorisk sjokk. Hjertestans eller arytmi kan kreve hjertemassasje eller defibrillering. Se Giftinformasjonens anbefalinger for oksykodon N02A A05 side d.

Egenskaper: Klassifisering: Naturlig opiumsalkaloid kombinert med opioidreseptorantagonist. *Virkningsmekanisme:* Oksykodon og nalokson har affinitet til opioide kappa-, my- og deltarreseptorer i hjernen, ryggmarg og perifere organer (f.eks. tarm). Opioidreseptorantagonisten oksykodon gir smertelindring ved binding til endogene opioidreseptorer i CNS. Nalokson er en ren antagonist som virker på alle typer opioidreseptorer. Grunnet uttalt «first pass»-metabolisme etter oral administrering er en klinisk relevant systemisk effekt av nalokson lite sannsynlig. Ved lokal kompetitiv antagonisme av den opioidreseptormederte oksykodoneffekten i tarm reduserer nalokson opioidinduserte tarmfunksjonsforstyrrelser. *Absorpsjon:* Biotilgjengelighet 87%, nalokson <3%. *Proteinbinding:* Ca. 45%. *Fordeling:* Distribueres i hele kroppen. *Metabolisme:* I lever. *Utskillelse:* I urin og feces.

Pakninger og priser:

5 mg/2,5 mg:	28 stk. (endose) 130,90.	98 stk. (endose) 341,80.
10 mg/5 mg:	28 stk. (endose) 221,80.	98 stk. (endose) 636,10.
20 mg/10 mg:	28 stk. (endose) 401,00.	98 stk. (endose) 1.224,70.
40 mg/20 mg:	28 stk. (endose) 754,50.	98 stk. (endose) 2.401,90.

Refusjonsberettiget bruk: Palliativ behandling i livets sluttfase.

Refusjonskode: 90 (ICPC og ICD)

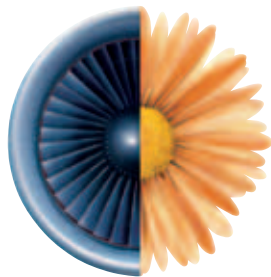
Vilkår 136: Refusjon ytes selv om legemidlet skal brukes i mindre enn tre måneder.

Vilkår 194: Refusjon ytes kun til pasienter som først har benyttet langtidsvirkende opioid med tilstrekkelige mengder av forebyggende laksantia, og som fortsatt har opioidindusert forstoppelse.

Referanse 1: Preparatomtale TARGINIQ®



Mundipharma AS • Vollsveien 13c • 1366 Lysaker
Telefon: 67 51 89 00 • Telefaks: 67 51 89 01
www.targiniq.no



TARGINIQ®

oksykodon/nalokson

NYHET NÅ PÅ BLÅ RESEPT!

Refusjonsberettiget bruk:

Palliativ behandling i livets slutfase.

Refusjonskode: 90 (ICPC og ICD)

Vilkår 136: Refusjon ytes selv om legemidlet skal brukes i mindre enn tre måneder.

Vilkår 194: Refusjon ytes kun til pasienter som først har benyttet langtidsvirkende opioid med tilstrekkelige mengder av forebyggende laksantia, og som fortsatt har opioidindusert forstoppelse.



28-63% LAVERE PRISER

Dette er TARGINIQ®

- Et opioid mot sterke smerter som kun kan behandles tilfredsstillende med opioide analgetika¹
- Nalokson er tilsatt for å forhindre opioidindusert obstipasjon ved å blokkere oksykodons virkning lokalt i tarmen¹

EFFEKTIV MOT STERKE SMERTER



forhindrer opioidindusert
obstipasjon

www.targiniq.no



Mundipharma AS • Vollsveien 13c • 1366 Lysaker • Telefon: 67 51 89 00 • Telefaks: 67 51 89 01 • www.mundipharma.no

Spekter vil ha mer fleksible arbeidstidordninger. De tillitsvalgte kjenner presset.

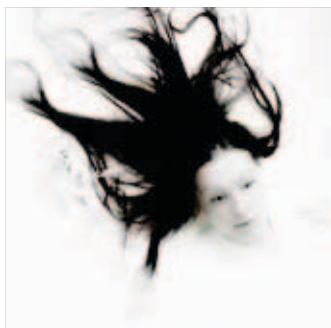
– Er noen fleksible, er det oss

Les mer om:

46 Usikre opplysninger ›

49 Jobber med hodepine ›

50 Dødsengelen ›



Grunnturnusen

› Alle ansatte skal ha fri på søn- og helgedager uten trekk i lønn. I løpet av et år har vi 12 hellig- og høytidsdager. I tillegg har ansatte fire «aftener», jul-nyttår-påske og pinse. Mange arbeider på unntak fra arbeidsmiljøloven (Aml). Når ansatte følger grunnturnus, skal man, når man har arbeidet en søn- eller helgedag, ha den neste fri (Aml § 10-8(4)).

Boka «Arbeidsmiljøloven. Kommentarer og praksis» ligger oppslått på side 298. Tone Woll Buer, foretakstillitsvalgt ved Sykehuset i vestfold (SiV), har nettopp avsluttet en telefonsamtale med en jurist. Diskusjonstemaet er en gjenganger: Unntak fra bestemmelsene om arbeidstid.

– Jeg merker at presset på arbeidstida er blitt større, konstaterer hun.

Arbeidsgiverorganisasjonen Spekter har det siste året gått hardt ut for å endre arbeidsmiljøloven. De ønsker større fleksibilitet. Spekter mener at fagforeningene har for stor makt, og vil frata fagforeningene sentralt muligheten til å nekte avtaler om turnus som avviker fra lovens bestemmelser. Presset på arbeidstida merkes også blant tillitsvalgte ute på arbeidsplassene når turnusavtaler skal forhandles.

Pågående arbeidsgiver

Lengre vakter enn arbeidsmiljøloven foreskriver. Flere arbeidshelger enn avtalt. Og mindre enn 11 timer hvile mellom to vakter.

– Det er hverdagen for de aller fleste sykepleiere som i dag går i tredelt turnus. Når Spekter stadig hyppigere og høyere roper ut om at

vi sykepleiere er lite fleksible og rigide når det gjelder arbeidstid, så er det forsiktig sagt en uriktig påstand, sier Tone Woll Buer.

Når det gjelder ulike former for langturnuser og alternative turnuser som innebærer større avvik fra loven, må fagforeningene sentralt godkjenne disse. Woll Buer mener det er en stor overdrivelse når Spekter påstår at dette skaper store problemer for arbeidsgivere.

Fafo-rapporten «Arbeidstidsordninger som fraviker arbeidsmiljøloven» fra 2010 viser at arbeidstakerorganisasjonene sentralt har etablert gode saksbehandlingsrutiner, og at svært få søknader om lokale avtaler avslås. Norsk Sykepleierforbund (NSF) sentralt har inngått i alt 75 avtaler siden 2006. Kun to ganger har forbundet nektet å underskrive avtaler.

Forskjellige behov

Godkjenning av turnusavtaler skjer i all hovedsak lokalt, etter drøftinger mellom arbeidsgiver og tillitsvalgte ved det enkelte arbeidssted.

– Forskjellige arbeidsplasser kan ha ulike behov for bemanning gjennom døgnet og uka. Det er derfor grunn til å tro at det er nødvendig

sykepleien.no

› Se reklamen «Jeg er sykepleier» på nettsiden.





og vil være hensiktsmessig å organisere turnusarbeidet noe forskjellig, avhengig av hvilke type arbeidssted det er snakk om, mener Woll Buer.

Drøftingene kan være utfordrende, og den enkelte tillitsvalgt kan komme i krysspress mellom kollegers forventninger, sin egen leders forventninger, krav til faglig forsvarlighet og krav til tilstrekkelig kompetanse på alle vakter.

Vanligvis kommer tillitsvalgt og leder fram til en turnus uten hull, som også ivaretar arbeidstakernes tariffestete rettigheter. Og der hvor leder tar tillitsvalgte tidlig med i prosessen går det som regel greit.

Gi og ta

- Å bli enige om arbeidsplaner er en krevende prosess. Her vil det alltid være snakk om å gi og ta. Ledere skal få kabalen til å gå opp. Tillitsvalgte skal se til at tariffestete rettigheter blir ivaretatt, sier Lise Nordahl, tillitsvalgt ved medisinsk faglig seksjon på SiV.

Nordahl har vært tillitsvalgt i tre år, og har i løpet av den tida opparbeidet gjensidig tillit med sin leder. En viktig forutsetning for å komme til enighet, mener hun. Dette gjelder også i forhold til hvilken kompensasjon ansatte som arbeider etter unnaksbestemmelsene skal ha.

- Enkelte ledere prøver seg med turnuser som bryter med lov- og avtaleverk. Men de kan ikke bare klaske en ferdig turnus i bordet, selv om enkelte kanskje kunne ønsket seg den muligheten, sier Nordahl. Avtalen skal nemlig godkjennes av tillitsvalgt.

Til gjengjeld er det mye en tillitsvalgt må sette seg inn i. For nyvalgte tillitsvalgte kan det oppleves tøft å gå i drøftinger med leder når det gjelder å godkjenne arbeidsplaner.

- Da er det viktig at tillitsvalgt opplever støtte fra medlemmene i egen seksjon, sier Lise Nordahl.

Redusere helserisikoen

Arbeidsmiljølovens formål er blant

annet «å sikre et arbeidsmiljø som gir grunnlag for en helsefremmende og meningsfylt arbeidssituasjon».

- Det må være utgangspunktet når turnusavtaler inngås, understreker foretakstillitsvalgt Woll Buer. (Se undersak «Den gode turnus»).

Helkontinuerlig drift i helsesektoren innebærer at de som jobber

ARBEIDSTID: - Arbeidsgiverorganisasjonen Spekter vil ha mer helgearbeid og endre arbeidsmiljøloven. Kommer ikke på tale, sier foretakstillitsvalgt Tone Woll Buer.

«Merker at presset på arbeidstida er blitt større.»

Foretakstillitsvalgt Tone Woll Buer

der må jobbe turnus. I løpet av én enkelt uke sjonglerer sykepleierne og andre helsearbeidere mellom nattevakter, tidligvakter, dagvakter og kveldsvakter.

- Fordi turnusarbeid i utgangspunktet utgjør en helserisiko, er det viktig å finne tiltak som veier opp de negative helseeffektene, framfor å gjøre dem verre gjennom for eksempel mer helgearbeid. Arbeidsgiver



Grunnturnusen

- » En turnusarbeider som følger en grunnturnus vil etter reglene i Aml få noen ekstra dager fri i løpet av året uten trekk i lønn. Dersom turnus lages uten slik grunnturnus vil arbeidstakeren risikere å måtte arbeide fulle uker hele året uten ekstra fri – altså inntil ti dager mer enn dagarbeideren.
- » En annen konsekvens av manglende grunnturnus, er at sykepleiere får beskjed om at de ikke kan sette erstatningsfri for søndag (F1), på dager som er helligdager, da dette kan utløse en erstatningsfridag (F5). Her taper sykepleieren enda en rettighet.

«Virkeligheten er at de ønsker å ta fra oss rettigheter.»

må ikke glemme at de står ansvarlig hvis turnusen utsetter helsepersonell for uheldige fysiske eller psykiske belastninger, slik at hensynet til sikkerheten blir vanskelig å etterleve.

Deltidsansatte på vent

I helsesektoren er det tradisjon for å organisere turnus ved hjelp av deltidsstillinger. Et stort antall deltidsansatte gir arbeidsgiver fleksibel tilgang på arbeidskraft når det oppstår behov for ekstravakter, og særlig å få dekket bemanningsbehovet i helgene.

– Deltidsansatte som ønsker å arbeide mer, «sitter klare» til å ta ek-

stravakter eller jobbe i helger. Ikke få sykepleiere stiller opp og tar ubekvemme vakter nærmest på sparket. Det skaper en usikker og uforutsigbar arbeidssituasjon for den enkelte, både når det gjelder arbeidstid, familieliv og inntekt, sier Woll Buer.

– Spekter etterlyser større fleksibilitet. Men virkeligheten er at de ønsker å ta fra oss tariffrettigheter vi har forhandlet fram gjennom år.

Mange lokale arbeidsgivere er også blitt kreative når det gjelder å finne smutthull for å omgå lov- og regelverk.

– Et av dem er såkalt fleksible ønsketurnuser som strekker seg over et halvt år, hvor den enkelte arbeidstaker selv setter opp når man ønsker fri. For eksempel fri hele påsken. Det høres i utgangspunktet flott ut. Men det er et men, advarer Woll Buer. (Se faktaboks «Hold på grunnturnusen»).

Stiller opp

Grunnturnusen er bunnlinjen når man skal utarbeide turnusavtaler. Så kan partene forhandle om i hvor stor grad man kan være fleksibel utover grunnturnusen.

I ekstraordinære situasjoner og i kortere perioder kan det være behov for turnuser med ekstra lange vakter og arbeid flere helger. Sommerferieavviklingen er ofte en stor

utfordring, selv om alle vet at den kommer og når den kommer.

– Når pasientene trenger vår kompetanse er vi ikke vanskelige å spørre. Min erfaring er at sykepleiere er svært fleksible og stiller opp når det trengs, uten å klage.

Grunnbemanningen

NSFs foretakstillitsvalgt har kontor i en gammel rød brakke et steinkast fra sykehuset. Her holder også tillitsvalgte fra blant andre Fagforbundet, Nito og Delta hus. Alle opplever de økt press på arbeidstida.

– Hvordan komme videre?

– Hovedproblemet er grunnbemanningen. Særlig i helgene, ved ferieavvikling, permisjoner og sykefravær blir den lave grunnbemanningen merkbar. Da oppstår fort mange hull i turnusen som må fylles, men som det ikke er nok ansatte til å tette. Bemanningen arbeidsgiver har til disposisjon må brukes flere ganger, mener foretakstillitsvalgt Tone Woll Buer. ■■■

Tekst og foto **Bjørn Arild Østby**

Den gode turnus

Arbeidsmiljøloven formål er blant annet «å sikre et arbeidsmiljø som gir grunnlag for en helsefremmende og meningsfylt arbeidssituasjon».

Fordi turnusarbeid i seg selv representerer en helserisiko, har det vært viktig å finne tiltak som veier opp de negative helseeffektene. Det er arbeidsgiver som er ansvarlig for at turnusen ikke utsetter sykepleierne for uheldige fysiske eller psykiske belastninger. Tillitsvalgte har ansvar for å bidra i så henseende. Den enkelte sykepleier kan også i noen grad selv medvirke til å redusere de negative helseeffektene av turnusarbeid.

Tiltak som kan motvirke de mest negative sidene ved turnusarbeid:

- » Flest mulig helger fri i en turnus.

- » Minimum 11 timers hvile mellom vaktene for å sikre minst sju timer sammenhengende søvn mellom to arbeidsøkter.
- » Avløsningstiden (vaktskifte) bør være om morgenen rundt klokka 07.00.
- » Minst mulig nattarbeid og kveldsvakter som strekker seg mot midnatt.
- » Nattevakter bør ikke vare over åtte timer.
- » Det bør ikke jobbes mer enn maksimalt tre nattevakter i strekk.
- » Bemanning bør være slik at arbeidstaker på nattevakt får en kort periode med søvn («høneblund»).

- » Minst 24 timers fri etter siste nattevakt.
- » Gravide bør frarådes å arbeide om natten.
- » Like vakttyper etter hverandre på turnusen i stedet for hyppige skift av vakttyper.
- » Vaktrotasjonen med klokka (dag/aften/natt).
- » «Ubiologiske vakter» (natt/aften/dag) bør unngås.
- » Minst 16 timers hvile etter «ubiologiske vakter».
- » Unngå for sterk konsentrasjon av arbeidstiden.

Kilde: NSFs Arbeidstidsbok.

NORGESPREMIERE!



NYE KIA RIO GARANTERT OPPMERKSOMHET

Med nye KIA Rio er du garantert oppmerksomhet. Enten det er for det flotte designet, eller for alt det nyskapende utstyret, som bl.a varme i rattet, LED lys foran og bak, 7" navigasjon og ryggekamera.

Du vil bli imponert av det lave forbruket, fra kun 0,32 l/mil med den helt nye 1,1 CRDi Eco-motoren. Dette gir et CO₂ utslipp på kun 85 g/km. Rio kommer i mange utstyr- og motorversjoner, så du finner garantert en modell som passer deg.

Legger du til KIA's unike 7 års garanti er det ikke rart at du får stor oppmerksomhet i nye KIA Rio!



KIA Rio fra kun

164.400,-

Inkl. lev.omkostninger

www.kia.no



Veil. priser inkl. frakt, lev.omkostninger (kr. 7.500,-), levert Drammen. Lokal frakt samt årsavgift tilkommer. Forbehold om avvik i annonsen. CO₂-utslipp fra 85 g/km, og forbruk fra 0,32 l/mil ved blandet kjøring. Importør: Bertel O. Steen.

ALTA: Alta Motorsenter 78 44 99 50. **ALVDAL:** Granrud Bilverksted AS 62 48 98 98. **ASKER OG BÆRUM:** Skotvedt 67 15 12 40. **BERGEN:** Kia Bergen 55 11 99 00. **BODØ:** Imaas Bil AS 75 54 44 60. **DRAMMEN (Kjellstad):** Buskerud Bilsenter AS 32 24 15 00. **DRAMMEN (Åssiden):** Skotvedt 31 40 98 00. **EGERSUND:** Dalane Bil AS 51 49 62 00. **ELVERUM:** Park Auto AS 62 42 60 90. **EVJE:** Autoservice 37 93 15 55. **FINNSNES:** Abil AS 77 85 10 20. **FREDRIKSTAD:** Bilbutikk1 AS 69 35 50 00. **GJØVIK:** Grefsrud Bil AS 61 13 18 00. **GOL:** Glitre Bil AS 32 02 95 90. **HADE-LAND:** Mohagen Bil AS 61 39 50 00. **HAMAR:** Autostrada AS 62 58 57 00. **HARSTAD:** Salminen AS 77 01 32 00. **HAUGESUND:** Varden Bil AS 52 81 45 00. **HOKKSUND:** Bråtens Bilco AS 32 75 52 99. **HØNEFOSS:** KN Bil AS 32 17 98 80. **HØYANGER:** Høyanger Bil AS 57 71 32 77. **KIRKENÆR:** Trio Bilservice AS 62 94 76 55. **KR.SAND:** Motor Sør AS 38 12 36 30. **KR.SUND:** Autocentrum AS 71 58 09 70. **KVINNHERRAD/HARDANGER:** S. Rødsten Bilforretning AS 53 48 64 11. **LARVIK:** Larvik Motor AS 33 14 18 50. **LILLEHAMMER:** Lillehammer-Bil A/S 61 26 86 00. **LØRENSKOG:** Kia Lørenskog 67 91 42 00. **MOLDE:** Årø Bilsenter AS 71 20 34 00. **NARVIK:** Autocenteret AS 76 95 03 20. **NORDFJORDEID:** Vest Auto AS 57 88 98 00. **NORDREISA:** Reisa Bilsenter AS 77 77 02 80. **OPPAKER:** Bilsenteret r2 AS 63 90 11 11. **SKI:** Torp Auto AS 64 94 58 77. **SKIEN:** Star Bilsalg AS 35 90 04 90. **STAVANGER/SANDNES:** Kia Sør Vest AS/Ålgård's Auto 51 68 37 00. **STEINKJER:** Bragstad Bil AS 74 16 28 88. **SØR-AUDNEDAL:** Vigeland Bil AS 38 25 66 62. **TROMSØ:** Teknisk Bureau AS 77 60 78 00. **TRONDHEIM:** Kia Trondheim 73 82 41 20. **TRYSIL:** Trysil Bil AS 62 44 84 00. **TØNSBERG:** City Bil AS 47 88 40 00. **VOLDA:** Volda Bilsenter AS 70 07 98 00. **ÅLESUND:** Bilbutikken Ålesund AS 70 17 80 00

Kjernejournal bør ikke brukes til forskningsformål, mener Datatilsynet.

Tror pasientopplysninger blir usikre

Helse- og omsorgsdepartementets forslag til innføring av ny, nasjonal kjernejournal, er tanken at pasienten ikke skal samtykke til at en slik journal opprettes. Pasienten skal imidlertid kunne reservere seg.

Departementet ønsker heller ikke å forby at opplysningene i denne kjernejournalen skal kunne brukes til medisinsk og helsefaglig forskning. Men flere instanser, blant dem Datatilsynet, peker på at det må tas større personvern hensyn enn det som ligger i det opprinnelige forslaget.

Kjernejournal er en elektronisk journal som skal samle helseopplysninger om en pasient. Formålet er økt pasientsikkerhet ved at flere helseopp-

lysninger samlet på ett sted, slik at for eksempel risikoen for feilmedisinering minskes.

Kjernejournalen skal være tilgjengelig på tvers av virksomhetsgrenser og forvaltningsnivå.

Støtte fra legene

– Nasjonal kjernejournal innebærer en potensiell tilgjengeliggjøring av hele befolkningens kritiske helseopplysninger over hele landet. Kjernejournalen skal blant annet inneholde en legemiddeloversikt, noe de aller fleste opplever som svært sensitivt og som sier noe om hvilke sykdommer og lidelser vedkommende har, skriver Datatilsynet, som mener det bør innføres gode og bru-

kervennlige løsninger for reservasjon, blant annet for reseptregistrering.

Datatilsynet får støtte fra Legeforeningen om personvern hensyn, som etterlyser en grundigere og bredere gjennomgang, samt offentlig debatt.

Legeforeningen mener forslaget tar for mye hensyn til enkel tilgang til pasientopplysninger, i forhold til pasientens behov for integritet og konfidensialitet.

Helse- og omsorgsdepartementet foreslår blant annet å registrere alle sykehusinnleggelsene, uten begrensninger i hvor langt tilbake historikken skal gå. Datatilsynet ønsker å si ut kun de innleggelsene som er relevante etter lang tid.

– Register, ikke journal

Norsk Sykepleierforbund (NSF) mener i sitt høringssvar at det er en del utfordringer knyttet til kjernejournal, men støtter likevel forslaget om å utvikle og implementere et register slik at helsepersonell har tilgang på nødvendig informasjon.

– For NSF er det avgjørende at kjernejournaler blir en nasjonal løsning, ikke regional eller lokal, heter det i høringssvaret.

NSF mener journalbegrepet i kjernejournal er forvirrende. Departementet oppfordres til å finne et annet begrep, som for eksempel «register». ■■■

Tekst Ann-Kristin Bloch Helmers

Ett lite lån og ett lite lån
og en liten kreditt. Det blir
ganske dyrt. Løs dem ved å
ringe 815 56 474.

Som sagt. Ring. Vi liker å bruke telefonen. Da kan du spørre og vi kan forklare. Vi synes at det er triveligere. Men vi er så gammeldagse at vi også har en hjemmeside der du kan søke om lån.



Månedsbetaling beregnet ut ifra en tilbakebetalingstid på 12 år

	8,9%	11,9%	15,9%
50 000 kr	648	738	868
100 000 kr	1215	1392	1648
200 000 kr	2347	2700	3207
300 000 kr	3479	4007	4766

Etableringsgebyr på 1475 kr og termingebyr på 65 kr er inkludert i månedsbetalingen i tabellen.

*Renten er individuell og er mellom 8,9% – 19,9% og du kan velge tilbakebetalingstid mellom 1-12 år. Det avgjør hva månedsbetalingen blir.

www.nordax.no

FOR Å SØKE: Alder 23–69 år, minst 150 000 kr i årsinntekt, norsk statsborger eller bodd i Norge i 3 år og ikke ha eller ha hatt betalingsanmerkninger. DEN EFFEKTIVE RENTEN: 19,23% på 65 000 kr, 5 år, nom. rente 15,9% og etableringsgebyr 1 475 kr og termingebyr 65 kr. Totalt beløp å betale er 100 715 kr (aug 2011).

Nordax

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



Har du spørsmål om lønn, rettigheter eller forsikring?

Send en epost til interaktivt@sykepleien.no.

Du kan også gå inn på sykepleien.no og finne svar på aktuelle spørsmål.

Yrkesskade og yrkessykdom



Medlemmer i NSF får gratis bistand i yrkesskadesaker. Her forklarer spesialrådgiver og advokat **Yvonne E. Frøen** hvordan du går frem.

Hva er en yrkesskade?

Med yrkesskade menes fysisk eller psykisk skade som skyldes arbeidsulykke.

En arbeidsulykke er ikke bare alvorlige og dramatiske hendelser som eksplosjon, fall fra store høyder eller lignende. Sklir du på glatt underlag eller kommer i forkjørt stilling fordi taket glipper, er også det arbeidsulykke. Vil-kåret er at det oppstår en plutselig og uventet hendelse, eller en markert hendelse som ligger utenfor arbeidets alminnelige ramme.

Ved tunge løft eller bæring i vanskelig/forkjørt stilling hvor arbeidet utføres under forhold nær skadegrensen, skal det ganske lite til før kravet om ulykkesmoment er oppfylt. Det samme gjelder ved løft av hjelpeløse og/eller urolige personer.

Belastningslidelser godkjennes ikke som yrkesskade.

Hva er en yrkessykdom?

Hvilke sykdommer som kan godkjennes som yrkessykdom etter folketrygdloven er fastsatt i forskrifter. Forskriftene omfatter blant annet sykdommer som skyldes forgiftning og kjemisk påvirkning, enkelte lungesykdommer, stråleskader, hørselskader, sykdommer som følge av yrkesrelaterte vaksinasjoner og epidemiske sykdommer. Allergiske hudsykdommer, som lateksallergi, er et eksempel på yrkessykdom som sykepleiere kan bli påført. Et annet eksempel er sykdom som skyldes smitte, som MRSA.

Hvilke rettigheter har du?

NAV-godkjent yrkesskade kan utløse særlige rettigheter. Arbeidsavklaringspenger og uførepensjon beregnes gunstigere enn ellers. Uførepensjon ytes fra 30 prosent mot vanligvis 50 prosent. Varig medisinsk invaliditet på minst 15 prosent gir rett til ménerstatning. Utgifter dekkes i større grad enn ellers.

Har du yrkesskadeforsikring, skal forsikringsselskapet dekke økonomisk tap, eventuelle ekstrapensjoner og ménerstatning (minst 15 prosent medisinsk invaliditet).

De fleste sykepleiere er omfattet av tariffavtaler som ved 100 prosent arbeidsuførhet gir utbetaling på 15 ganger folketrygdens grunnbeløp, det vil si ca. 1, 2 millioner kroner. Lavere uføreggrad gir forholdsmessig reduksjon. De fleste tariffområder gir dekning også ved skade på direkte reise mellom hjem og arbeidssted/oppdragssted og på tjenestereise, og rett til ménerstatning ved minst 15 prosent medisinsk invaliditet.

Medlemskap i NSF gir ulykkes- og gruppelevsforsegling. Også andre kollektive eller private forsikringer kan gi rettigheter.

Lov om pensjon for sykepleiere gir de fleste sykepleiere bedre pensjon enn etter folketrygdloven. Det er bl.a. ingen nedre uføreggrad for å få uførepensjon.

Kan jeg få hjelp fra NSF?

Medlemmer får gratis bistand i yrkesskadesaker. NSF har en yrkesskadegruppe som består av 5 regionale, spesialiserte saksbehandlere og tre advokater i forhandlingsavdelingen. Gruppen behandler cirka 200 løpende saker årlig. Vi har mange forskjellige

typer skade- og sykdomssaker; løfteskader, fall og vold er dessverre vanlig. Av yrkessykdommer er det mange allergisaker, men spennet av sykdommer er vidt.

Utbetalingene hittil i år er samlet på i overkant av 17,5 millioner kroner. Utbetalingene kan variere fra noen titalls tusen og opp til noen millioner.

Hva gjør NSF?

I tillegg til å saksbehandle yrkesskade- og yrkessykdomssaker for medlemmene driver NSF rettspolitisk arbeid. Blant annet jobber vi for at belastningslidelser skal kunne godkjennes som yrkesskader. NSF jobber også for at akutte løfteskader som oppstår uten at det foreligger ulykkesmoment ved løft eller forflytning av personer, lettere skal kunne godkjennes. NSF arbeider også for å få godkjent sammenhengen mellom brystkreft og turnus/nattarbeid som yrkessykdom.

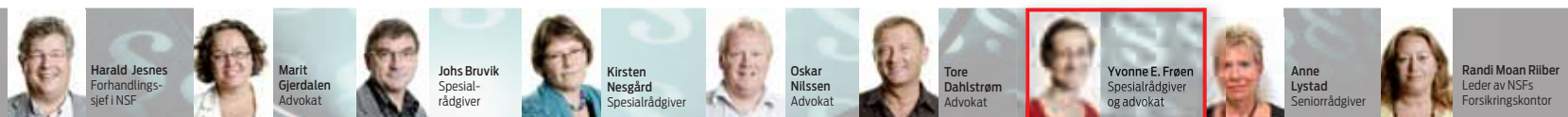
Hva skal du gjøre hvis du blir skadet?

Arbeidsgiver har plikt til å sende skademelding til NAV. Hvis det ikke blir gjort må du selv sørge for det innen ettårsfristen.

Send skademelding til arbeidsgivers forsikringsselskap.

Sørg for at flest mulig opplysninger om skaden/uhellet blir notert ned i skademeldingene; hvordan skaden skjedde, eventuelt hvorfor den skjedde, hvor du er skadet (nevne alle berørte kroppsdeler ikke bare de med verst smerter), eventuelle vitner m.m.

Passer på paragrafene:



Harald Jesnes
Forhandlings-
sjef i NSF

Marit
Gjerdalen
Advokat

John Bruvik
Spesial-
rådgiver

Kirsten
Nesgård
Spesialrådgiver

Oskar
Nilssen
Advokat

Tore
Dahlstrøm
Advokat

Yvonne E. Frøen
Spesialrådgiver
og advokat

Anne
Lystad
Seniorrådgiver

Randi Moan Riber
Leder av NSF's
Forsikringskontor



Gøril Gravidahl

Alder: 44 år

Jobber: På Nasjonalt kompetansesenter for hodepine ved St. Olavs Hospital

Er der det trengs

Tar ikke pasienten kontakt, er det bra.
Da er hodepinen blitt mindre.

Jeg er oppvokst med en mor som, selvfølgelig, var sykepleier. Av henne hørte jeg mange spennende historier, og det inspirerte meg til å gå i denne retningen.

På Nasjonalt kompetansesenter for hodepine ved St. Olavs Hospital har jeg mange oppgaver i løpet av en dag, og jobber der det trengs.

En typisk dag starter med at jeg snakker med og følger opp enkelte pasienter over telefon. Jeg setter opp pasientavtaler. Jeg ringer pasienter som skal være en del av studiene våre, og skaffer meg oversikt over hvilke av disse pasientene som skal inn i hodepineprogrammet vårt. Deretter er jeg på møter hvor vi planlegger og går gjennom nye studier vi skal sette i gang. Videre utfører jeg kanskje en barorefleksmåling, eller opplæring i oksygenbruk til en clusterhodepinepasient.

Dersom en pasient har hatt behandling og ikke tar kontakt igjen, føles det godt, for da vet jeg at behandlingen har hatt effekt. Hvis pasienter ikke responderer på behandlingen, tester legene og jeg andre behandlingsmetoder på disse pasientene. Disse vil forhåpentligvis gi en bedre effekt. Vi anbefaler stort sett metoder som er vitenskapelig dokumentert i våre behandlinger. En viktig del av jobben min er å formidle kunnskap.

Andre dager kan jeg bli tilkalt av nevrologer til å ta blodprøver og nevrologiske tester på hodepinepasienter, som skal brukes i forskningsarbeid. Det er i hovedsak forskningsprosjekter jeg deltar i, og dette gjelder alt fra planlegging og utføring av nye studier, til å bistå forskningsstudenter fra NTNU når de har oppgaver hos oss.

Jeg er også i styringsgruppen til etableringen av et internasjonalt forum som er opprettet for å hjelpe hodepinepasienter. Forumet ble startet på initiativ fra internasjonale spesialister som jobber med og for hodepinepasienter. Dette fordi det ikke er nok leger til å behandle alle. På denne måten kan vi sykepleiere hjelpe til på en kompetent måte. Personlig har jeg mye kunnskap innenfor fagfeltet, men jeg vil lære mer og treffe andre som jobber med dette. Sammen vil vi i forumet definere, utvikle og utvide sykepleiernes rolle i behandlingen av mennesker med hodepine i hele verden. Det er det vi jobber for, og forumet vil bli etablert i 2012 i London. Andre som jobber innenfor hodepinefagfeltet i Norge må gjerne kontakte meg. ■■■

Fortalt til Kristin Mainitz Foto Lena Knutli



*Av og til går dødsengelen forbi.
Av og til stopper den....*

Dødsengelen

*Hennes kropp var så liten,
gammel og svak.*

*Hun var et hode som stakk opp
av en dyne, og hun var vakker.*

*Hun skulle stelles, et helt vanlig stell,
et komfortstell, et forebyggende,
nødvendig stell, vask ansikt, rygg,
nakke underliv, finne god stilling
i sengen, massere føttene, pusse
tennene, være mild, snakke mildt.*

*Gode trygge øyne og hender, strøk,
være en omfavnende person.*

*På bordet hennes lå det en billedbok
om Roma. Svarthvitt-bilde av Fontana
di Trevi på forsiden.*

*Hennes mann slo på DVD-spilleren
som sto på bordet, kysset sin kone
på pannen, strøk henne varsomt
over håret før han gikk stille ut.*

*Da han var gått, strømmet musikk
ut i det hvitkledd sykehus-rommet.*

Musikken kom fra Fontana di Trevi.

*Det var en italiensk mannsstemme,
i dyp baryton som lød klart, liden-
skapelig, passe høyt og utrolig vakkert.*

Så skjedde noe forunderlig.

*Våre hender ble enda mildere,
bevegelsene mer grasiøse, blikkene
våre svømmende, drømmende,
øyeblikket ble til en slow motion-film.*

*Rommet ble fylt til randen
av skjønnhet, av ånd, av liv.*

Så gikk dødsengelen forbi.

Tekst og foto **Eli Madeleine Bjerkan**

Bli med til USA!

kun
14.990,-
Avreise 1. mai
2012



Las Vegas, San Francisco, Los Angeles og tre fantastiske nasjonalparker - 11 dager

Nå har du muligheten til å oppleve Californias største og beste storbyer til en rimelig penge! Og i følge med andre som jobber som sykepleier. Vi har hatt flere vellykkede turer for lesere av Sykepleien, og utvider med dette tilbudet.

Vi skal besøke Las Vegas, San Francisco, Hollywood og Los Angeles. Vi rekker også et besøk i den eksotiske badebyen Santa Barbara, samt eksklusive Beverly Hills.



Storslått natur får du også med på kjøpet. Vi skal besøke tre av USAs flotteste nasjonalparker!

Her får du både sprakende storbystemning med høy stjernefaktor og enestående naturopplevelser i særklasse på én og samme tur!

Reserver plass i dag!

Via nett: www.albatros-travel.no/sykepleien eller ring 800 58 106, eller send e-post info@albatros-travel.no

Oppgi reisekode LR-SYK



Dagsprogram

- Dag 1** Avreise fra Oslo, ankomst til Las Vegas. Byrundtur- Las Vegas "by night"
- Dag 2** Las Vegas. Byvandring eller mulighet for utflukt til Hoover-dammen
- Dag 3** Fra Las Vegas till Nord-Amerikas varmeste og tørreste ørken: Death Valley
- Dag 4** Videre til verdens høyeste trær i Sequoia nasjonalpark
- Dag 5** Videre til Yosemite nasjonalpark og San Francisco
- Dag 6** Byrundrundtur i San Francisco. Ettermiddagen på egen hånd
- Dag 7** San Francisco på egen hånd. Mulighet for utflukt med vintoget Wine Train gjennom Napa Valley
- Dag 8** Videre til Monterey og Carmel. Gjennom vinregionen til Santa Maria
- Dag 9** Videre til Santa Barbara, kort byrundtur. Videre til Los Angeles, kort byrundtur
- Dag 10** Los Angeles, formiddagen på egen hånd. Hjemreise
- Dag 11** Ankomst til Oslo



Prisen inkluderer

- Norsk/svensk reiseleder
- Fly Oslo – Las Vegas og Los Angeles – Oslo
- Utflukter ifølge program
- Innkvartering på hoteller i delt dobbeltrom (tillegg for enkeltrom kr. 2.990,-)
- Frokost
- Skatter og avgifter



Fag & bøker



TRIVES SAMMEN: Paul Eriksen (f.v.), Christian Heitmann, John Sandren og Sverre Villanger møtes hver mandag som et resultat av aktivitetsprosjektet for eldre enkemenn og menn med kone på institusjon. Les mer om dem og prosjektet i reportasjen på side 58 og i fagartikkelen om samme tema. Foto: Marit Fonn.

Side
58

3
nye bøker

ANNE CHRISTINE
BUCKLEY POOLE
Migrene

Anne Christine Buckley Poole er lege og har migrene. Hun er lidenskapelig opptatt av å behandle pasienter med denne sykdommen. Her deler hun sin kunnskap.



HÅKON LASSE LEIRA
Arbeidsmedisin
Denne boken er skrevet for leger og medisinstudenter, men kan være interessant for bedriftssykepleiere. Dette er annen utgave av boken.



TERJE SVABØ
Å redde liv
Sykepleieren Halvor Fossum Lauritzen har reddet millioner av menneskeliv som nødhjelpsarbeider. I denne boken forteller han om sine erfaringer.





Randi Skjæveland (t.v.)
og Line Polden,
sykepleierstudenter.



Lene Hatlelid,
sykepleierstudent.



Øyvind Nordvik,
psykiatrisk sykepleier, cand.
san., høyskolelektor.

Artikkelforfatterne er alle
tilknyttet Høgskolen i Bergen.

Danner grupper for enkemenn

Et gruppetilbud for enkemenn ble opprettet for å forbedre kostholdet, gi økt trivsel og mindre ensomhet hos deltakerne.

Prosjektet «Aktivitetstilbud for eldre enkemenn og menn med kone som har fast plass på institusjon» hadde til hensikt å virke helsefremmende og sykdomsforebyggende for målgruppen. Tanken var å gi enkemennene et tilbud som besto av fysisk aktivitet, kulturelle bidrag, undervisning og sosialisering. Undervisningen tok utgangspunkt i temaer som søvnhygiene, kosthold, ernæring, aktivitet og emner som ensomhet, depresjon og sosial isolasjon. Å ha et samlingspunkt hvor man får treffe likemenn gir mening i hverdagen. Tilbudet bidro dermed til bedre livskvalitet, trivsel og muligheter til å mestre utfordringer som de utsettes for i dagliglivet. I startfasen deltok studentene aktivt med å opprette grupper, men målet var at gruppen skulle bli selvdreven etter at prosjektet var avsluttet.

Forskjellige roller

Å miste en ektefelle er et av de største tapene en person kan oppleve (1). Det er forskjell på hvordan eldre menn og kvinner opplever og håndterer dette (2). Menn har en tendens til å sosialisere seg utenfor hjemmet, i motsetning til kvinner som opprettholder den sosiale kontakten med venner og familie i hjemmet. Kvinner treffes for å prate og lufte følelser, mens menn gjerne har en aktivitet som mål med sammenkomsten (2). I et ekteskap er det ofte kvinnen som har rollen som det sosiale bindeleddet til slekt og venner, og dermed opprettholder det sosiale nettverket. Enkemenn kan derfor være mer utsatte for å bli isolerte og ensomme ettersom de ikke har erfaring med å ivareta den sosiale kontakten (2). Søvnproblemer, tiltaksløshet, dårlig appetitt og sosial isolasjon er typiske kjennetegn på depresjon, som er en risikofaktor for eldre enkemenn (3). Dette kan muligens forklare hvorfor selvmordsraten blant eldre enkemenn er adskillig høyere enn hos eldre gifte menn (2). Menn som blir omsorgspersoner kommer i en rollekonflikt, fra å være i et gjensidig forhold til å bli den som yter helseomsorg (4). Når konen blir flyttet på institusjon blir forholdet preget av den fysiske avstanden, og mannen opplever at han «mister» konen sin (5).

Bakgrunn

Høgskolen i Bergen ønsket et samarbeid med Bergen kommune om et prosjekt med helsefremmende perspektiv. En prosjektplan

ble utarbeidet av fem studenter ved Høgskolen i Bergen høsten 2008. Året etter ble det bevilget utviklingsmidler til pilotprosjektet hvor tre studenter ved HiB sto for drift og organisering. Evalueringen etter den første gruppen var en suksess, tilbakemeldinger fra gruppen var enestående positive og gruppen eksisterer den dag i dag. Vi var tre ivrige studenter som ville videreføre suksessen med en ny gruppe med eldre enkemenn.

Helsefremmende arbeid

Prosjektet skulle være et hjelpende tiltak i en endret livssituasjon. Målgruppen måtte selv aktivt delta for at tilbudet skulle bli vellykket. Målet med prosjektet var å tilrettelegge for hjelp til selvhjelp. Dette gjorde vi blant annet ved å samtale rundt viktige temaer som enkemenn risikerer å neglisjere, for eksempel ernæring. En deltaker sa om å lage middag: «Det blir gjerne lette løsninger, stekt pølse og en potet, eller så bare hopper eg over middagen.» En annen sa: «Eg synes det e vanskelig, eg vet jo ikkje ka hon hadde oppi de der grytene, eg hakket jo bare grønnsakene som hon la fram.» Slike samtaler ga oss en god anledning til å gi råd til gode løsninger, grunnleggende informasjon om hva som er viktig å spise, samt konsekvenser ved ikke å spise. Dermed la vi til rette for at de skulle ta egne valg, på grunnlag av ny kunnskap. En deltaker påpekte også betydningen av fellesskap rundt måltid. På juleferie hos familien hvor de hadde vært mange rundt bordet, både store og små med mye god mat, hadde han spist mer enn han gjorde hjemme alene. Han la også til at matlysten økte når han var sammen med gruppa. Vi introduserte dem også for tilbud på eldresentre i nærområdet deres og tilrettela transport for den enkelte deltaker ved å gi informasjon om TT kort. På den måten hadde de gode forutsetninger for å fortsette i gruppen etter at prosjektet var avsluttet. Aktiviteter måtte justeres etter gruppens ønske og behov. Fysisk aktivitet kan forebygge sosial isolasjon, angst og depresjon (6). Dette var ikke aktuelt for våre deltakere fordi de ikke var fysisk friske nok. Det ukentlige møtet besto derfor av sosialt samvær i rolige omgivelser. Det var viktig at gruppen var selvdreven slik at deltakerne fikk en eierfølelse til gruppen fra starten av. Vi overlot derfor ansvaret for innholdet i gruppen til dem, samt at de lagde sine egne gruppregler. Prosjektet skulle være helsefremmende for mennene, slik at de fikk økt

www.sykepleien.no

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

Søkeord:

- ▶ Eldre
- ▶ Geriatri
- ▶ Mann
- ▶ Prosjektarbeid





kontroll over og forbedret helsen sin. Dette ville også virke sykdomsforebyggende.

Prosjektmetode

Vi knyttet modellen vi brukte i prosjektarbeidet opp mot forebyggende og helsefremmende tiltak (7). For oss studenter som var i en læringsprosess medførte prosjektarbeidet viktige momenter som problembasert læring og systematisering av litteratur (7). Planlegging, gjennomføring, analyse og rapportering er grunnleggende elementer i alle prosjektmetodene.

Vi fikk en liste over elleve mulige kandidater fra hjemme-sykepleien, forvaltningsenheten og sykehjem i Fana. Deretter vurderte vi kandidatene opp mot eksklusjons- og inklusjonskriterier. Vi tok kontakt med tre kandidater per telefon, men da det var utfordrende å presentere prosjektet på en innbydende måte gikk vi over til å sende ut et brev. Vi avla hjemmebesøk hos de interesserte, og seks menn stilte på første møte. En deltaker trakk seg etter det første møte, og to nye deltakere kom til på siste møte før jul.

Gruppen møttes hver onsdag på Gnisten aktivitetssenter, møtet varte i to timer og avsluttet med lunsj som deltakerne betalte for selv. Prosjektet strakte seg over 17 uker, og siste prosjektdag var 2. mars. Gruppen ble ikke selvdreven og derfor avsluttet etter uke 17. Den første gruppen eksisterer derimot fortsatt. I sluttevalueringen kom vi fram til at rekrutteringen av enkemenn er noe av grunnen til at den siste gruppen ikke

ble selvdreven. Vi måtte gå litt utover eksklusjons- og inklusjonskriteriene for å få med nok enkemenn. Dette førte til at funksjonsnivået både fysisk og psykisk hos noen av enkemennene var under nivået for å kunne delta i en slik gruppe.

Tilbakemeldinger

«Det er godt å møte andre som er i samme situasjon», sa en deltaker. Enkemennene syntes det var godt å ha noe å se fram til, og prate med noen som var i samme situasjon. Det er ikke alt som er like greit å snakke med familien sin om. Negative erfaringer i ekteskapet, intime og personlige anliggender kan

Det er godt å komme seg ut litt, og ikke bare sitte foran tv-en hele tiden.

være vanskelig å dele med sine barn eller øvrige familiemedlemmer. Samvær med familien kan få de eldre til å føle seg gamle, samtalen går gjerne ikke på skinner på tvers av generasjonene og interessefeltet spriker. Ulik interesse og manglende kunnskap om emner som yngre mennesker prater om, kan få de eldre til å føle seg utenfor. Å tilbringe tid med jevnaldrende har derimot stor betydning for de fleste mennesker. Felles erfaringer, grunnleggende verdier og normer, og like regler angående skikk og bruk fører til bånd mellom mennesker som gjør det lett

ENKEMENN: Enkemenn Paul Eriksen (t.v.) og Sverre Villanger deltar i Mandagsgruppen, som nå er selvgående. Les om dem på side 58. Foto: Marit Fonn.



å omgås. «Fordi en er i samme fase av livet, kan jevnaldrende også være en kilde til sosial støtte» (8, s. 181).

«Det er godt å komme seg ut litt, og ikke bare sitte foran tv-en hele tiden,» sa en deltaker. I gruppen var de likemenn, kamerater, som hadde mange felles erfaringer. Krigsår, militæret, utdanning, yrke og sydenturer for seniorer ga stor bredde i samtaleemnene. De fikk et fellesskap hvor de kunne prate, føle seg på bølgelengde med hverandre. I gruppen tenkte de ikke på at de er eldre menn. Som en deltaker sa «Jeg synes det

Dette har gitt uvurderlig erfaring som vi har tatt med oss videre i sykepleierjobben.

er godt å komme hit og prate med dere.» Daatland og Solem (8, s. 181) sier at «det å fullt ut forstå og verdsette hendelser, situasjoner, opplevelser, eller håndfaste ting noenlunde likt, muligens krever at man er jevngamle.»

Enkelte av enkemennene var bevisste på utfordringene de står ovenfor som enkemenn, og var ivrige på at de skulle få gruppen til å fungere videre etter at vi hadde trukket oss ut. «Det må vi jo klare,» sa en deltaker.

Studenterfaringer

Gjennom dette prosjektet fikk vi mulighet til å tilegne oss ekstra kunnskaper om en liten, utsatt gruppe. Erfaringene med å lede og evaluere prosjektarbeid ga en bratt læringskurve og arbeidet krevde selvstendighet. Organisatorisk kompetanse som ansees å være en mangelfull kunnskap hos nyutdannede sykepleiere (9), ble vektlagt og praktisert gjennom prosjektet. Vi har erfart at uklare rollefordelinger i prosjektarbeid kan gi opphav til dårlig utnytting av tid og ressurser, noe som for oss resulterte i dobbelt logistikkarbeid og gikk ut over gruppens primærtid.

Som sykepleierstudenter har vi kunnskap om eldres fysiologi og aldringsprosesser, depresjon og sosial isolasjon, samt psykologiske interveneringsmetoder. Likevel var vi helt uferne med å gjøre dette i praksis, og møtte problemer vi selv ikke var kapable til å løse. For eksempel kjente vi på at vi manglet kommunikasjonsteknikker for å håndtere depresjon. Det var vanskelig å endre fokus i samtaler uten å krenke de involverte. Dette var en stor utfordring for oss og gjorde arbeidet ekstra lærerikt og krevende. Vi fikk nødvendig veiledning i tillegg til debrifing fra møtene, noe som hadde positiv effekt.

Vi har fått anledning til å drive helsearbeid i et helsefremmende perspektiv rettet mot representanter for en utsatt gruppe. Målet vårt var at de skulle føle mestring og mening i sin nye livssituasjon. Vi trakk fram de positive aspektene ved livet deres, som tidligere interesser, yrke og familie. Vi ønsket også at de skulle komme i kontakt med aktiviteter i regi av eldresentre i nærområdet ved å delta i gruppen.

Å drive et slikt prosjekt kan medføre frustrasjon og makteløshet, og krever kontinuerlig arbeid og evne til å tenke nytt. Dette har gitt uvurderlig erfaring som vi har tatt med oss videre i arbeidet som sykepleiere. Samtidig lærte vi å bruke de mulighetene vi hadde på det daværende tidspunkt. Det var gøy å se at prosjektet bidro positivt til en sårbar gruppe som enkemenn.

Sosialt samvær gir mening

Alle mennesker er avhengig av bekreftelse, anerkjennelse og sosialt samvær med andre for å oppnå livskvalitet. Å tilbringe tid med andre, føle at man hører til, konversere og utveksle tanker og meninger er viktige faktorer for å utvikle og bevare egen identitet. Å delta i sosialt samvær med likemenn forhindrer isolasjon og reduserer ensomhet og fare for depresjon. Vi synes det har vært givende å se hvordan mennene som deltok blomstret opp og pratet livlig i vei med hverandre under møtene. Selv om de har det tungt ser vi at de storkoste seg og hadde utbytte av møtene. ■■■

Melli Halsdrops - god mot sår hals uten å påvirke blodsukternivået

Melli halsdrops er basert på polydekstrose, og sukrulose som søtningsmiddel. Dette gjør at produktet klassifiseres som sukkerfritt, ikke påvirker blodsukternivået og tas i liten grad opp i kroppen. Melli er dermed også godt egnet for deg som vil redusere kaloriinnholdet. Melli Halsdrops har glykemisk indeks mindre enn 5.

Fåes kun på apotek

www.apotekproduksjon.no

A-PRO
apotekproduksjon

718

LITTERATUR

1. Sørby LW. Sorg hos gamle – å leve videre alene. Omsorg: Nordisk Tidsskrift for Palliativ Medisin 2006; 23 (1): 13–22.
2. Gjertsen H. Tap av ektefelle i eldre år – sorg og mestring. Tromsø: Senter for aldersforskning i Tromsø, 2006.
3. Kvaal K. Angst og depresjon i Kirkevold M, Brodtkorb K, Ranhoff AH, red. Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten. Oslo: Gyldendal akademisk, 2008: 383–394.
4. Eriksson H, Sandberg J. Transition in men's caring identities: experiences from home-based care to nursing home placement. International Journal of older people nursing 2008; 3: 131–137.
5. Sandberg J, Eriksson H. 'The hard thing is the changes': the importance of continuity for older men caring for their wives. Quality in ageing 2007; 8 (2): 5–15.
6. Waagø K, Skaug EA. Aktivitet. I: Kristoffersen NJ, Nortvedt F, Skaug EA. Grunnleggende sykepleie, bind 2. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2005: 274–301.
7. Magnus P, Bakketeig LS. Prosjektarbeid i helsefagene. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2000.
8. Daatland SO, Solem PE. Aldring og samfunn – en innføring i sosialgerontologi. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS, 2000.
9. Orvik A. Organisatorisk kompetanse – i sykepleie og helsefaglig samarbeid. Oslo: J.W. Cappelens Forlag a.s., 2004.

B
Jobbe eller bli
sykmeldt?

Noen ganger er en
kombinasjon det beste.



Foto: Glenn Røkeberg

ludensreklame.no

Arbeid er bra for helse.

Noen ganger er sykmelding ikke til å unngå. Men det behøver ikke bety at du må være borte fra jobben hele tiden. For mange kan det være bra å jobbe noe samtidig. En gradert sykmelding åpner for det.

Krav på tilrettelegging.

Gradert sykmelding gis dersom den sykmeldte fortsatt kan utføre noen arbeidsoppgaver. Arbeidsgiver har plikt til å tilrettelegge for dette og du har plikt til å medvirke.

Dette kan du gjøre.

På nettsiden jobbforhelse.no finner du regler, hjelpemidler og erfaringer som kan være til nytte hvis du skulle bli sykmeldt.

– Mandagen er hellig

Hybelkaniner, fotball og politikk. Ingen tema er for store, ingen for små når enkemennene treffes i Bergen.

Tekst og foto **Marit Fonn**

Jeg kjøper en halv liter H-melk, men den er sur før den er tom.

Sverre Villanger (89)

Det er mandag. I biblioteket på Nesttun eldresenter sitter fire menn og prater. Nå reiser de seg på geledd, de får jo besøk av en dame.

– Vi mangler en mann i dag, forteller Christian Heitmann (71), som er gruppens uformelle sekretær.

Foran ham ligger en gul notisbok med tittel «Mandagsgruppen 2011». Kaffen står på bordet sammen med en pose sjokolade. Som den ordensmann han er, har Christian klar en lapp med tydelig nedskrevne navn på de fem enkemennene.

Sverre Villanger (89) flytter over til sofaen, og overlater sin faste stol til journalisten. Ved siden av ham er Paul Eriksen (84) på plass. John Sandven (86) sitter ved enden av bordet.

Det beste hadde vært om de var fulltallig. Egil Schieldrop (88) skal være en kjekk kar, ifølge sine fire venner, men i dag hadde han legetime og ble forhindret.

Bor alene

Gruppen ble opprettet som en del av aktivitetsprosjektet for eldre ekte menn og menn med kone på institusjon (se side 54). Mens andre grupper har blitt nedlagt, er Mandagsgruppen stabil og selvgående.

I to år har de holdt det gående. Det var sykepleierstudentene som fant dem, enten via hjemmehjelpen eller institusjoner der konene deres bodde. Den gang var Christian, John og Paul enkemenn. De to andre hadde konene

sine på sykehjem. Men felles var altså at de bodde alene.

– De kom hjem til meg og spurte om jeg ville være med. Veldig greit. Menn som blir alene, trekker seg ofte tilbake, sier Paul.

– Ja, de ville se og høre hvordan jeg hadde det når jeg bodde alene, bekrefter Sverre.

Christians kone hadde kreft i seks år. Hun var bare 60 da hun døde:

– Men det var en påkjennning å gå så lenge og vite hva du går i møte. Det var positivt å få dette tilbudet her.

– Det altoverskyggende når du blir enkemann er mangel på kontakt. Man føler seg alene. Sitter og glaner i vegg, sier John.

– Jeg gruer meg til å se på tv alene. Jeg kan ikke komme med kommentarer, sier Paul, som også savner å løse kryssord i fellesskap.

En mobiltelefon ringer. Sverre spretter atletisk opp fra sofaen og tar samtalen diskret unna. Det er datteren som ringer fra ferie i Spania.

Fint å være fem

Alle bor her i området sør for Bergen. Både John og Sverre kjører fortsatt bil.

– Jeg synes to timer i uken er akkurat passe. Ikke for mye, ikke for lite, meddeler Christian.

– Ja, og fem er et fint tall. Vi blir godt kjent, sier Paul.

Mennene har et langt yrkesliv bak seg. Til sammen har de drevet gård, bygget skogsveier, plantet trær, sørget for balanserte SAS-fly, jobbet i

reklamebransjen og i bank. Og sittet i bystyret.

For snart et år siden ble også Sverre enkemann.

– Jeg føler meg både alene og ikke alene. Jeg har jo barn, barnebarn og oldebarn, sier han.

– Men de kan aldri oppveie det kona var, parerer John.

– Nei, ikke tale om, samtykker Sverre:

– Den ene veggen er borte. Det følger meg. Men jeg har god psyke, jeg snakker jo med andre, også andre damer. Men hjemme er alt sammen annerledes.

Christian får både telefoner og besøk og føler seg ikke så ensom i dagliglivet:

– Men på en måte er jeg alene. Vi kan ikke forvente at barna skal stille opp.

– Nei, de har ikke tid, bekrefter Sverre.

Snakker om alt

For et år siden fikk de fast treffsted her på eldresenteret. Det begynner klokken elleve.

– Hva snakker dere om?

– Alt! Vi har ingen fast agenda, sier Sverre.

– Fotball. Ikke minst Brann. Og mer seriøse ting. Tiden flyr, sier Christian.

– Men vi satte foten ned og sa at nå snakker vi ikke mer om sykdom. Det feiler oss jo noe hele tiden, sier John.





HVER MANDAG: Paul Eriksen (f. v.), Christian Heitmann, John Sandved og Sverre Villanger er blitt avhengige av å treffes.



Jeg gruer meg til å se på tv alene.

Paul Eriksen (84)

De forteller at de hadde en sjettemann som bare ville snakke om religion. På høytravende vis.

– Han var så fastlåst i sine meninger, sier Paul.

– Det la en demper på oss. Jeg sa rett ut på en pen måte at «nå må du slutte med det religiøse. Vi gidder ikke det», sier Sverre.

Mannen valgte selv å trekke seg fra gruppen.

– Nå legger vi ut, men det blir ikke den messingen, forklarer Christian.

– *Krangler dere?*

– Nei, nei. Men vi kan ha motstridende synspunkt. Hvis vi var enige i alt, ville det blitt altfor trøttende.

De har mye praktisk å diskutere.

– Ja, for eksempel støvsugning og hvordan re opp senger, sier Sverre.

– Og hvordan løse billett på bybanen, sier John.

Det er lett, mener Sverre. Man kan ikke lenger bruke penger, mener Paul. Jo, med mynter, opplyser Sverre. Paul forteller om hvor greit systemet var i Stockholm.

Til slutt slår John fast:

– Vi går mot et pengeløst samfunn.

John kan lage elgsteik

Flere av dem har hjemmehjelp.

– Jeg får hjelp hver 14. dag. Jeg ser forskjell fra da kona levde. Da var det blankt og «shinet». Det er ikke samme huset, sier Sverre.

For en stund siden gikk det opp for ham at huset ikke var vasket på lenge og gardinene var det ikke gjort noe med på lang, lang tid.

– «Hva skal jeg finne på», tenkte jeg. Så fikk jeg vasket kjøkkenet. Det kostet 3 000 kroner. Men jeg må

gjøre noe med de gardinene.

Christian tenker på hybelkaninene sine. Han klarer seg fortsatt uten hjemmehjelp. Sverre fortsetter:

– Jeg tør ikke ta i gardinene, de går i oppløsning.

John trøster: – Så galt er det vel ikke

Paul: – Håper de henger litt til.

Sverre: – De andre er flinke til å lage mat.

Paul: – Ikke jeg! Men du, John, kan lage elgsteik til tjue personer. John: – Jo da. Raspeballer lager jeg og.

Sverre: – Jeg kjøpte pølser her om dagen. Men jeg kunne ikke få mindre enn seks pølser.

Paul: – De sier vi kaster for mye mat. Men det er umulig ikke å kaste når man bor alene.

Sverre: – Jeg kjøper en halv liter H-melk, men den er sur før den er tom.

John: – Jeg kjøper to liter. Den drikker jeg opp nesten med en gang.

Christian: – Man kan lure på om man skal ta en pils i stedet for melk.

– Vi er på samme nivå

Lukten av middag siver inn i biblioteket. Det er chilensk gryte med kylling i dag. Så snakker de videre om et barnebarn med autisme, om sjakk og bridge og sort enke på nettet.

– *Hvilke råd har dere til andre som vil lage grupper?*

– Koble folk sammen som har et felles utgangspunkt, slik at man kan

få noe ut av samværet. Vi er blitt veldig avhengig av denne dagen, sier Sverre.

– Jeg vil si det er maks! Vi er intellektuelt på samme nivå og alle har mye kunnskap, sier Christian.

– Jeg tror det gjelder for alle at mandagene er hellige. Ingen skifter, bare hvis det er sykdom eller ferie, opplyser John.

De er blitt enige om at de må være minst tre på treffene. Bare to ganger har de kansellert, og det var i forbindelse med ferie. De har også hatt avstemning om de vil ha med flere i gruppen. Flertallet sa nei.

Klokken er blitt over ett. De rydder bordet. Etter hvert treff skriver Christian punktlig referat i sin lille gule. Der kan man se at politikk er et tema som går igjen.

– Og penger. Vi snakker om hva ting koster, sier Christian.

Paul, John og Sverre skal spise middag, slik de pleier, for Christian er det for tidlig.

– *Hva med en enke i Mandagsgruppen?*

– Det kunne vært veldig festlig, sier Sverre entusiastisk.

Christian: – Du er jo en damevenn du, Sverre.

Sverre: – Men jeg tror det ville avsporet oss her.

Christian: – Vanskelig spørsmål.

Sverre: – Tror svaret blir nei.

Christian: – Det blir vel det.

Jeg vil si det er maks! Vi er intellektuelt på samme nivå.

Christian Heitmann (71)



– De er det beste bevis

Øyvind Nordvik ønsker seg selvgående grupper av alle slag.

Tekst og foto Marit Fonn

Øyvind Nordvik, sykepleier og lektor ved Høgskolen i Bergen, er prosjektleder for enkekamningsgruppene.

– Det viste seg å være et godt valg også å inkludere eldre menn som hadde koner på institusjon. De hadde samme tap og samme sorg som enkekamningene. De blir både enslige og ensomme.

Matstell, kampen mot hybelkaniner og å finne den rette knappen på vaskemaskinen er typiske tema for disse mennene som bor alene.

– Disse har levd i en tid med et helt annet kjønnsrollemønster enn dagens. Om 40 år er det noe annet som er tematikken.

Ikke alle vil bowle.

Mye av poenget er å sette grupper i stand til å ta vare på seg selv.

– Denne gruppen er det beste bevis på at det går å få til.

Forebygger

Nordvik har tro på at ved å skape slike fellesskap vil færre kreve tjenester fra helsevesenet.

– Sykepleiere kan ofte være patologisk orientert. Men det meste av helse skapes og vedlikeholdes utenfor helsevesenet, påpeker han.

– Jeg tror virkelig på slik forebygging. Men det må skapes differensierte tilbud til ulike grupper. Kanskje vil noen føle seg ekskludert fra en gruppe. Men da skal det finnes en ny gruppe som passer bedre. De må skreddersys etter behovene. Ikke alle vil bowle. Kriteriet må være at alle

skal føle seg tilfredse og ikke som tapere i sine fellesskap.

Vil ha flere menn

Nordviks ønsker seg flere menn i kommunehelsetjenesten.

– Jeg tror menn kan være flinkere til å møte menn der de er uten å gjøre

dem til ofre. Hvis det blir for kvinneorientert, blir det fort slik at «vi» er omsorgsgiverne og «de» er mot-takerne.

Og det er ikke det menn som dem i Mandagsgruppen trenger.

– Du skal kunne stå med ryggen rak selv om du er 80 år, sier Nordvik. ■■■



OM MENN: Øyvind Nordvik tror menn lettere enn kvinner kan møte menn uten å gjøre dem til ofre.

Voldtekt, tvangsekteskap og omskjæring

Slik er dessverre hverdagen for mange kvinner i Etiopia. Sammen med Mekane Yesus kirken setter Det Norske Misjonsselskap fokus på kvinners rettigheter i dette landet.

Send SMS <NMS til 2090> til 2090 og du har overført 200,- fra din mobilregning til arbeidet for kvinners rettigheter. Eller gi din gave - merket 11034 - til konto: 8220 02 85030

Se www.nms.no for mer informasjon



Det Norske
Misjonsselskap
www.nms.no

Illustrasjonsfoto. Kvinnene på bildet har ingen sammenheng med teksten





Joanna Galek, høyskolelektor, institutt for sykepleie, Høgskolen i Sogn og Fjordane HHSF.



Marianne Gjertsen, høyskolelektor, studieansvarlig videreutdanning i Lindrande behandling, pleie og omsorg Høgskolen i Sogn og Fjordane HHSF og stipendiat HHSF og Universitetet i Oslo.

Får bedre smertebehandling

Kartleggingsverktøy kan avdekke smerter hos personer med demens som kan ha problemer med å uttrykke seg.

I 2004 var det rundt 65 000 personer med diagnosen demens i Norge, og andelen vil fordobles frem mot år 2040. 50–80 prosent av pasientene innlagt i sykehjem har en demens sykdom (1-4). Personer med demens dør som oftest ikke av demenssykdommen, men av andre sykdommer som kreft, hjertesvikt, nyresvikt eller KOLS. Noen dør av komplikasjoner fra demens, for eksempel brudd, svelgvansker, fall, infeksjoner eller trykksår (5). Mange av disse tilstandene har smerter som en del av symptombildet (6, 7).

Sykepleiers oppgave

Undersøkelser viser at demente ofte er underbehandlet for smerte (1, 2, 7-13). Årsaker til dette kan være utilstrekkelig smertekartlegging eller manglende bevissthet på at demente kan ha vondt (12). Smertelindring hos demente avhenger av at andre vurderer deres smerteytringer og handler i forhold til det (1, 14). Det er sykepleierens oppgave å identifisere smertetilstander, iverksette aktuell behandling og vurdere effekten (15). Det tilsier at sykepleier må ha gode kunnskaper om demens, smerte, smertekartlegging og -behandling. Ifølge en norsk studie er det bare 18–32 prosent sykepleiere som vurderer sin kunnskap om smerte til å være svært bra eller ganske bra (15).

Systematisk bruk av kartleggingsverktøy fremmer god behandling, pleie og omsorg (8, 16). Der er utarbeidet en rekke verktøy til kartlegging av smerter hos demente (1, 13, 14, 17). Noen av disse er oversatt og prøvd ut i sykehjem i Norge (2, 12, 13). I denne artikkelen ønsker vi å belyse hvorfor systematisk kartlegging av smerter hos demente kan være nyttig, og beskrive de kartleggingsverktøy som er prøvd ut i norske sykehjem.

Litteratursøk

Ved søk i databasene Academic Search Premier, Medline og Chinala finner man en del artikler som handler om kartlegging av smerte hos demente pasienter. Vi har begrenset søket til kartleggingsverktøy som er oversatt og utprøvd i norske sykehjem. Ved første søk i mars 2009 brukte vi søkeordene: Nursing home, Dementia, Pain, Pain diagnosis. Når vi søkte høsten 2010 inkluderte vi søkeordet Instrument validation.

Hva er demens?

Demens er en sykdom som innebærer kognitiv svikt og eventuelt atferdsmessige og psykiske forandringer. Sykdomsforløpet fra mild til alvorlig demens kan hos noen være kort og intens, hos andre strekker det seg over inntil 20 år. Ved mild demens er personen glemsk, har vansker med å følge klokke, avtaler og kalender. Det kan være vanskelig å komme på ord, og setningene har gjerne lite

flyt. Ved moderat demens blir hukommelsen dårligere. Personen får vansker med å danne seg et klart bilde av omgivelsene, noe som kan gjøre tilværelsen kaotisk. Kommunikasjon blir vanskelig, og opplevelsen av å miste flere og flere funksjoner kan føre til angst, fortvilelse, depresjon eller sinne. Ved alvorlig demens kan pasienten kun huske bruddstykker fra sitt tidligere liv, klarer ikke orientere seg om tid, sted og situasjon og forstår ikke hva andre sier (3). Kommunikasjonen er svært begrenset, og det er usikkert om pasienten kan tolke sanseinntrykk (3, 8).

Smerte hos demente

Smerte er en subjektiv opplevelse, og bare personen selv kan si om han har vondt (15, 16). Smertesansen vår er livsviktig og beskytter kroppen mot skade (15). Smerte etter en skade fører til at det skadede området holdes i ro og dermed leges. Varig smerte har imidlertid flere negative konsekvenser, som inaktivitet, funksjonssvikt, isolasjon og depresjon.

Demente har i sen fase dårlig evne til å uttrykke sine behov (3, 6, 12, 14), noe som medfører at de i liten grad kan beskrive smerteopplevelse (1, 2, 8, 10). En undersøkelse av Nygaard (1) fant at en av tre personer med alvorlig mental svikt kan formidle smerteinntrykk. Demens påvirker også muligens evnen til å tolke sanseinntrykk (3, 10), noe som kan føre til endret smerteopplevelse (2). Ifølge Husebø (10, 14) viser noen studier at pasienter med demens uttrykker mindre smerte (13). Husebø (10) finner i egen studie at pasienter med alvorlig demens har mer vondt enn kognitivt klare personer.

Smerteindikator

Når demente ikke klarer å formidle smerte verbalt må de gi uttrykk for sine plager på andre måter, noe som gjerne viser seg i endret atferd (6, 8). Som sykepleiere er vi vant til å spørre om smerte, og eventuelt vurdere ansiktsuttrykk. Observasjon av annen type atferd som tegn på smerte er vi mindre vant med, dette må læres (2). Songe-Møller (2) gir i sin artikkel denne inndelingen i atferdsbaserte smerteindikatorer: ansiktsuttrykk (pannerynking, trist eller skremt, rask blinking), verbale uttrykk (støyende pusting, messing/synging, utrop, banning, bruk av «grove» ord), bevegelse (uro, vimsing, agitasjon, økt vandring, vugging, endret ganglag eller holdning), endring i interpersonell aktivitet (motsetter seg pleie, har forstyrrende/voldelig atferd, tilbaketrekking), endring i aktivitetsmønster (neker å spise, hviler lenger enn vanlig, søvnløshet, plutselig stans i normale rutiner eller aktiviteter) og endring i mental status (økt forvirring, irritabilitet, gråt). Alle tegn som kan tyde på at pasienter med kommunikasjonssvikt har ubehag bør tas på alvor (2, 8).

www.sykepleien.no

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

Søkeord:

- ▶ Demens
- ▶ Smerte
- ▶ Sykehjem
- ▶ Litteratursøk





Begrensninger

Atferd sier lite om smerteintensitet, lokalisasjon og karakteristika. Smerteskår hos demente må derfor alltid følges opp med videre utredning. Kunnskap om pasientens grunnlidelser er viktig og kan gi oss en pekepinn om type smerte, lokalisasjon og hvilket medikament som er egnet (16). Kartlegging av smerteatferd har sine begrensninger fordi det er lett å tolke atferd feil (9, 12). Typisk smerteatferd er samtidig symptom på demens, og ved langtkommen demens avtar

ansiktsmimikk og øyekontakt, noe som ytterligere vanskeliggjør smertekartlegging (13). Den enkelte pasient har sitt unike smerteuttrykk, forskjellig fra alle andres (7, 15). Personer med demens er derfor avhengig av kjente omsorgspersoner, som kjenner deres normale atferd og dermed reagerer på endring (1, 2, 6, 7, 14).

Kartleggingsverktøy

Systematisk kartlegging med standardiserte verktøy bidrar til

UNDERBEHANDLET?: Personer med demens er ikke alltid i stand til å kommunisere sin smerteopplevelse. Illustrasjonsfoto: Scanpix



konsekvent registrering, avdekking av smerteproblem og god kommunikasjon om smerte og smertelindring mellom sykepleier og lege. Skjemaene bidrar til økt bevissthet på smerteproblematikk hos demente (2, 8, 18). I sykehjem i USA er det obligatorisk å registrere forskjellige pasientopplysninger, deriblant smerte, regelmessig (8).

Smerte er et subjektivt fenomen, derfor er selvrapporing mest hensiktsmessig. Pasienter med lettere grad av demens er i stand til å bruke selvrapporingsskjema, og dette bør man prøve ut (2, 11, 16). Det finnes enkle smertereregistreringsskalaer for selvrapporing av smerteintensitet deriblant numerisk rangeringsskala

Systematisk kartlegging øker kommunikasjon og samhandling om smertelindring i personalgruppen.

(NRS), verbal skala (VRS), visuell analog skala (VAS) og ansiktsskala. Ved NRS skal pasienten vurdere smerte fra 0 (ingen smerte) til 10 (verst tenkelig smerte). Ved VAS skal pasienten sette kryss på en ti centimeter lang linje hvor 0 betyr ingen smerte og 10 verst tenkelig smerte. Ansiktsskala består av ulike ansikter med forskjellig uttrykk, fra smilefjes til gråtende og lidende ansikt, og pasienten peker på det ansiktet som best beskriver hans eller hennes situasjon (15). En studie av Closs m.fl. i Rustøen (18) viser at hos pasienter med alvorlig demens klarer bare 7 prosent å bruke visuell analog skala, 21–25 prosent farge, ansikt og numerisk skala og 36 prosent klarer å bruke verbal skala. Oppsummert sier studien at det er viktig å spørre konkret om smerte «her og nå», gjenta om nødvendig og gi adekvat tid til å svare. Hvis en eldre pasient ikke klarer en type smertekartleggingsverktøy bør man prøve et annet (18).

Observasjonsbaserte kartleggingsverktøy er anbefalt til bruk hos personer med alvorlig demens (2, 8, 10–12). Vi har funnet tre kartleggingsverktøy oversatt til norsk og utprøvd i norske sykehjem. Forskning viser at skjemaene er anvendbare i klinisk praksis, men at de trenger videre utprøving (2, 9, 12, 17).

CNPI

CNPI (Checklist of Nonverbal Pain Indicators) er utarbeidet på bakgrunn av studier av atferd som kan indikere smerte hos demente (2, 8). Skjemaet har seks atferdsbaserte smerteindikatorer. Listen omfatter verbale klager og ikke-verbale uttrykk, ansiktsgrimaser, klamring, uro, massering eller gniing av det affiserte området og høylytte klager eller verbale uttrykk. På hver av de seks punktene på listen skåres 1 for observert eller 0 for ikke observert. Smerteatferd skal kartlegges i ro og i bevegelse (18). Skjemaet er enkelt og kort, og vurdert som akseptabelt til bruk i norske sykehjem. Hele personalgruppen kan bruke skjemaet (2, 8). Skjemaet har en god instruks for bruk, men mangler instruks for hvordan resultatene

skal tolkes, og dermed anvendes i klinisk praksis (2). Ifølge Rustøen mangler skjemaet noen mindre vanlige typer smerteatferd som forandring i aktivitetsmønster, mental status og mellommenneskelig samhandling (18).

MOBID

Mobilization-Observation-Behavior-Intensity-Dementia Pain Scale (MOBID) er et kartleggingsverktøy sykepleier kan bruke ved morgenstellet. Verktøyet er utarbeidet av norske forskere, og utgangspunktet er at mennesker som får vondt lager lyd, skjærer ansiktsgrimaser og beskytter seg. Sykepleier skal observere ansiktsuttrykk når hun guider pasienten gjennom bevegelser som bøy og strekk av hender og føtter, snu pasienten til sidene og sette seg opp i sengen. Sykepleier skal samtidig vurdere smerteintensitet fra 0 til 10. Smerte fører vanligvis til at man unngår bevegelse og immobiliserer den vonde kroppsdel, derfor er MOBID-Pain Scale utviklet for å teste smerte i bevegelse. Skjemaet egner seg best til kartlegging av muskel- og skjelettrelaterte smerter, fordi dette er smerter som ofte utløses ved bevegelse (10). Skjemaet er testet ut i en studie der man fant at det var nyttig å bruke dette instrumentet til smertevurdering, særlig med tanke på smerteintensitet (13).

Doloplus-2

Utgangspunktet for Doloplus-2 var et skjema for kartlegging av smerte hos barn, som ble videreutviklet til å kartlegge smerte hos eldre med kognitiv svekkelse. Skjemaet består av ti punkter som er gruppert i tre områder; somatiske plager, psykososiale reaksjoner og psykomotoriske endringer. Somatiske plager observeres via ansiktsuttrykk, beskyttelse av kroppen, såre områder og forstyrret søvn. Psykomotoriske endringer observeres via nedsatt funksjon i stell og forflytning. Psykososiale reaksjoner observeres via atferdsproblemer og endringer i kommunikasjon og sosialt liv. Observatøren skårer fra 0 til 3 på de punktene som er relevante for den enkelte pasient, total skår kan da være fra 0–30. Skår over 5 indikerer smerte som bør utredes videre (2, 16). Kartleggingsverktøyet er validert, og vurdert til brukbart i klinisk praksis (12).

Oppsummering

Smerteproblematikk er vanlig hos eldre (1, 6) og artikkelen viser at smertekartlegging og lindring er vanskelig når pasienten er dement. Helsetjenesten skal ha fokus på kvalitet, og alle har rett til å få lindret smertene sine. Dermed er kartlegging av smerter hos demente et viktig satsingsområde i norske sykehjem. Systematisk kartlegging øker kommunikasjon og samhandling om smertelindring i personalgruppen. Gjennom utprøving og erfaring vil personalet få økt kompetanse i smertelindring for demente, som vil sikre demente et verdig liv og en bedre livsavslutning. Men kartleggingsverktøy gir ikke en enkel løsning på et mulig smerteproblem. Det er viktig at pasienten utredes videre hvis et smerteproblem avdekkes (8, 11). ■■■

LITTERATUR

- Nygaard HA, Jarland M. Kroniske smerter hos sykehjemspasienter – selvrapporing og sykepleiers vurdering. Tidsskr Nor Lægeforen 2005;10: 1349–51.
- Songe-Møller S, Saltvedt I, Hølen JC, Loge JH, Kaasa S. Smertemålinger hos eldre med kognitiv svikt. Tidsskr Nor Lægeforen 2005;13-14: 1838–40.
- Kirkevold M, Brodtkorb K, Ranhoff HA. Geriatrik sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten. Oslo: Gyldendal Akademiske, 2008.
- Husebø BS, Husebø S. De gamles siste timer og dager – II. Medikamenterell behandling av plagsomme symptom. Omsorg. 1998; 2(3): 62–68.
- Beck-Frils B. Demens urett palliativt perspektiv. Nordisk geriatrik 2008; 6: 12.
- Husebø BS, Husebø S. Får personer med demens smertelindring når de behøver det? Demens 2000; 4.
- Jordan A. Extending palliative care to patients with dementia. British Journal of Hospital Medicine 2010;71(1): 31–35.
- Nygaard HA, Jarland M. Vurdering av smerteproblemer hos personer med demens. Demens 2004; 8(4).
- Nygaard HA, Jarland M. The Checklist of Nonverbal Pain Indicators (CNPI): testing of reliability and validity in Norwegian nursing homes. Age & Ageing 2006; 35(1): 79–81.
- Husebø BS, Strand LI, Moe-Nilssen R, Husebø S, Aarsland D, Ljunggren AE. Who Suffers Most? dementia and Pain in Nursing Home Patients: A Cross-sectional Study. JAMDA 2008;9(6): 427–33.
- Buffum MD, Hutt E, Chang VT, Crane MH, Snow L. Cognitive impairment and pain management: Review of issues and challenges. Journal of Rehabilitation Research & Development 2007;44(2): 315–30.
- Hølen JC, Saltvedt I, Fayers PM, Bjørnnes M, Stenseth G, Hval B, Filbet M, Loge JH, Kaasa S. The Norwegian Doloplus-2, a tool for behavioural pain assessment: translation and pilot-validation in nursing home patients with cognitive impairment. Palliat Med 2005;19: 411–17.
- Husebø BS, Strand LI, Moe-Nilssen R, Husebø SB, Ljunggren AE. Pain behaviour and pain intensity in older persons with severe dementia: reliability of the MOBID Pain Scale by video uptake. Scand J Caring Sci 2009;23: 1–10.
- Husebø BS. Smerteevaluering ved demens. Tidsskr Nor Lægeforen 2009;129: 1996–98.
- Aambø A. Smerter. Smerteopplevelse og atferd. Oslo: Cappelen Forlag AS, 2007.
- Kaasa S. Palliasjon: Nordisk lærebok. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, 2007.
- Husebø BS, Strand LI, Moe-Nilssen R, Husebø SB, Aarsland D, Ljunggren AE. Pain in older persons with severe dementia. Psychometric properties of the Mobilization-Observation-Behaviour-Intensity-Dementia (MOBID-2) Pain Scale in a clinical setting. Scand J Caring Sci 2010;24: 380–91.
- Rustøen T, Wahl KA. Ulike tekster om smerter. Fra nocicepsjon til livskvalitet. Oslo: Gyldendal Akademiske, 2008.

Gi bort en
bedrift til jul



250,-



100,-



150,-

Med et gavekort fra CARE gir du starthjelp til verdens fattigste jenter og kvinner. Din støtte vil gi flere kvinner nye inntektsmuligheter. Ringvirkningene er store både for kvinnen selv, for hennes familie og for lokalsamfunnet. Med din hjelp kan kvinnene forandre sin verden.

Bestill årets julegaver
på www.care.no/nettbutikk
eller ring 22 99 26 00.



ALT PÅ ETT KORT



NYHET!

DRIVSTOFFRABATT

50 øre
fra første liter

Esso MasterCard er mer enn gode rabatter på drivstoff. Det er også et fullverdig kredittkort uten årsavgift, som sparer deg for penger.

Les mer om alle fordelene på nettsiden vår.

essomastercard.no
Drivstoffrabatt og mye, mye mer



Send en SMS med **SYKEPLEIERNE** og e-postadressen din til **2290** så sender vi deg søknadsskjema.

Tilbudet gjelder medlemmer av Norsk Sykepleierforbund / Drivstoffrabatt er øre/liter på pumpepris drivstoff inkl. moms / Effektiv rente ved en kreditttramme på kr 50.000 er fra 25,34 % til 26,62%

Christine Tschudi-Madsen,
førstelektorstipendiat, Insti-
tutt for sykepleie, Høgskolen i
Oslo og Akershus.

Ellen Mathisen Stenling,
fagutviklingssykepleier,
Avdeling for kreftbehandling/
Klinikk for kreft og kirurgi, Oslo
universitetssykehus HF.

Vigdis Granum, førsteama-
nuensis, Institutt for sykepleie,
Høgskolen i Oslo og Akershus.

Hilde Eide, professor,
Avdeling helsefag, Høgskolen
i Buskerud.

Kreftpasienter risikerer

Å registrere og kartlegge kreftpasienters ernæring
tidlig i behandlingsforløpet kan forebygge vekttap.

prosjektet «Ernæring og kreft» var målet å forbedre omsorgen til kreftpasienter i ernæringsmessig risiko. Prosjektet var et samarbeid mellom Høgskolen i Oslo og Oslo universitetssykehus (OUS). Vi ønsket å belyse hvordan ernæringsstatusen var hos inneliggende og polikliniske pasienter med kreft som fikk stråleterapi, og hvordan sykepleiere og sykepleiestudenter kunne yte kunnskapsbaserte, kvalitetssikrede intervensjoner for å bedre ernæringen. Sykepleiestudenter i 3. studieår deltok i to faser av prosjektet.

For studentene var intensjonen å få fagutviklingskompetanse gjennom å delta i prosjektet som innebar å jobbe med autentiske og relevante problemstillinger i en virkelighetsnær kontekst.

Vekttap og underernæring

Vekttap og underernæring er en vanlig sekundærdiagnose ved kreftsykdom. 50–90 prosent av kreftpasienter har vekttap (1). Dette kan være en følge av sykdommen og behandlingen. En stor andel pasienter har tapt vekt allerede ved diagnosetidspunktet og går ytterligere ned under behandling. Perioder med munnsårhet, kvalme, diaré, luft- og magesmerter og nedsatt appetitt kan føre til at den syke spiser mindre enn normalt (2). Underernæring ved kreftsykdom fører til tap av muskelmasse, nedsatt immunforsvar, tretthet, hukommessvikt, initiativløshet og inaktivitet (1). Pasientens ernæringsstatus spiller en avgjørende rolle for mulighetene til å gjennomføre behandling, for sykdomsforløpet og behandlingsresultater, samt for rehabilitering. Alvorlig underernæring kan også være vanskelig å reversere. På grunnlag av dette er det stadfestet hvor viktig det er å kartlegge og intervensjon i forhold til pasienter med kreft som får strålebehandling (3,4,5,6,7).

Sykepleiers ansvar

I avdeling for kreftbehandling ved OUS hadde det ikke vært gjort noen nyere kartlegging av pasienters ernæringsstatus mens de var innlagt eller gikk poliklinisk til strålebehandling. Av den grunn var det relevant å utføre en undersøkelse om ernæringsstatus og dokumentere omfanget av underernæring i avdelingen. Forskning dokumenterer hvor viktig det er å sikre at pasienter i en sykdoms- og behandlingsfase spiser og drikker tilstrekkelig (1,5,6,8,9). I Stortingsmelding 45 (10) fremgår det at kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene innebærer å sikre at personer får tilfredsstillende sine grunnleggende behov. At pasienten får hjelp til å få dekket sitt behov for ernæring i løpet av behandling med stråleterapi er en del av den helhetlige omsorgen og sykepleiers ansvar.

Studien var et kvalitetsutviklingsprosjekt i to faser: kartleggingsfasen og intervensjonsfasen. Den første fasen ble planlagt og gjennomført våren 2008, en tverrsnittsundersøkelse som

gikk over fem dager. Den andre fasen foregikk våren og høsten 2009. Totalt var 21 studenter fra tre studentkull involvert som prosjektdeltakere.

Utvalg og datainnsamling

Materialet i ernæringskartleggingen representerer et utvalg på 149 informanter fra stråleenheten som var under strålebehandling. 112 av pasientene var polikliniske og 37 var inneliggende. 73 menn og 76 kvinner besvarte spørsmålene, og alderen var fra 17 til 87 år. Kartleggingen ble utført av ni sykepleiestudenter i 3. studieår, som samarbeidet med sykepleiere om å samle inn data. Prosjektlederne underviste studentene i temaet ernæring og opplæring i bruk av kartleggingsinstrumentene. Pasienter svarte på spørreskjema vedrørende ernæringsstatus og symptomer, Subjective Global Assessment of Nutritional Status (SGA) (11), samt helseopplysninger (Helseskjema SF-12) (12) og sosiodemografiske opplysninger. I tillegg var det spørsmål om pasientene hadde fått informasjon om ernæring, og i så fall hvem som hadde gitt denne informasjonen.

SGA er et instrument som er testet for reliabilitet (1,11), i tillegg hevder man at det er lettere å anvende for utrente utøvere enn andre instrumenter (13). Sykepleiestudentene var også hjelpelige med å gjennomføre selve spørreskjemaundersøkelsen i den forstand at de var tilgjengelige for eventuelle avklaringer. På denne måten forsøkte vi å sikre kvalitet på gjennomføringen. Likevel viser kartleggingen at det er noen skjemaer som er mangelfullt utfylt. På tross av gjennomgang med studenter, kan det ha vært vanskeligheter med utfyllingen, som dermed har gitt lavere svarprosent på noen av spørsmålene i spørreskjemaet. Ribu m.fl. (14) viser til en viss usikkerhet og uoverensstemmelse i registreringer når sykepleiere og studenter screener pasienter for ernæringsstatus. En mulig forklaring kan være at de impliserte har for lite erfaring og trening med selve instrumentet, eller at de har ulik kjennskap til pasientene.

Det begrensede antallet informanter i kartleggingsfasen gjør det vanskelig å trekke valide slutninger av resultatene. Men som pilotprosjekt kan det ha overføringsverdi og gi grunnlag for å gjøre undersøkelser med større omfang, for eksempel på sykehusets polikliniske avdeling.

Utarbeiding av tiltaksplan

I prosjektets andre fase arbeidet ni studenter og fire sykepleiere med å fremskaffe forskningsbaserte tiltak om ernæring til pasienter som mottar strålebehandling. Arbeidet baserte seg på en modell for kunnskapsbasert praksis (15) hvor både forskningsbasert kunnskap, klinisk erfaring og pasientens preferanser er inkludert. Denne delen av prosjektet pågikk over en ti ukers praksisperiode.

www.sykepleien.no

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

Søkeord:

- ▶ Kreft
- ▶ Ernæring
- ▶ Underernæring
- ▶ Prosjektarbeid



underernæring

Studentene ble veiledet av prosjektlederne og av bibliotekar i å søke etter forskningsartikler, og kritisk vurdere disse ved hjelp av anerkjente sjekklistor (16). Den påfølgende studentgruppen brukte litteraturgjennomgangen som utgangspunkt for videre å utarbeide tiltaksplan. I tillegg innhentet og kategoriserte de det eksisterende ernæringsmaterialet på sykehuset, og benyttet retningslinjer fra norske og internasjonale ernæringsorganisasjoner i sin sammenfatning av tiltaksplanen.

Resultater

Datamaterialet gir grunnlag for å undersøke flere ulike forhold hos utvalget. Funnene i denne artikkelen er rettet mot to områder: Ernæringsstatus og kostveiledning. De mest representative diagnosene i utvalget var cancer mammae og cancer prostata. Andre diagnoser pasientene hadde var tumor cerebri, cancer i gastrointestinal tractus og urologiske og gynekologiske krefttyper. Tidspunktet for hvor i behandlingsforløpet pasienten befant seg ble delt inn i tre kategorier med fordeling av respondenter som beskrevet i tabell 1 (under).

Ernæringsstatus

Helhetsbilde av de undersøkte pasientene viser at de som får strålebehandling har en noe bedre ernæringsstatus enn forventet. Matinntak den siste måneden var uendret for 64 prosent og mindre enn vanlig for 28 prosent av informantene. 6 prosent hadde

TABELL 1: Kategorier for behandlingsforløpet.

Behandlingsforløp	N=145
Nylig startet	47
Ca. midtveis	47
Mot avslutning	42
Avsluttet	9

Matinntak og symptomer blir relatert til disse kategoriene.

TABELL 2: Matinntak relatert til behandlingsforløp.

Spiser:	Uendret	Mindre enn vanlig
Nylig startet behandling	66%	27,7%
Ca. midtveis i behandling	68,1%	27,7%
Mot avslutning av behandling	58,5%	31,7%

TABELL 3: Vekttap per person.

Ufrivillig vekttap	1-5 kg	6-10 kg	11-34 kg
N= 44	17	19	8

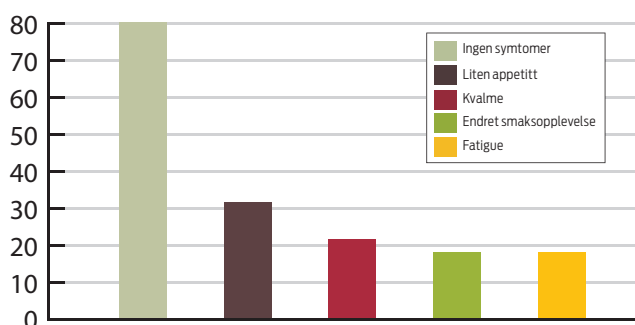


DIAGRAM 1: Symptomer (N=149)

økmatinntak. Ser man på matinntak i forhold til hvor pasientene var i behandlingsforløpet, lå svarprosenten gjennomgående høyest på uendret matinntak (Se tabell 2).

Medikamentpåvirkning (som for eksempel kortikosteroider) kan ha påvirket de 6 prosentene som hadde økt matinntak. Av de pasientene som spiste mindre enn vanlig, oppga 44 respondenter at de hadde hatt ufrivillig vekttap. (Se tabell 3.)

17 av disse pasientene oppga ett-fem kilo, mens åtte pasienter oppga så mye som 11-34 kilo i vekttap. Funnene viser symptomer sett i forhold til matinntak og vekttap den siste måneden. Respondentene fikk spørsmål om å krysse av på en liste over problemer som hadde hindret dem fra å spise tilstrekkelig. De symptomene som ble rapportert hyppigst var at maten smakte annerledes, kvalme, dårlig appetitt og fatigue. (Se diagram 1 over.)

Kostveiledning

De viktigste tendensene i datamaterialet er den delen som berører manglende informasjon om forebygging og lindring av kostrelaterte plager, og informasjon om forebygging av vekttap. På spørsmål om «har du fått informasjon om forebygging og lindring av kostholdsrelaterte symptomer og vekttap?» oppga 83 av 130 respondenter at de ikke hadde fått informasjon om det. 82 uttalte at de ikke fikk informasjon om hvordan symptomer relatert til kosthold kan lindres, og 90 rapporterte at de ikke hadde fått informasjon om hvordan vekttap kan forebygges. Ved avslutning av behandlingen var det fortsatt 83 pasienter som svarte at de ikke hadde fått noen informasjon. Opptil 29 pasienter hadde ikke svart på spørsmål vedrørende kostveiledning. Det kan skyldes uvisshet om hva som ligger i begrepene å forebygge og lindre kostproblemer. Til tross for manglende svar på dette spørsmålet, gir resultatene likevel en indikasjon på at informasjon til denne pasientgruppen ikke er tilstrekkelig. (Se tabell 4, neste side.)



TABELL 4: Informasjon til pasientene.

INFORMASJON OM:	N = 149 (missing)	Har fått	Har ikke fått
Forebygging av symptomer relatert til kosthold	130 (19)	47	83
Lindring av symptomer relatert til kosthold	120 (29)	38	82
Forebygging av vekttap	123 (26)	33	90

På spørsmål om hvem som ga dem informasjonen, oppga respondenterne at det var sykepleier eller sykepleier og lege sammen. Derimot var ernæringsfysiologer meget lite representert. Kun to personer (n=93) oppga å ha fått informasjon av ernæringsfysiolog.

Resultatet av intervensjonsfasen kan beskrives i en kunnskapsbasert tiltaksversikt som ble utarbeidet av studentene. Denne besto av kildehenviste tiltak mot underernæring, med konkrete anbefalinger til kreftpasienter. Den var kategorisert i: kartlegging/screening, kostholdsveiledning, næringstett mat og omgivelser/sosialt. Tiltaksversikten ble gjennomgått av enhetsleder, to ernæringsfysiologer samt kostombudet på den aktuelle sengeposten. Faglunsjer og internundervisning ble brukt som fora for å arbeide med hvilke spesifikke tiltak som kunne bli aktuelle å implementere.

Diskusjon

Ernæringsstatusen hos pasienter som får strålebehandling syntes å være bedre enn forventet. Det var høy svarprosent på uendret matinntak, men det forekom ufrivillig vekttap hos 44 av pasientene. Hos disse var endringen imidlertid alarmerende. Dette må ses i lys av den reduserte livskvaliteten og den svekkete muligheten for gjennomføring av behandling som underernæring kan medføre (1,8). Flere studier viser til at bivirkninger av strålebehandling

Flere studier viser til at bivirkninger av strålebehandling forårsaker et gjennomgående lavere mat- og energiinntak.

forårsaker et gjennomgående lavere mat- og energiinntak (1,17,18). To ulike faktorer har imidlertid virket inn på resultatene av denne kartleggingen. Det ene er hvor i behandlingsforløpet pasientene befant seg under kartleggingen, og det andre var den skjeve fordelingen mellom pasienter fra poliklinikken og fra sengepostene. De polikliniske pasientene utgjorde hoveddelen av utvalget. Den lave andelen av pasienter fra sengeposter som deltok henger sammen med at sengepostene hadde planlagt redusert inntak av pasienter i den aktuelle uken hvor kartleggingen fant sted. Så mye som 62 prosent av pasientene var i startfasen og midtveis i behandlingen. Dette kan også ha gitt utslag i lite utfall av symptomer, ubehag ved matinntak og vektendring. Hadde utvalget vært større og hadde det bestått av flere inneliggende pasienter på sengeposter, ville resultatene trolig vært mer i samsvar med eksisterende forskning (1,2,5,17).

Lite kostveiledning

Resultatene viser lite kostveiledning og manglende tverrfaglig samarbeid med ernæringsfysiologer. Dette må også ses i sammenheng med en høy andel polikliniske pasienter og hvor langt pasientene var i kommet i behandlingen. Men det utelukker likevel ikke en vurdering av kostholdsveiledning på et tidlig

tidspunkt som kan ha en forebyggende intensjon. Nærliggende spørsmål er når er det mest hensiktsmessig å informere pasienter om temaet kosthold? Når tar pasientene til seg forebyggende råd om hva som er gunstig mat og drikke i forhold til sykdommen og for å unngå plager? Thoresen (1) understreker i sin forskning betydningen av forebyggende tiltak i forbindelse med ernæring og vekttap. Man vil oppnå best resultat når intervensjonene settes inn før pasienten har mistet for mye vekt og før behandling starter. Det er mye nytt å forholde seg til ved førstegangs innleggelse, og pasienten er ofte i en fase av sykdommen hvor hun eller han er lite mottakelig for annet enn det som er helt nødvendig og mest nærliggende. Den høye andelen av respondenter som oppga at de ikke hadde fått informasjon om forebygging og lindring av kostrelaterte symptomer, kan ses i lys av pasientenes mottakelighet for informasjon. At den er gitt, er ikke ensbetydende med at den er mottatt av pasienten. Ifølge pasientrettighetsloven § 3–5 (19) har helsepersonell ansvar for å sikre at informasjon har nådd fram. Ravasco (6) hevder at samtaler og rådgivning rundt ernæring tilpasset den enkelte pasient, er én viktig intervensjon for å kunne forbedre ernæringsstatus og mestring rundt ernæring hos pasienter med kreft. Kostveiledning kan gi pasienter opplevelsen av å handle aktivt i forhold til egen sykdom, noe som igjen kan bli svært viktig i forhold til deres livskvalitet (1,8).

Forskning i praksis

Resultatet av prosjektets andre fase var studentenes og sykepleiernes forslag til implementering av forskningsbaserte tiltak i praksis. Å oppøve kritisk holdning til hva som er holdbar kunnskap, er viktig kompetanse i profesjonsutdanningen (15,20). På den aktuelle avdelingen på OUS er tiltakene i første omgang rettet mot etablering av rutiner med å kartlegge og diagnostisere underernæring på et tidlig tidspunkt. NRS 2002 er foreslått som et anerkjent og vel utprøvd verktøy internasjonalt (21). Her blir det gjort en vurdering av risikograd, utregning av body mass index (BMI) og utregning av vekttap i prosent. Dette gir et godt systematisk utgangspunkt for videre oppfølging og sammenlikning underveis i behandlingsforløpet. Men det er viktig å påpeke at det finnes andre screeningsverktøy, og at det bør velges et instrument som er hensiktsmessig for avdelingene og sykepleierne i praksis, samt at det er testet for validitet og reliabilitet. Screening som tiltak understøttes av Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring (7). Evidence based practice Guidelines for the Nutritional Management of patients Receiving Radiation Therapy (3) understøtter også betydningen av screening og kostholdsveiledning som ledd i å opprettholde optimal ernæringsstatus. De norske retningslinjene anbefaler å vurdere ernæringsmessig risiko på alle pasienter i spesialisthelsetjenesten for å fange opp personer som står i fare for å utvikle feil- og underernæring, og deretter følge opp pasientene regelmessig (7). Ifølge retningslinjene er å dokumentere ernæringsstatus en nødvendig del av det kliniske undersøkelses- og behandlingstilbudet. Personer i ernæringsmessig risiko skal ifølge retningslinjene ha en individuell ernæringsplan med dokumentasjon av ernæringsstatus, behov, inntak og tiltak.

Sykepleiers bidrag

Retningslinjene er utformet fra et faglig så vel som juridisk ståsted. Forsvarlighetskravet i Helsepersonelloven § 4 er tydelig på at helsepersonell skal sikre at pasienter får ivarettatt grunnleggende helsemessige behov (22). Sykepleiere har en sentral rolle i behandlingen av pasienter med kreftsykdom, da det er de som står for den helhetlige omsorgen gjennom behandlingsperioden (23),

herunder også ernæringsmessige forhold. Sykepleierens bidrag handler imidlertid også om et godt samarbeid med behandlingsapparatets ulike profesjoner, som har medansvar og betydning for at ernæringsbehovet skal følges optimalt.

Konklusjon

Med et helsevesen som stadig er i endring og spesialiseres, er det behov for kvalifiserte og kompetente sykepleiere som kan reflektere over og kritisk vurdere sin praksis. Sykepleiere har en nøkkelrolle i det forebyggende arbeidet med å opprettholde ernæringsstatus hos pasienter, slik at de er bedre rustet i forhold til sykdom og behandling. Prosjektet gjorde det mulig for studenter og sykepleiere å anvende forskningslitteratur og integrere forskningsresultater og kunnskapsbasert viten i sitt daglige virke. Gjennom fagutviklingsprosjektet fikk studenter medvirket i å avdekke manglende rutiner knyttet til kostintervensjoner og i samarbeid med sykepleiere foreslått forskningsbaserte tiltak som kostveiledning og screening av pasienter på et tidlig stadium i behandlingsforløpet. Dette kan styrke antakelsen om behovet for økt kunnskap om ernæring blant sykepleiere. Det er også nødvendig med mer satsning på implementering av gode intervensjoner, som screening av pasientgrupper spesielt utsatt for endringer i ernæringsstatus. ■■■

Takk til sykepleiestudentene og sykepleiere på OUS som deltok og bidro til gjennomføringen av prosjektet.

LITTERATUR

1. Thoresen L, Paulsen B, Fossbakk R. Kartlegging av ernæringsstatus blant kreftpasienter ved en kreftpoliklinikk. *Kreftsykepleie* 2003;1: 12–15.
2. Haugen E. Omsorg for pasienter som får strålebehandling. Fagserie i Kreftomsorg. Oslo: Kreftforeningen, 2001.
3. Dietitians Association of Australia. Evidence-Based Practice Guidelines for the Nutritional Management of Patients receiving Radiation Therapy. *Journal of Dietitians Association of Australia* March 2008.
4. Arends J, Bodoky G, Bozzetti F, et. al. ESPEN Guidelines on enteral Nutrition: non-surgical oncology. *Clinical Nutrition* 2006; 25:245–59.
5. Ravasco P, Monteiro-Grillo I, Vidal P M, Camilo M E. Nutritional deterioration in cancer: the role of disease and diet. *Clinical Oncology* 2003;15: 443–450.
6. Ravasco P. Aspects of taste and compliance in patients with cancer. *European Journal of Oncology nursing* 2005; 9(2): 84–91.
7. Helsedirektoratet. Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring. 06/2009. Oslo: Helsedirektoratet, 2009.
8. Ovesen L, Hannibal J, Mortensen EL. The interrelationship of weight loss, dietary intake, and quality of life in ambulatory patients with cancer of the lung, breast, and ovary. *Nutrition Cancer* 1993; 19(2): 159–67.
9. Kaasa S, Thoresen L. Kosthold og kreft. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1998; 118: 3399.
10. St. meld. nr. 45 (2002–2003) Betre kvalitet i dei kommunale pleie- og Omsorgstjenestene.
11. Detsky AS, McLaughlin JR, Johnston N, Whittaker S, Mendelson RA, Jeejeebhoy KN. What is subjective global assessment of nutritional status? *JPN Journal Parenter Enteral Nutrition* 1987; 11: 8–13.
12. Ware JE, Kosinski M, Turner-Bowker D, Gandek B. How to Score Version 2 of the SF-12 Health Survey. 2002 Lincoln, RI: QualityMetric Incorporated.
13. Kyle U, Kossovsky MP, Karsegard VL, Pichard C. Comparison of tools for nutritional assessment and screening at hospital admission: A population study. *Clinical Nutrition* 2006; 25 (3): 409–417.
14. Ribu L, Trollebø E, Alstad E, Bratlie S, Lnadfald G, Lykke P, Fagermoen MS. Er det samsvar i registreringene når sykepleiere og studenter screener pasienter for ernæringsstatus? *Sykepleien Forskning* 2010; 5(2): 120–128.
15. Nortvedt MW, Jamtvedt G, Graverholt B, Reinart LM. Å arbeide og undervise kunnskapsbasert – en arbeidsbok for sykepleiere. Oslo: Norsk Sykepleierforbund, 2007.
16. <http://www.kunnskapsenteret.no/Verkt%C3%BBy/2031.cms>. Sjekkliste for vurdering av forskningsartikler
17. Laky B, Janda M, Bauer J, Vavra C, Clegghorn G, Obermair A. Malnutrition among gynaecological cancerpatients. *European Journal of Clinical Nutrition* 2007; 61: 642–46.
18. Guren MD, Tobiasen LB, Trygg KU, Dreven CA, Dueland S. Dietary intake and nutritional indicators are transiently compromised during radiotherapy for rectal cancer. *European Journal of Clinical Nutrition*. 2006; 60: 113–19.
19. Norges offentlige utredninger. Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2004.
20. Kirkeveid M. Vitenskap for praksis? Oslo: Ad Notam Gyldendal, 1996.
21. Kondrup J, Allison SP, Elia M, Vellas B, Plauth M. ESPEN guidelines for Nutrition screening 2002. *Clinical Nutrition* 2004; 23(1): 131–2.
22. Norges offentlige utredninger. Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 1999.
23. Løvhaugen ABF, Mediå E. Omsorg for pasienter som får Cytostatikabehandling. Fagserie i Kreftomsorg. Oslo: Kreftforeningen, 1999.



Berørt
Mette Grøholdt

349,-

Stadig flere nordmenn overlever kreft, men sykdommen er med deg for alltid.

Når kreften rammer både en og to og tre ganger, snus livet på hodet for Mette Grøholdt og hennes nærmeste. Første gang hun får diagnosen livmorkreft, er hun 42 år og bor i Oslo sammen med mann og tre barn. Vi følger henne og familien gjennom fire dramatiske år, fram til forsoning med en tilværelse som plaget overlever.

«Usminket og imponerende. Bravo!»

Jon Michelet, *Klassekampen*

«En rå, følsom og ærlig bok om samliv med kreft.»

Per Fugelli

«Anbefales på det sterkeste»

Norsk Sykepleierforbund, *SIS*



Evig din
Eva Tryti

349,-

Er det håp for varige parforhold? Må de kjennes døde eller destruktive etter en tid? Og hvorfor går så mange seriøse forhold i stykker?


GYLDENDAL

Elisabeth Flo, Nasjonalt kompetansesenter for søvn sykdommer, Haukeland Universitetssykehus og Institutt for samfunnspsykologi, Universitetet i Bergen.

Nils Magerøy, Uni helse, Bergen og Yrkesmedisinsk avdeling, Haukeland Universitetssykehus.

Bente Elisabeth Moen, Yrkesmedisinsk avdeling, Haukeland Universitetssykehus og Institutt for samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Bergen.

Ståle Pallesen, Nasjonalt kompetansesenter for søvn sykdommer, Haukeland Universitetssykehus og Institutt for samfunnspsykologi, Universitetet i Bergen.

Bjørn Bjorvatn, Nasjonalt kompetansesenter for søvn sykdommer, Haukeland Universitetssykehus, Institutt for samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Bergen.

FARLIG TRØTT: Sykepleiere som har flere nattevakter i året har større risiko for å bli depressive. Illustrasjonsfoto: Scanpix



Nattarbeid gir helseproblemer

www.sykepleien.no

Les mer og finn litteraturreferanser på våre nettsider.

Søkeord:

- » Arbeidstid
- » Sykepleier
- » Turnus
- » Søvn
- » Spørreundersøkelse



Mange sykepleiere i turnus har problemer med søvn og trøtthet.

Hvordan påvirker skiftarbeid søvn og helse? 3000 sykepleiere deltar i et pågående forskningsprosjekt som gir svar på dette. I denne artikkelen presenterer vi prosjektet og et utvalg av forskningsresultatene så langt.

Flerårig studie

«Spørreundersøkelsen om skiftarbeid, søvn og helse hos sykepleiere» (SUSSH) er en flerårig studie av norske sykepleiere der det samles inn informasjon om arbeidsforhold, sivil status, livsstil, søvn, døgnrytmeforstyrrelser, helse og personlighetstrekk. Skiftarbeid og andre fleksible arbeidstider er utbredt i vårt samfunn, til tross for at skiftarbeid er assosiert med en rekke helseproblemer. Det er gjort få undersøkelser som ser på hvordan skiftarbeid påvirker søvn og helse over lengre tid. Sykepleiere er en stor yrkesgruppe på om lag 87 000 sysselsatte i Norge. Da mange av disse jobber skift er det viktig å kartlegge hvordan arbeidsordningene kan innvirke på søvn og helse.

Det er store forskjeller med hensyn til hvordan skiftarbeid organiseres. I SUSSH-undersøkelsen ønsker vi å se nærmere på hvilke karakteristikk ved arbeidsorganiseringen (arbeidstidsordning, arbeidstimer, stillingsprosent, antall nattevakter og så videre) som er uheldig og hvilke som er bra for søvn, helse og trivsel. Selv om skiftarbeid har vært knyttet til negative helsemessige konsekvenser, er det mange skiftarbeidere som ikke opplever store problemer knyttet til arbeidstidsordningen sin.

Individuelle forskjeller

Individuelle forskjeller påvirker også hvordan man takler skiftarbeid. For eksempel kan A-mennesker (morgenmennesker) trolig oppleve lite problemer med tidlige dagskift, mens B-mennesker sannsynligvis lettere takler nattevakter. Andre individuelle forskjeller som man antar vil påvirke toleranse for skiftarbeid er blant annet hvor fleksibel man er med hensyn til endringer i døgnrytme. Sykepleierne har svart på spørsmål om slike preferanser og dette kan blant annet knyttes til ulike karakteristikk ved jobben (for eksempel stillingsprosent, arbeidstidsordning og så videre). Enkelte studier har også vist kjønnsforskjeller, der menn har tålt skiftarbeid bedre enn kvinner. Kvinner har generelt sett mer søvnproblemer enn menn, særlig i og etter overgangsalderen. Samtidig kan for eksempel ulik arbeidsfordeling i husholdningen påvirke disse kjønnsforskjellene. Vi mennesker har ulike biologiske forutsetninger for å tåle skiftarbeid.

Mål

Viktige forskningsmål i SUSSH-prosjektet er å studere:

- » Sykepleieres søvn og helse knyttet til skiftarbeid over ti år
- » Individuelle og jobbrelaterte egenskaper som påvirker toleranse for skiftarbeid
- » Sammenhengen mellom gener som styrer døgnrytmen og helse knyttet til skiftarbeid
- » Biologiske mål knyttet til skiftarbeid (stoffskifteforstyrrelser, immunforsvar og hjerte/karsykdommer)
- » Menstruasjon og svangerskap knyttet til skiftarbeid

I november 2008 fikk 5400 sykepleiere med medlemskap i Norsk Sykepleierforbund (NSF) tilsendt et spørreskjema. Disse var først og fremst rekruttert fra sykehus. I 2009 fikk ytterligere 3000 nyutdannete sykepleiere også tilsendt spørreskjemaet. Sykepleiere som er med i undersøkelsen er fra hele landet. Målet vårt er å følge deltakerne i ti år.

Spørreskjema

Spørreskjemaet er omfattende og omhandler demografiske variabler (kjønn, alder, barn, sivilstatus), arbeidsforhold (arbeidstidsordning, stillingsprosent, bierverv, pendling og så videre), sosiale aspekter ved

jobben (mobbing, trivsel, arbeidsmiljø), søvnproblemer, døgnrytme-forstyrrelser, psykiske vansker, utmattelse, selvopplevd helse, bruk av medikamenter og alkohol, røyking, inntak av koffein, trening, vekt samt data angående menstruasjon, prevensjon og svangerskap. Deltakerne vil årlig få tilsendt et spørreskjema, noe som gir et detaljert bilde av hvordan yrkesliv og helse utvikles over tid.

Deltakerne

Rundt 3000 sykepleiere av til sammen 8400 inviterte svarte på spørreskjemaene som ble sendt ut. Dette var færre enn vi hadde håpet, men det er likevel nok til å gjøre viktige analyser og vitenskapelige funn. Desto viktigere er det at de som er med i undersøkelsen forsetter å svare på skjemaene vi sender ut. Heldigvis har de som deltar vært motivert og sendt inn svar også i andre og tredje runde. I andre runde var svarprosenten blant de 3000 deltakerne hele 80 prosent, noe vi er godt fornøyd med. Vi er interessert i å sammenlikne ulike arbeidstidsordninger. Det er derfor avgjørende at også de som ikke har skiftarbeid eller nattarbeid svarer på spørreundersøkelsen. Vi regner med at flere skifter både jobbstatus og arbeidstid i løpet av prosjektperioden. Endringer fra en arbeidstidsordning til en annen er viktig informasjon, og det er ønskelig at disse sykepleierne også deltar videre i prosjektet. Dette gjelder også sykepleiere som er i fødselspermisjon.

Kvinnehelse

Til nå har vi i tillegg til spørreskjemaet gjennomført to delprosjekter. Vi har samlet inn spyttprøver fra 727 deltakere. Disse prøvene vil gi innsyn i om eventuelle genetiske forskjeller i gener som styrer døgnrytmer er relatert til hvordan man takler skiftarbeid.

SUSSH-prosjektet fokuserer blant annet på kvinnehelse. Spørsmål

TABELL 1: Resultater – skiftarbeid, søvn og helse

- » Søvn og søvnighetsproblemer i forbindelse med skiftarbeid er vanlig blant norske sykepleiere; i alt 37,5 % av deltakerne i vår studie hadde skiftarbeidslidelse (tabell 3).
- » Å ha skiftarbeidslidelse hadde mer å si for opplevd helserelaterte livskvalitet, enn deltagerens arbeidstidsordning.
- » Det var en sammenheng mellom økt antall nattevakter og økt kroppsmasseindeks.
- » Personlige preferanser som for eksempel leggetid var knyttet til hvor godt man taklet ulike skift- og turnusordninger

TABELL 2: Fordeling av sykepleiere på arbeidssted og arbeidstidsordning

Arbeidsplass	Forekomst i prosent
Sykehus/polikliniske avdelinger	75,6
Psykiatriske sykehus /polikliniske avdelinger og ambulante tjenester	13,6
Sykehjem	3,6
Hjemmesykepleien	3,7
Helsestasjoner	0,1
Annet	2,8
Arbeidstidsordning	Forekomst i prosent
Fast dagskift	7,3
Dag/kveld (toskiftsrotasjoner)	25,2
Fast nattskift	8,3
Dag/kveld/natt (treskiftsrotasjoner)	56,4
Andre skiftordninger med nattevakter	2,9



angående menstruasjon, svangerskap og bruk av prevensjonsmidler er med i spørreskjemaene. I tillegg til dette har en gruppe av sykepleierne i denne studien fylt ut menstruasjonsdagbok i tre måneder. Vi har samlet inn 219 menstruasjonsdagbøker som gir oss data på deltakernes menstruasjonssyklus. Dette vil kunne gi informasjon om hvorvidt menstruasjonens regelmessighet påvirkes av skiftarbeid. Dataene fra begge disse delprosjektene er enda «ferske» og analyser pågår nå.

Resultater

En oppsummering av SUSH-prosjektets funn knyttet til skiftarbeid, søvn og helse er presentert i tabell 1 (se forrige side). Sykepleierne i SUSH-undersøkelsen har ulike arbeidstidsordninger og arbeidsplasser (se tabell 2 på forrige side). Siden vi hovedsakelig kontaktet sykepleiere ved sykehus er denne gruppen stor i undersøkelsen. Rundt

Det er ikke nødvendigvis arbeidstidsordningen alene som påvirker helse og livskvalitet.

90 prosent av deltakerne er kvinner, noe som stemmer overens med kjønnsfordelingen blant sykepleiere i Norge.

Hittil har vi gjennomført analyser basert på data fra første og andre runde av undersøkelsen. Vi arbeider kontinuerlig med nye analyser. Ikke bare skiftarbeid og helse, men også arbeidsmiljø studeres. Vi vil nå fokusere på funnene vi har gjort relatert til skiftarbeid, søvn og helse.

Søvnproblemer

Søvn- og trøtthetsproblemer er svært vanlig blant skiftarbeidere. Vi undersøkte forekomsten av søvn- og søvnighetsproblemer knyttet til arbeidstidsordningen – «skiftarbeidslidelse» (se tabell 3). I alt 37,6 prosent av sykepleierne i vår studie hadde en skiftarbeidslidelse. Som vist i tabell 4, varierte forekomsten av disse jobbelaterte søvn- og trøtthetsproblemer fra 6,2 prosent blant dagarbeidere til 44,3 prosent blant dem som jobbet treskiftsrotasjoner (dag/kveld/natt). Det å ha en arbeidstidsordning som inkluderer nattevakter, høy alder,

TABELL 3: Skiftarbeidslidelse

Dette er skiftarbeidslidelse: - Plager med søvnløshet (insomni) eller søvnighet - Insomni eller søvnigheten kan relateres til arbeidstidsordningen – En jobber på tider der en normalt ønsker å sove. - Symptomene må ha vart i over en måned. Les mer i «Døgnrytmeforstyrrelser», Pallesen, S, Bjorvatn, B, Tidsskrift for den Norske Legeforening nr. 18, 2009; 129

TABELL 4: Fordeling av skiftarbeidslidelse på ulike arbeidstidsordninger

Arbeidstidsordning	Skiftarbeidslidelse – forekomst i prosent
Fast dagskift	6,2
Dag/kveld (toskiftsrotasjoner)	28,8
Fast nattskift	44,0
Dag/kveld/natt (treskiftsrotasjoner)	44,3
Andre skiftordninger med nattevakter	40,7
TOTAL	37,5

høyt antall skift med mindre enn 11 timer fri mellom skiftene, høyt antall nattevakter de siste 12 månedene, søvnløshet (insomni), angst og det å ha lett for å bli trøtt, økte sjansen for skiftarbeidslidelse. Å være en fleksibel person i forhold til sovevaner, og å være kvinne var forbundet med en lavere risiko for skiftarbeidslidelse. Disse kjønnsforskjellene skilte seg fra tidligere forskningsfunn.

Nattarbeid

Særlig nattarbeid har vært knyttet til helseproblemer. Vi studerte sammenhengen mellom antall nattevakter det siste året og kroppsmasseindeks (KMI), mosjon, røyking, alkoholbruk og koffeinbruk. Det var en sammenheng mellom økt antall nattevakter og økt KMI, men ingen sammenheng med mosjon, røyking, alkohol- eller koffeinbruk. Vi undersøkte også effekten av nattarbeid på angst og depresjon. Her fant vi en tendens til at flere nattevakter i året ga økt forekomst av depresjon.

Til tross for at nattevakter kan ha uheldige helseutfall er det ikke nødvendigvis arbeidstidsordningen alene som påvirker helse og livskvalitet. Vi sammenliknet sykepleiere med og uten skiftarbeidslidelse med hensyn til helserelatert livskvalitet. Vi fant at det å ha skiftarbeidslidelse hadde mer å si for deres helserelaterte livskvalitet, enn arbeidstidsordningen alene. Dette viser at hvordan hver enkelt-person takler arbeidstidsordningen også er viktig for helse og trivsel.

«Skiftarbeidstoleranse» kan måles ved å se på grad av tretthet, søvnighet, angst og depresjon. Vi fant sammenhenger mellom ulike personlighetsmål og skiftarbeidstoleranse. For eksempel hadde morgenmennesker mindre søvnløshet (insomni) og depressive symptomer. Høy fleksibilitet i forhold til endringer i døgnrytme var også assosiert med mindre insomni. Vi undersøkte også hvordan slike individuelle forskjeller var relatert til «skiftarbeidstoleranse» over ett år. Da fant vi at fleksibilitet beskyttet mot angst over tid. Samlet viser funnene at ulike personlige egenskaper påvirker hvordan den enkelte tåler skiftarbeid.

Prosjektets framtid

Det er mange potensielle problemstillinger som kan undersøkes nærmere med data fra SUSH-prosjektet. Etter hvert som årene går vil vi få flere verdifulle data om endringer over tid knyttet til skiftarbeid, søvn og helse. Samtidig har vi ikke identiske spørreskjema for hver runde, og vi får inn ny og viktig informasjon for hvert år. En utfordring for de fleste forskningsprosjekter er finansiering. Vi har fått midler som dekker de tre første rundene, og er nå i en søknadsprosess for videre finansiering. Da resultatene fra dette prosjektet er av mulig betydning for sykepleieres framtidige arbeidssituasjon, har vi kontinuerlig samarbeidet med NSF. Vi har også fått viktig hjelp fra NSF med midler til utsendelse av spørreskjemaene.

En annen viktig utfordring er å sikre fortsatt deltakelse i årene som kommer. For å kunne studere skiftarbeid og helse over tid er det av stor betydning at nok sykepleiere deltar. Denne studien er viktig ikke bare for sykepleiere verden over, men også for andre skiftarbeidere. Vi er positive og håpefulle til at de 3000 sykepleierne som til nå har deltatt, også svarer på de kommende spørreskjemarundene.

Vi planlegger også nye delprosjekter der vi kontakter en mindre gruppe av deltakerne for å gjennomføre mer inngående studier. Et viktig mål for oss er å få sett nærmere på sammenhengen mellom skiftarbeid og stoffskifteforstyrrelser, immunforsvar samt risiko for hjerte- og karsykdommer. For å kunne gjennomføre dette må vi ta blodprøver. Dette har tidligere vist seg å være vanskelig å få deltakere med på. Sykepleiere er imidlertid en engasjert yrkesgruppe – og vi håper å motivere flere hundre sykepleiere til å delta. Med tiden vil funn fra denne studien sammen med liknende internasjonal forskning gi resultater som kan bedre situasjonen for skiftarbeidere. ■■■

Forsker for mindre stress om natten



Sykepleiere kan ikke slutte å jobbe natt. – Men ved å finne mer ut om helserisiko, kan arbeidet legges bedre til rette, sier søvnforsker Elisabeth Flo. Tekst og foto Marit Fonn

PRAKTISK: – Sykepleierne i studien gjør en innsats for alle sykepleiere, sier Elisabeth Flo, som er ute etter funn som har praktisk nytte.

Flo, som er delforfatter av artikkelen på side 70 til 72, er psykolog og stipendiat. Hennes forskningsfelt er søvnproblemer relatert til skiftarbeid. I USA er skiftarbeidslidelse en akseptert diagnose.

– Men her er den omdiskutert. Man kan diskutere hva som er en naturlig reaksjon på arbeidstidsordningen og hva som representerer et større problem, altså en lidelse.

Hun viser til at over 37 prosent av sykepleierne i undersøkelsen har denne lidelsen.

– Sier de det selv?

– Vi spør om de har problemer med å sovne eller å være trøtt, om de opplever at dette er knyttet til arbeidssituasjonen og om det har vart over én måned.

Flo synes det er minst like interessant at 60 prosent sier de ikke har problemer.

– Det betyr at mange er flinke til å tilpasse seg skift- og turnusarbeid.

Økt kroppsmasse

Funnene viser at kvinner har mindre

risiko for skiftarbeidslidelse enn menn. Disse kjønnsforskjellene er motsatt av det som tidligere er vist.

– Hvorfor?

– Under 200 menn er med i studien. Derfor er det vanskelig å konkludere om kjønn. Men likestillingen i Norge kan også ha visket ut kjønnsforskjeller. Ifølge gammelt kjønnsrollemønster gikk gjerne kvinner

pen til å dra ut og jogge. Det blir gjerne et større tiltak enn for andre.

Håper informantene fortsetter

Flo håper informantene holder ut og fortsetter å stille i nye runder.

– Det er viktig for å kunne komme fram til forskningsresultater. De gjør en innsats for alle sykepleiere.

– Får de ellers noe for å delta?

Enkelte bør kanskje jobbe mindre natt. Og hvem er de?

Forsker Elisabeth Flo

rett fra nattevakt for å levere barn i barnehagen. Nå deler man på denne oppgaven.

– Jo flere nattevakter en sykepleier har, desto større er risikoen for økt kroppsmasseindeksen, ifølge undersøkelsen. Hva skyldes det?

– En rekke metabolske prosesser blir påvirket av nattarbeid. På nattarbeid spiser man mer usunn mat, og man føler seg for groggy i krop-

pen til å dra ut og jogge. Det blir gjerne et større tiltak enn for andre.

Siden informantene er sykepleiere, tror hun de har mindre motstand enn andre for å la seg teste. Noen av dem vil for eksempel bli bedt om å avgi blodprøve.

– Det er for å se om skiftarbeid påvirker stoffskiftet, immunforsvaret og risiko for hjerte- og karsykdommer.

Det ser ut som om de som jobber mest natt er mest motivert for å være med i studien.

– Hva vil dere egentlig oppnå?

– Vi vil ende opp med noe praktisk. Som hvordan legge opp arbeidet for å minimalisere stress. Hvis det er en reell helserisiko å jobbe skift, vil vi vite mer om hvordan ulike faktorer ved arbeidet påvirker skiftarbeiderne. Kanskje kan endringer i arbeidssituasjonen fremme helse. Vi er jo avhengig av at sykepleiere jobber natt. Vi kan ikke si at de skal slutte med det. Men enkelte bør kanskje jobbe mindre natt. Og hvem er de? Noen tåler det godt, andre bør tillate seg å kjenne etter. Her er mange variabler.

Kreftfare er ikke del av denne undersøkelsen.

– Det er ikke nok deltakere for å finne ut av det. Men vi vil se på helse over tid. Og vi kan nå sammenlikne dem som går to skift med dem som går tre eller dem som bare jobber på dagtid, sier Flo. ■■■



Marta Breen

Aktuell med: Rosa streker, røde tall.

Jakten på hva som feiler verdens beste helsevesen

Yrke: Journalist og forfatter

Bosted: Manglerud i Oslo

– Skrev for den

Marta Breen har skrevet en bok om det norske helsevesenet. Men ekspert, det vil hun ikke kalle seg.

Tekst **Kristin Mainitz** Foto **Stig Weston**

Vårsola sender noen blendende stråler inn gjennom det lille baderomsvinduet, men jeg kan likevel se det helt tydelig: En svaaak rosa strek på den hvite testpinnen jeg holder i hånda. Dunk-dunk. Dunk-dunk.»

Slik beskriver journalist og forfatter Marta Breen, i boken «Rosa streker, røde tall.», hvordan hun fant ut at hun ventet sitt andre barn.

– Jeg klargjør for manglene i Helse-Norge i dag. Samtidig bruker jeg min graviditet som en rød tråd underveis.

At Breen skulle skrive en bok om helse, kom nok overraskende på mange. Tidligere hoppet hun over sidene med helsestoff i avisene, og hadde generelt liten kontakt med helsevesenet. Det var først i 2006, da hun hadde født sitt første barn og lå innlagt på Ullevål sykehus i ni dager, at bokideen begynte å spire.

– Jeg la merke til at det var kamp om å få sengeplass, og at de stakkars jordmødrene dag etter dag måtte skuffe pasientene sine.

Fire år senere ble hun gravid igjen. Da fikk hun anledning til å undersøke nærmere hva alle varskuene fra ansatte i Helse-Norge virkelig dreiet seg om.

– I helsevesenet er det så mange

flinke ansatte, og de aller fleste i befolkningen har gode opplevelser med og varme følelser for helsearbeiderne. Det jeg først og fremst tar et oppgjør med i boken, er helsepolitikken som har blitt ført i Norge de siste 10 årene.

– Hva mener du med det?

– Jeg mener at den markedsorienterte politikken setter tryggheten på spill. Vi har et av verdens beste helsevesen, men kommer vi til å ha det om 10 og 20 år? Hvis det fortsetter i den retningen det går nå, tror jeg ikke det.

Breen løfter kaffekoppen og drikker litt, før hun setter seg tilbake i sofaen på Litteraturhuset i Oslo, og fortsetter:

– Dette med konserntankegang, foretaksmodell og anbudsregimer fungerer dårlig når vi snakker om helse og omsorg. Dette skulle jo gjøre ting så mye mer effektivt og økonomisk, og så går det motsatt vei.

I boken skriver hun om hva som skjedde da vi fikk innført den innsatsstyrte finansieringsmodellen, og om da helseforetakene overtok fylkeskommunens tidligere rolle.

Hun lener seg frem.

– Jeg tror ikke det er noen god løsning å innføre konkurranse i hvem som er mest effektive, eller å belønne dyktighet gjennom individuelle lønnstillegg. Det finnes andre måter

dama jeg var før

å motivere folk på. Det viser seg gang på gang at det å leke butikk ikke passer sammen med helse og omsorg.

En høylytt applaus sprer seg. Breen titter rundt seg. Lyden kommer fra et kurs i rommet ved siden av.

Boken, som ble utgitt i oktober 2011, skrev hun både før, under og etter sin andre graviditet.

– Jeg var ikke veldig sprek og sporty – det tar mye plass i hodet å være gravid. Å jobbe var ikke lett, men man må jo bare gjøre det.

– Var du sint underveis?

– Ikke sint, men noe av researchen gjorde meg opprørt. For eksempel det

synes jeg er et spennende grep.

Nå har hennes eldste datter blitt fire år og den yngste snart ett. Breen mener det er mye positivt å trekke frem i dagens helsevesen, og er takknemlig for det helsetilbudet hun og barna nyter godt av for øyeblikket. Men hun er likevel bekymret for framtidens.

– Jeg er redd for at utviklingen går i retning av et todelt helsevesen. Vi ser at det er en voldsom vekst på det private helsemarkedet og at stadig flere tegner privat helseforsikring. Parallelt med dette ropes det stadig om krise i det offentlige, og da kan

Det tar mye plass i hodet å være gravid.

at politikerne har kuppet gjennom en helsepolitikk som vi velgerne ikke har stemt på. At de har tredd disse reformene og omstillingene nedover hodene på landets leger og sykepleiere. Dette var opprørende å finne ut av.

På både en alvorlig og humoristisk måte, sørger hun for at selv de mest uvitende når det gjelder helsepolitikk, klarer å holde følge i boken.

– Dette var et nytt fagområde for meg. Jeg er ingen ekspert – og kommer ikke til å bli det, selv om jeg i denne perioden nok har lest mer om helse enn gjennomsnittsmennesket. Jeg har på en måte skrevet boken for den dama jeg var før.

– Hva inspirerte deg til å skrive?

– Damene jeg traff i barselgruppen, blant annet. De motiverte meg og mange har vært flinke til å dele sine historier underveis. I tillegg er jeg veldig opptatt av sakprosa som sjanger. Det å bruke seg selv i fortellingen

det føre til at folk ikke stoler på det offentlige helsevesenet.

Hun tenker litt, før hun løfter kaffekoppen igjen. Hun drikker ikke, og fortsetter:

– At folk ikke stoler på det offentlige helsevesenet, gir jo igjen et vekstgrunnlag for det private. Det blir en ond sirkel som kan føre til at vi kan miste det vi er mest stolt av her i Norge; et godt utbygd og rettferdig helsevesen, som skal hjelpe alle.

Så langt har det bare vært positive reaksjoner å hente for Breen.

– Familie og venner har gitt meg tommel opp hele veien. Alle har et forhold til helsevesenet, så jeg trengte ikke å lete lenge i researchfasen.

Nok en applaus fra naborommet. Dørene går opp og ut strømmer deltakerne fra kurset.

Breen reiser seg, takker for kaffen, og går mot utgangen. På veien blandes hun i menneskemengden. ■■■



Dit vi ikke vil

JEG HAR LEST en rekke dystopisk pregete romaner i det siste.

Dystopier er kunstneriske og litterære pessimistiske framtidshistorier der enten samfunnet, eller i verste fall verden, går under. I disse bøkene dominerer de negative trekkene ved samfunnet. Menneskeheten står gjerne ved en avgrunn der grufulle forhold og opplevelser rår. Hos meg fremmer denne litteraturen mer ettertanke enn angst.

Bøkene har vært dominert av apokalypser – dommedagsprofetier – der den økologiske katastrofen rammer oss alle. Verden oversvømmes av vann. Horder av mennesker jakter på det som er igjen av nødvendige ressurser og drikkevann. Bestialiteten har gode vilkår og i fortvilelse søker de som er igjen sterke ledere med psykopatiske trekk som kan gjenopprette stammens makt. Maktmenneskene får råde og individene oppløses til massemennesker som følger strømmen mot undergangen.

Dystopier handler om å framskrive tendenser i samtiden. Det er «worst case scenarier» – fremtidsvisjoner – som sier noe om hva som kan skje om trekk ved dagens samfunn forsterkes. «Brave New World» av Aldous Huxley, «1984» av George Orwell, «The Iron Wheel» av Jack London og «Kallacoin» av Karin Boye er fire kjente eksempler på denne type litteratur. De omhandler totalitære overvåkningssamfunn, samfunn der lystopplevelsen styrer mennesket mer enn noe annet, fascisme og rus. Alle disse bøkene er gamle. Nyere dystopiske romaner beskriver enda verre forhold, der systemsammenbruddene fins på alle nivåer.

Det gode med denne type litteratur er først og fremst at den kan hjelpe leseren til å se mulige konsekvenser av måten vi i dag lever og organiserer samfunnet på. De kan gjøre oss bevisste konsekvensene av våre handlinger og valg.

Moderne dystopier er «dit vi ikke vil-litteratur.»

De gir oss nødvendig mentale bremseklosser til det overmot som har preget oss så lenge. Dystopier er ikke sannheter, men historier som kan realitetsorientere oss og tvinge oss til å se den potensielle uhyggen i samtiden. De destruktivt pregete og oppdiktete framtidfortellingene kan derfor være politisk mobiliserende i nåtiden.



KTH Myrnes



Sykepleie i hjemmet

Av Arvid Birkeland og Anne Marie Flovik
Akribe, 2011
209 sider
ISBN 978-7950-149-7
Anmeldt av Anett Skorpen Tarberg,
kreftsykepleier

Heime hos pasienten

ANMELDELSE: I heimesjukepleien jobbar vi på ein litt annan måte enn på institusjon. Det meste av arbeidstida jobbar vi åleine og må derfor ha evne til å jobbe sjølvstendig. Vi er sårbare fordi vi skal takle ulike situasjonar på eiga hand, men også sårbar fordi vi lett kan «trå» feil når vi går inn i ein annan sin heim.

Pasientane er også meir sårbare fordi dei er avhengig av den personen som kjem inn i heimen og det kan vere vanskeleg for den enkelte pasient å gi negative tilbakemeldingar på heimebesøket. Den som kjem inn i heimen må vere seg bevist at han/ho kan ha makt over den som treng hjelp fordi pasienten kan stå i eit avhengighetsforhold til hjelparen.

Boka tek for seg mange sentrale emne, mellom anna kva som særpreger og kjenneteknar heimesjukepleien og om det å kunne hjelpe

pasienten med grunnleggande behov slik at han kan bu heime og samtidig oppretthalde verdigheit og respekt. Boka tek også for seg sosiale situasjonar som einsemd, isolasjon, psykiske lidningar og rusavhengigheit. I desse samhandlingstider er det også teke med viktige emne om samarbeid med mellom anna sjukehusa og organisering av heimesjukepleien. Vidare om korleis heimesjukepleien i morgondagens helsetjeneste vil verte organisert ved hjelp av velferdsteknologi, om noverande foreskrifter og fleksible måtar å jobbe på.

Kvart kapittel er sjølvstendig og kan godt lesast enkeltvis. Men første kapittel burde kanskje kome til slutt. Det er viktig å ha med den historiske utviklinga, men det kan gi eit litt kjedeleg førsteinntrykk. Håper ingen legg frå seg boka før dei har kome til andre kapittel.

Eg vart positivt overraska over

bredden av emna i boka, som både er praktisk retta og også har meir teoretiske tema.

Boka er lettlest og underhaldande, samtidig som den er djup og inneheld mange tema.

Dette er ikkje ei bok som går svært djupt inn i dei ulike emna med sine 200 sider. Men boka gir ei svært god innføring i og innblikk i korleis det er å jobbe i heimen til en annan. Det som gjer at eg meiner boka likevel er djup er at kvalitet og integritet hos den som skal motta hjelp er godt beskrevet og ivareteke.

At etikk og kvalitet går som ein raud tråd gjennom dei ulike emna er svært gledeleg og gjer at dette er ei bok som eg meiner mange sjukepleiestudentar og andre som jobbar innan helse burde lese. Også dei som har jobba i heimetjenesten i mange år burde lese denne, både som ei oppfrisking og til ettertanke.

Jeg er som en dårlig blyant, man må spisse meg nesten helt opp, før jeg kan skrive.

Olaf Bull



Mellom ordene Kommunikasjon i profesjonell praksis

Av Per Jensen, Inger Ulleberg
342 sider
Gyldendal Akademisk, 2011
ISBN 978-82-05397-38-5
Anmelder: Bjørn Rogne Christensen,
operasjonssykepleier og mastergradsstudent

Det viktige møtet

ANMELDELSE: Denne boka handler om møtet mellom profesjonsutøvere og brukere av tjenester. I dette møtet står samtale sentralt; samtaler med brukere, klienter og pasienter, samtaler med barn og deres foresatte og samtaler mellom fagfolk og kollegaer. Hvordan kan vi forstå kommunikasjon mellom mennesker? Og kan kunnskap om kommunikasjon forbedre profesjonell praksis? Mitt svar er at en god grunnkunnskap om kommunikasjon er nyttig, fordi dette fungerer som et bakteppe og kan legge noen føringer for hvordan vi kommuniserer et budskap i bestemte situasjoner.

Boken er delt i tre deler. Første del introduserer et grunnleggende perspektiv på kommunikasjon gjennom ulike teorier.

Andre del fordyper seg i systemisk kommunikasjonsteori og går i dybden

på begreper utviklet av Gregory Bateson. Hans teori kan forstås som en erkjennelsesteori og kan utfordre vår virkelighetsforståelse.

Tredje del retter oppmerksomheten mot profesjonell praksis. Blant annet poengterer forfatterne at det på noen områder vil være ulike maktforhold i møtet mellom brukere og profesjonelle, for eksempel innenfor barnevern, der profesjonsutøvere har adgang til å bruke tvang som middel. Maktperspektivet er ikke alltid like lett å få øye på, men det er viktig å få hjelp til å avdekke og synliggjøre den mindre synlige makten i arbeidssituasjoner der vi kanskje ikke reflekterer så mye over det.

Forfatterne har gått grundig til verks, men det spørs om de ikke teoretiserer i litt for stor grad. Eide og Eides Kommunikasjon i relasjoner er kjent lestestoff for mange som har studert til

helse- og sosialfagsyrker. Jeg mener at Eide og Eide er flinkere til å eksemplifisere teorien, mens Jensen og Ulleberg gir en solid teoretisk innføring i ulike kommunikasjonsteorier.

Et tema som boka ikke problematiserer i særlig grad, er hvordan ubetenksom kommunikasjon kan ramme pasientene våre. Vi må ha i mente den makten vi har i en setting på sykehuset, eller i klasserommet.

I klinisk arbeid opplever jeg stadig at tid er mangelvare. Derfor må vi ta oss tid til å snakke med pasienten. Vi må evne å utnytte den lille tiden vi har med pasienten eller klienten så godt det lar seg gjøre. Det er ikke sikkert at det har så mye å si hvor lang tid i minutter man har på seg til å formidle et budskap, men dersom man evner å kommunisere godt også nonverbalt, er man godt på vei.



Åshild Erikstad

Alder: 31 år

Stilling: Stomisykepleier ved Universitetssykehuset i Tromsø

Favoritt: Saks

I denne spalten intervjuer vi sykepleiere om deres favorittting på jobben.

Hvilket hjelpemiddel er din favoritt?

Skriv til interaktivt@sykepleien.no

Skrur, klipper og stikker

Åshild Erikstads sakser kan gjøre mer enn å klippe.

Tekst **Kristin Mainitz** Foto **privat og Colourbox**

Stomisykepleier Åshild Erikstad har funnet ut at saksen har flere bruksområder enn ett. Blant annet kan den skru opp låste korker.

Hva slags saks er det?

– Jeg har to sakser jeg bruker hver dag. Og jeg bruker de virkelig til alt – begge to! Den ene er en vanlig bandasjesaks, mens den andre er en stomisaks.

Hvorfor er saksene din favoritt?

– Det er fordi de kan brukes til så mye forskjellig. For eksempel bruker jeg håndtaket til å skru opp korker som har satt seg fast. Mens jeg bruker den andre enden til dens egentlige funksjon, nemlig å klippe. Da er det gjerne teip og plaster jeg klipper i.

Hva er det beste med dem?

– Hm ... Det beste med saksene mine er at de alltid fungerer. Begge to skruer og klipper godt!

Hvor har du dem med deg?

– Absolutt overalt! Jeg har de alltid i lomma, uansett hvor jeg går på sykehuset.

Hvilke ulemper har de?

– Ulempen er når de ligger litt forkjært i lomma og jeg setter meg ned. Da kan det ofte gjøre vondt, for da stikker saksene meg i låret.

Hva liker du best med designen?

– At de er helt enkle og greie. Og så er de veldig funksjonelle i tillegg.

Har pasienter blitt redd for saksene?

– Ja, det har hendt noen ganger. For eksempel hvis jeg skal klippe av et stomiplaster og det sitter litt ekstra godt. Da må jeg klippe nærmere huden, og det engster noen pasienter. Men jeg har ikke skadet noen ennå, altså!

Hva går jobben din ut på?

– Jeg er sykepleier på sengepost og jobber

med stomipasienter og de som har operert i magen.

Hva inspirerer deg?

– Åh, det er så mye. Alle de forskjellige menneskene jeg møter på jobb, men først og fremst de pasientene som har inspirerende historier å fortelle.



Quiz

Tekst **Nina Hernæs**

Er du en kompetent sykepleier?

Test kunnskapene med vår aktuelle og nådeløse quiz!

1 Hva er mykoplasma?

- A En bakterie
- B Et virus
- C En sopp

2 Hva er det mykoplasma mangler?

- A Cellevegg
- B Arvestoff
- C Anstendighet

3 Et annet ord for hypofysen?

- A Lillehjernen
- B Storehjernen
- C Hjernevedhenget

4 Hvilken form har skjoldbruskkjertelen?

- A Sommerfuglform
- B Billeform
- C Dårlig form

5 Et annet ord for binyrebarksvikt?

- A Addison's sykdom
- B Allisons sykdom
- C Anistons sykdom

6 Hva står ADH for?

- A Antidiuretisk hormon
- B Abnorm detekterbar handlekraft
- C Asosial dysfunksjonell holisme

7 Hva er rhinitis acuta?

- A Nyrestein
- B Ringorm
- C Forkjølelse

8 Hva skyldes lassafeber?

- A Et virus
- B En bakterie
- C En sopp

9 I hvilket land ligger byen Lassa, som feberen er oppkalt etter?

- A India
- B Niger
- C Nigeria

10 Hva er shigellose?

- A En bakteriesykdom
- B Et skadedyr
- C En vrangforestilling



BILLEFORM: Ser hypofysen ut som denne?
Foto: Colourbox



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: 1A En bakterie, 2A Cellevegg, 3C Hjernevedhenget, 4A Sommerfuglform, 5A Addison's sykdom, 6A Antidiuretisk hormon, 7C Forkjølelse, 8A Et virus, 9C Nigeria, 10A En bakteriesykdom

FAG FORGIFTNINGER

Økt bruk av GHB

– Helsepersonell kan ikke nok om «voldtektsdopet» GHB.

Tekst **Nina Hernæs**

Bruk av gammahydroksybutyrat (GHB) ser ut til å øke i Norge, ifølge en oversiktsartikkel i Tidsskrift for Den norske legeforening. Statistikk fra Kripos viser økning i antall beslag, og GHB er beslaglagt i de fleste politidistrikter.

Forbudt stoff

GHB finnes naturlig i kroppen og brukes som legemiddel. Ikke-medisinsk bruk startet i kroppsbyggermiljøene på 1980-tallet på grunn av mulig anabol og sentralstimulerende virkning. På 1990-tallet ble det brukt i utelivsmiljøet, misvisende kalt «flytende ecstasy». Det var bekymring for at stoffet ble tilsatt drinker for å gjøre det lettere å utføre seksuelle overgrep.

Fra 2000 er GHB kriminalisert og klassifisert som et narkotikum i Norge og en rekke andre land.

Uforutsigbar

GHB virker på kroppen omtrent 15 minutter etter inntak. Virkningen varer i 2–4 timer. Stoffet brytes raskt ned, og påvises derfor sjelden i blodprøver. Ifølge Folkehelseinstituttet er GBH svært farlig å innta, fordi det er liten forskjell mellom doser som gir rus og doser som fører til bevisstløshet og død.

Effekten kan være eufori, hemningsløshet og opplevelse av å komme lettere i kontakt med andre. Økt libido kan forekomme. Mange opplever en beroligende og angstdempende effekt. Virkningen er uforutsigbar, og overdoser og avhengighet er vanlig.

Symptomer på overdose er blant annet svimmelhet, forvirring, plutselig inntreffende søvn, ufrivillig vannlating, kvalme og oppkast. Lav puls og svekket respirasjon forekommer også. Bevisstløshet er ikke uvanlig.



LURES OPPI: GHB er også brukt for å gjøre ofre for seksuelle overgrep mer forsvarsløse. Foto: Colourbox

Mange våkner av seg selv, men flere har dødd etter å ha sovnet og ikke blitt fulgt opp.

Trenger tiltak

Jørgen G. Bramness, en av forfatterne bak oversiktsartikkelen, sier til Tidsskrift for Den norske legeforening at GHB stort sett brukes i rusmiljøer, men også i ravemiljøet. Han forteller at det også brukes som «voldtektsdop».

Flere land har satt i gang forebyggende tiltak mot GHB, ved å spre informasjon til ungdom og ansatte på utesteder.

– I Norge er det ennå ikke iverksatt systematiske tiltak for å forebygge bruk av GHB, men det er det definitivt bruk for, sier Jørgen Bramness til tidsskriftet.

I oversiktsartikkelen konkluderer han og medforfatter Siren Haugland med at det er behov for informasjon om GHB både til risikogrupper og til helsepersonell. ■■■

Lisbeth Normann
takker for seg. Side 80

Fedme sitter
i hodet. Side 88

Marie Aakre
takker for seg. Side 82

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 **KRISTIN HEGGEN**

«Jeg frykter at vi
glemmer håndverket.»

84

DILEMMA **MARIE AAKRE**

«Rådet for sykepleieetikk
angrer ikke på sin uttalelse
i Benjamin-saken.»

82



NSF HAR ORDET

Avtroppende forbundsleder Lisbeth Normann

Stilling: Forbundsleder i NSF

E-post: lisbeth.normann@sykepleierforbundet.no

Landsmøte i hundre – og takk

Når dere leser dette, sitter vi benket sammen i landsmøtet for å stake ut kursen for NSF de neste fire årene.

Likhet med medlemmer og tillitsvalgte landet rundt, har jeg brukt dager og kvelder på å forberede meg til krevende debatter. Fra tidligere landsmøter vet vi at engasjementet er stort, og meningene mange. Det syder og koker. Det snakkes og snekres. Kveldene blir lange og nettene tilsvarende korte.

I skrivende stund reflekterer jeg over de utfordringene organisasjonen og sykepleierne står overfor, og hvordan vi skal møte dem. Flere av sakene til landsmøtet handler om nettopp det. NSF's historie dreier seg jo om langsiktig og strategisk handling rettet mot sentrale beslutningstakere og opinionsdannere, nasjonalt og internasjonalt. Målet har vært å påvirke og få resultater til det beste for sykepleierne, for pasientene og for helsetjenesten. For det er faktisk slik at sykepleierne, som den største helseprofesjonen, har og skal ha innvirkning ikke bare på sin egen faglige kvalitet, men også på helsepolitiske beslutninger.

Vi forventes å være med på å ta ansvar for hvordan helsetjenestene til befolkningen skal være i årene som kommer. Den utfordringen må vi ta! For å lykkes med det må NSF være aktiv på de arenaene der saker av interesse for medlemmene tas opp. Jeg vil påstå at det er mer krevende enn før. Ikke bare har samfunnet endret seg, helsetjenesten har det også. Det er nok å nevne innføring av styrene i sykehusene, enhetlig ledelse og bruken av profesjonelle rådgivere til politikere og ledere. Rådgivere og kompetansemiljøer med bred kunnskap innen organisering, ledelse og faglige spørsmål. Disse aktørene skal NSF ikke bare møte, men overbevise!

Styringsmessig er det økt fokus på nasjonale helsepolitiske grep. Sykehusreformen er ett eksempel. Samhandlingsreformen et annet. I tillegg vil det komme store endringer for helseutdanningene og ikke minst for spesialistene. Viktige føringer og premisser for helsetjenestens utvikling og vilkår utformes og besluttes altså i større og større grad på det

nasjonale, og ikke det lokale, nivået.

I tillegg til dette skal vi tilpasse oss et stadig økende antall internasjonale krav og regler, og i sum stiller disse endringene store krav til faglig oversikt, nettverkskompetanse, informasjonsbearbeiding og informasjonsformidling hvis vi skal «henge med». Det betyr at NSF, som den organisasjonen som har som ansvar for å ivareta sykepleiernes interesser og medansvar for helsetjenesten til befolkningen, må stille ressurser til rådighet som gjør det mulig! Vi må være proaktive og ikke reaktive. Innflytelse og makt ligger i å finne de gode løsningene før de andre, ikke å henge etter, kommentere eller klage i etterkant.

Til dette landsmøtet ligger det en rekke saker til behandling, som synliggjør viktige utfordringer for NSF innenfor arbeidsliv, sykepleierens plass og funksjon i helsetjenesten og innenfor utdanning, fagutvikling

og forskning. Landsmøtet skal også beslutte hvilke innsatsområder det skal arbeides med i kommende periode, og angi et overordnet innhold for disse.

Sakene er grundig utredet, og inneholder ambisiøse målsettinger for hvilke resultater organisasjonen ønsker å oppnå i de neste fire årene. Disse målene har man ingen mulighet for å nå uten å stille krav til hele organisasjonene om å arbeide systematisk, strategisk og målrettet for å være på rett plass til rett tid med de riktige sakene.

Til landsmøtet er det også innsendt saker med fokus på organisasjonens indre liv, hvordan vi skal samhandle, tiden vi avsetter til interne møter og ikke minst; hvordan ressurser konsentreres og fordeles i organisasjonen. Dette siste forholdet – ressursstyring i organisasjonen – er bakgrunnen for et innsendt forslag om frikjøp av nestleder i fylkesstyret.



FOR 4 ÅR SIDEN: Lisbeth Normann da hun overtok som NSF-leder i 2007 etter Bente Slaatten. På landsmøtet i november går hun av. Arkivfoto: Therese Borge.

for meg!

Ønsket om denne styrkingen er begrunnet i utfordringsbildet som har utviklet seg i fylkene de siste ti årene.

Det knytter seg stor spenning til utfallet av saken og konsekvensene den kan få for organisasjonen. Selv om formålet er godt, har jeg ment – og mener fortsatt – at dette er feil satsning sett i forhold til de utfordringene vi har. For meg er det helt nødvendig at NSF's ressurser konsentreres og styres dit utfordringene er størst, mot de nivåene der de viktigste beslutningene tas, og mot dem i vår organisasjon som til enhver tid har den faglige spisskompetansen som de ulike spørsmålene og utfordringene krever, enten de jobber «inne» eller «ute». I dette bildet er det også nødvendig å minne oss om at vi har 33 faggrupper med topp kompetanse, kunnskap og innsikt. Sykepleiere som daglig håndterer faglige og ledelsesmessige utfor-

Innflytelse og makt
ligger i å finne de gode
løsningene før de andre.

dringer og som derved representerer og dekker hele sykepleietjenestens virkeområde. De er vår faglige «ferskvare» som ikke kan forbli ubrukt inn i en tid hvor fag og faglige argumenter vil være helt sentralt for å bedre sykepleiernes profesjonelle og lønnsmessige vilkår og status. NSF bør derfor ta hensyn til faggruppens plassering i sin fremtidige organisering.

Så til slutt: Lykke til – og takk for meg!

Du kan få billigere strøm fordi du er medlem av Sykepleier- forbundet

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 strømvavtale.
Du kan også kontakte vårt
kundesenter på telefon 02021.





DILEMMA

Marie Aakre om etikkarbeidets rolle

Navn: Marie Aakre

Bakgrunn: Avtroppende leder Rådet for sykepleieetikk

E-post: marie.aakre@sykepleieforbundet.no

Livsviktig og livsfarlig praksis

Sykepleierens arbeid kan bety liv eller død for pasienten. Kvaliteten på behandlingen kan ikke fullt ut reguleres i systemet, selv om det er dette Helsetilsynet legger til grunn.

Vi får ikke færre etiske dilemma i fremtiden, men flere, og de blir ikke enklere, men mer komplekse. Oppdraget om å utvikle dømmekraft i sykepleiepraksis er krevende.

Sykepleiere står daglig i vanskelige valg med mye moralsk stress. Svein Åge Christoffersen sier at den profesjonelle både skal reflektere og beslutte under handlingspress (1).

Rådet for sykepleieetikk har mottatt flere hundre etiske dilemma de siste sju årene.

I flere saker ser det ut til at sykepleieansvaret ikke ønskes tydeliggjort.

Mange skriver til oss fordi vi er et frittstående etisk organ som i fortrolighet og med «utenfrablikket» kan se på det de står i uten å måtte ta altfor krevende relasjonelle hensyn der de arbeider. Sykepleierens dilemma viser tydelig komplekse ansvarsroller og krevende samhandling. I Rådet for sykepleieetikk reflekterer vi diskursetisk og forsøker å belyse og betrakte den virkelighet vi får del i. Noen ganger finner vi behov for, etter samtykke, å kontakte involverte parter, eller besøke arbeidsstedet før vi sender våre refleksjoner og uttalelser som «et spill» til den som har henvendt seg.

Benjaminsaken

Noen etiske dilemma blir ikke gjennomreflektert før det er for sent. En ekstra sterk sak for oss i Rådet har vært Benjaminsaken ved Vestre Viken HF. Også i mitt forrige Dilemma skrev jeg noe om den. Sykepleieren på nattevakt forsto ikke at Benjamin var i livsfare etter at hun hadde gitt ham 35 mg Ketorax i løpet av ganske få timer for å lin-

dre de sterke postoperative smertene etter kneoperasjonen. Han ble liggende alene i flere timer og funnet død i senga neste morgen. Det er nå over to år siden denne tragiske hendelsen ved Vestre Viken HF, og Helseforetaket har for lengst fått en bot på 5 millioner kroner.

Men hva med sykepleieren? Handlet hun i strid med kravet til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp etter Helsepersonelloven §4?

Helsetilsynets vurdering av sykepleierens ansvar og handlingsvalg denne natten kom 21. oktober. Til sykepleieren sier Helsetilsynet: (se Helsetilsynet.no)

- dine handlinger oppfyller hovedvilkårene for å gi deg en advarsel, jfr. § 56 i helsepersonelloven.
- du handlet uaktsomt og du burde observert pasienten på en bedre måte.
- dine mangelfulle observasjoner av pasienten er egnet til å medføre fare for sikkerheten i helsetjenesten og å påføre pasienter betydelig belastning.

Likevel henvises det til helseforetakets mangelfulle rutiner som begrunnelse for at sykepleieren ikke får en advarsel. De sier: «Din håndtering av pasienten kan etter vår vurdering gjenspeile avdelingens gjeldende praksis». Jeg lurte faktisk på om Helsetilsynet her sier at det som skjedde rundt Benjamins død gjenspeiler gjeldende praksis i avdelingen? I så fall må det vel være livsfarlig å være pasient her? Ansvar for det som skjedde plasseres kun på systemnivå, og sykehusets generelle systemsvikt kommer sykepleieren til gode. Selv om hun er å bebreide, slipper hun advarsel. Selv om hun hadde det faglige og etiske ansvaret der pasienten døde, reduseres kravet til personlig ansvarlighet.

Hvor synlige vil vi være?

I revidert utgave av yrkesetiske retnings-

linjer for sykepleiere heter det om sykepleieren og profesjonen (2): Sykepleieren har et faglig, etisk og personlig ansvar for egne handlinger og vurderinger i utøvelsen av sykepleie, og setter seg inn i det lovverk som regulerer tjenesten.

Vil vi at Helsetilsynet tydelig skal regne med vår faglighet og profesjonalitet? I flere saker ser det ut til at sykepleieansvaret ikke ønskes tydeliggjort. Er vi tjent med dette i en tid med profesjonsnøytralitet og ufaglighet i stadig større omfang?

Vi vet at kvalitet og pasientsikkerhet ikke kan sikres gjennom standarder, retningslinjer og prosedyrer alene. Den viktigste faktoren er enkeltpersoners faglig etiske skjønn og dømmekraft. Når alt kommer til alt er det vel personen som er på vakt som avgjør kvaliteten, vi kan jo alle gjøre en forskjell på godt og på ondt.

Denne saken og altfor mange tilsvarende hendelser viser mer enn tydelig at sykepleieansvaret er livsviktig og livsfarlig. Jeg finner det særdeles vanskelig å forstå hva som fortjener en advarsel, når dette ikke skal gjelde ved et uventet dødsfall på grunn av mangelfull overvåking. Samtidig er dette et dilemma å skrive, da jeg vet at den aktuelle sykepleieren har hatt krevende år etter hendelsen. Det er virkelig å håpe at hun har blitt ivaretatt og har fått hjelp til modige erkennelser, ny innsikt og nødvendig erfaringslæring. Jeg vet gjennom mange saker at det haster med å utvikle hverdagskulturer og profesjonell veiledning der krevende erfaringslæring får solid plass både på personnivå og systemnivå. Vi kommer alle til kort og kan alle gjøre feil som noen ganger blir fatalt.

Angrer ikke

Rådet for sykepleieetikk ble høsten 2010 kontaktet av Benjamins mor om hva som ligger i sykepleieransvaret i denne saken,

Faste bidragsytere



Professor i sykepleie ved Universitetet i Nordland **Berit Støre Brinchmann**



Professor ved seksjon for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo **Per Nortvedt**

og vi ga henne vår uttalelse cirka et år etter hendelsen. Vår uttalelse fokuserte på at sykepleiens grunnlag var satt på prøve der vi ikke kunne se at respekt for liv og verdighet var ivaretatt, samt at det faglige og etiske ansvaret var på prøve. Vi har fra flere hold fått kritikk for at vi overhodet har uttalt oss i saken. Ledere blir truet og noen jurister mistrives når etikken tar plass midt i krevende saksbehandling. Vi lærer stadig at motkrefter oppstår der viktige verdier formuleres hørbart. Men Rådet kan fortsatt ikke se etiske argumenter for å avvise en slik henvendelse, og angreir ikke på vår uttalelse. Hadde vi hatt tid og krefter skulle det etter mitt syn vært mye tydeligere og modigere etisk refleksjon og debatt i det offentlige rom rundt mange av de komplekse etiske dilemma som fortjener oppmerksomhet. Jeg tenker på de sterkeste varslersakene, og de mange personalsaker som lett avvises selv om de er fulle av tragiske menneskeskjebner, av krenkelser, maktmisbruk, respektløshet og mistillit.

Etikken må aldri bli taus. Det etiske språk belyser og argumenterer i andre perspektiv, der pasientens og de pårørendes beste alltid er den høyeste norm.

Takker for meg!

Jeg takker nå for meg etter elleve år i Rådet for sykepleieetikk, de siste sju år som leder og snart like lenge som skribent i denne spalten. Det meste har vært flott, krevende og lærerikt. Jeg har hele tiden hatt stor frihet og arbeidsglede til å utøve det etikkarbeidet jeg tror på. Takk til alle som har vist meg og Rådets medlemmer tillit, og som stadig har gitt nyttige tilbakemeldinger. Hele Rådet har trodd på vår visjon om «klokskap i sykepleiepraksis», og de handlingsvalg vi har manøvrert etter. Vi mener nå vi er på rett spor for et etikkarbeid som ikke må svekkes, men forsterkes. Jeg innrømmer at det er noe trist å avslutte i «motvind» ved de innstramminger forbundsledelsen i NSF ønsker ved sitt forslag til landsmøtet (3). Det vil merkes av mange sykepleiere hvis Rådets etikkarbeid vingeclippes når vi sammen skal realisere samhandlingsreformens intensjoner med alle de etiske dilemma dette vil innebære.

Tydelig, modig og stolt sykepleie er livsviktig! Hold fokus, godt mot og takk for meg! ■■■



Til refleksjon

- » Hva synes dere som sykepleiere om Helsetilsynets vurderinger? Vil du/vil dere at det skal stilles krav til enkeltsykepleiere i tilsynssaker eller hører ansvaret kun hjemme på systemnivå?
- » Hva tenker dere om personlig ansvar og systemansvar når det skjer feil hos dere?

Send din mening på epost til interaktivt@sykepleien.no, eller skriv til Sykepleien, boks 456 Sentrum, 0104 Oslo. Reaksjoner fra leserne trykkes i neste nummer.

SKJERPINGS: Refleksjoner rundt kvaliteten på vår egen innsats må aldri stoppe opp, er Marie Aakres hilsen til sykepleierne når hun nå går av som leder for Rådet for sykepleieetikk. Arkivfoto: Erik M. Sundt

REFERANSER

- 1 Cristoffersen, Svein Aage. Profesjonsetikk Universitetsforlaget 2005
- 2 Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Rev 2011. NSF
- 3 Aakre, Marie Dilemma. Sykepleien nr. 2011 okt. 2011



Trives med makt

Kristin Heggen var litt skremt da hun ble den første sykepleier i ledelsen ved Det medisinske fakultet. Men det gikk fort over. Tekst **Susanne Dietrichson** Foto **Erik M. Sundt**



TETT PÅ Kristin Heggen

Hvorfor: Fordi hun er den første sykepleieren i ledelsen ved Det medisinske fakultet ved Universitetet i Oslo

Yrke: Professor i helsefag og studiedekan

Utdanning: Anestesisykepleier og cand.polit.

Alder: 57 år



Heggen sov ikke godt den første natten etter at hun ble valgt inn i fakultetsledelsen. Etter 200 år med rent medisinerstyre skulle hun som sykepleier inn blant sjefene. Fakultetet er stort: 1200 medisinerstudenter, 800 bachelor- og masterstudenter, 1200 doktorgradsstudenter og 1500 ansatte.

– Jeg tenkte hvordan skal dette gå? Men jeg hadde jo lenge argumentert for en mer tverrfaglig ledelse, så jeg kunne ikke si nei

heller, smiler hun.

– Og jeg er overrasket over hvor godt jeg liker det. Å være toppleder, altså.

LEDELSEN HOLDER TIL i Sogn Arena, mer kjent som Mercedes-Benz-bygget nedenfor Rikshospitalet. Kristin Heggen derimot, kjører Suzuki.

– Bilen min har det bra her oppe, forteller Heggen.

– Jeg har fått fast parkeringsplass i kjelleren.

Og det kan hun saktens trenge. Heggen bor på Tolvsrød utenfor Tønsberg og ukependler med bil.

– Før tok jeg tog, men jeg har gitt opp NSB. Det ble for mange forsinkelser.

Hun flyttet til Tønsberg for 26 år siden da mannen fikk jobb der. I ukedagene bor hun i en leilighet like ved Litteraturhuset; et sted hun gjerne skulle besøkt oftere. Hun var i sin tid godt i gang med en karriere som filolog, i tråd med familietradisjonen som består av flere generasjoner med lærere.

– Det var liksom lærere vi skulle bli. Min bestefar dro helt til Finnmark for å utdanne seg. Der fikk man støtte til utdanningen mot at man lærte seg samisk og hadde noen år bindingstid som lærer.

Selv fikk Heggen sommerjobb som pleieassistent ved et sykehjem i Kongsberg, og da var det gjort. Den høsten begynte hun på sykepleien.

I begynnelsen syntes hun studiet var kjedelig.

– Jeg holdt på å slutte flere ganger det første semesteret. Men så ble jeg overtalt til å fortsette til over jul for da fikk vi nye lærere. Blant annet fikk jeg nåværende rektor ved Universitetet i Oslo, Ole

«Medisinerne har en røff kultur.»

Petter Ottesen. Han var da medisinerstudent og en fantastisk lærer. Han fikk meg fullstendig oppslukt av nevrofysiologi, forteller hun.

HEGGEN SETTER SEG godt til rette på møterommet oppkalt etter Hippokrates, legevitenenskapens far. Bak henne henger en lang rekke svart-hvitt-fotografier av tidligere ledere. Bare menn og medisinerne. Ingen av disse strenge herrene hadde vel trodd at en av Florence Nightingales etterfølgere skulle innta bastionen. Heggen stiller villig opp til fotografering foran sine forgjengere, men er først og fremst opptatt av sine mange og viktige arbeidsoppgaver.

– Jeg tror aldri jeg har hatt en så bratt læringskurve som fra jeg begynte i ledelsen 1. januar i år og frem til i dag, sier hun.

– Jeg har jo vært leder før, men hadde aldri tenkt at jeg skulle bli toppleder.

– Dine overordnede beskriver deg som strategisk og tydelig med stor gjennomføringsevne. Kjenner du deg igjen?

– Ja, jeg har utviklet mine analytiske evner gjennom kvalitativ forskning. Jeg har et godt blikk for maktspill og forstår hvordan jeg kan bruke kunnskapen og posisjonen min til å gjennomføre det jeg mener er viktig. For eksempel ved å satse på digitallæring og sørge for at det pedagogiske perspektivet ved slik læring vektlegges.

Kollegaene omtaler henne som «en motor som får fine ting til å skje både faglig og sosialt». «Flink til å løfte andre frem».» Humoristisk.»

– Hva gjør deg så godt likt?

– Jeg tror jeg har evnen til å være i dialog. Jeg er opptatt av å samtale med folk uten å være i konflikt. Jeg skyr ikke konflikter, men jeg prøver å ikke skape dem.

– Som gammel anestesisykepleier har jeg evne til å beholde roen. Det er nyttig i dette miljøet. Medisinerne har en røff kultur. De legger ikke lodd på ting. Jeg er nesten overrasket over hvor godt jeg tåler det. Som i går, da jeg ble innkalt til et krisemøte. Jeg blir dønn rolig, sier hun.

– Reaksjonen kommer heller etterpå.

– Hva handlet møtet om?

– Det kan jeg ikke si.

ETTER MANGE ÅR i bransjen har hun lært seg å gjette folks profesjonsbakgrunn.

– Da jeg underviste på tverrfaglige masterprogrammet i helsefag ble jeg rå til å tippe om studentene var sykepleier, fysioterapeut, vernepleier eller ergoterapeut. Jeg tar så å si aldri feil, sier hun og ler.

– Sykepleieren kjenner jeg igjen fordi de likner meg selv. Det er noe med måten de fører seg og snakker på. Fysioterapeutene er alltid slanke og ofte veltrente. Også går de gjerne med gensen knyttet rundt hofta. En sykepleier har aldri gensen knyttet rundt livet!

Men hun har bommet et par ganger.

– Det har hendt at jeg har tatt feil av en ergoterapeut og en psykiatrisk sjukepleier. De er gjerne litt husflidsaktige, med vide, fargerike klær, gjerne lang øredobb i det ene øret og sterk leppetift.

Selv ser hun ut som om hun kommer rett fra sykkeltur. Luggen står litt til værs. Hvit genser, beige bomullsjakke, kort hår og stållinnfattede briller.

– Du fremstår som direkte. Det er vel ikke så typisk for sykepleiere?

– Jeg er blitt dristigere med årene og har sansen for å spise ting. Å ta doktorgrad ved samfunnsvitenskapelig fakultet lærte meg klar og konsis argumentasjon. Jeg jobber ofte med å klargjøre tanker før jeg setter ord på dem, sier hun.

HEGGENS PRIMÆRE ANSVARSOMRÅDE er undervisningen for bachelor- og masterstudiene i forskjellige helsefag, utenom medisin. Med doktorgrad i pedagogikk har hun kunnskap og faglig tyngde innenfor feltet. I tillegg til stort engasjement.

– Jeg har i tillegg ansvar for internasjonalisering. Dette innebærer at jeg jobber mot hele verden både med forskning og utveksling av studenter. Nå skal jeg ta et solid løft for digital læring ved hele fakultetet.

Hun har også ansvar for likestilling blant de ansatte ved fakultetet.

– Det som har vært gjort på dette området tidligere er lite og temmelig tafatt. Man har for eksempel gitt kjønnsbaserte reise- og arbeidsstipender. Jeg mener det er viktigere å løfte kvinner opp i toppen. Men det må gå begge veier. Det er like viktig å få menn inn i kvinne-dominerte posisjoner.

Snart får hun vite om forslaget de har lagt frem om ny likestillingspolitikk ved fakultetet, går igjennom.

HEGGEN MENER det er viktig at man tenker pedagogikk når man satser på e-læring.

– Det har vært vel mye fritt frem med e-læring uten at man har vektlagt den pedagogiske rammen, mener hun.

Datteren på 25 studerer ernæring. Hun har sett noen digitale forelesninger sammen med henne.

– Det er helt slående hvordan noen evner å formidle stoffet på en engasjerende måte og andre ikke. Hvis jeg skal si ett ord om hva som gjør en lærer god, så må det være engasjement. Evnen til å skape engasjement hos studentene er utrolig viktig.

– *Hva er de største utfordringene ved sykepleierutdanningen?*

– At det er vanskelig å få lærere til å jobbe på bachelornivå. At de gode og erfarne lærerne ikke vil ta seg av de studentene som skal bli sykepleiere, det synes jeg er en stor utfordring, sier Heggen.

Hun tror sammenslåinger av høyskoler og driv mot universitetsstatus er en medvirkende faktor til at lærer ikke blir værende på bachelorutdanningen.

– Dette medfører at mange av de gode lærerne og de med doktorgradsutdanning forsvinner oppover i systemet. Lærerne på bachelornivå må få høyere status, og det kan skje ved å ruste dem opp pedagogisk. Vi må satse målrettet på skoling i utdanningsledelse, mener hun.

– Og så er det problematisk at det evidensbaserte fokuset i utdanningen er så markant. Jeg mener man er naive i forhold til hvor komplisert det er å ta forskning i bruk i samhandling med den enkelte pasient. Å forstå og bruke forskning tar mange år og er svært avansert. Jeg har sett og hørt om måter å bruke evidensbasert forskning på i bachelorutdanningen som er reduksjonistisk, sier Heggen.

– Jeg mener det kreves en stor innsats for å tenke gjennom hvordan forskning skal brukes i utdanningen og klinikken på en god måte. I det hele tatt bekymrer det meg om vi er nok opptatt av de kliniske ferdighetene. Jeg frykter at vi glemmer håndverket.

HVORDAN MAN SKAL FÅ flere menn til å bli sykepleiere er et annet spørsmål som opptar Kristin Heggen.

– Vi kan lære av italienerne. De rekrutterer 25 prosent menn inn i omsorgsyket i en kultur som er mye mer macho enn vår egen. Det er jo et paradoks.

– *Hvorfor vil ikke norske menn bli sykepleiere?*

– Det er mange marginaliserings- og utstøtningsmekanismer innenfor yrkesgruppen som er mer eller mindre ubevisste, tror Heggen.

– Jeg husker selv hvordan det var å jobbe som sykepleier på en kvinne-dominert arbeidsplass og hvordan vi oppførte oss når det begynte en mann. «Du skal vel bli leder eller videreutdanne deg?» sa vi. Eller: «Du passer jo egentlig ikke inn her». Det var godt ment, men når jeg ser tilbake skjønner jeg at slike kommentarer fungerer som utstøting.

– Runar Bakken skriver også om dette i sin bok «Modermordet». Han forteller hvordan mannlige sykepleiere opplever mistillit til at de faktisk kan vaske og stelle en syk kropp. Og hvis de kan det så er de ikke ekte mannfolk.

NÅR HUN IKKE JOBBER liker Kristin Heggen å være ute i naturen; i skogen eller ved sjøen. Hytta i Risør, byen hvor hun er født og bodde de første barneårene, brukes flittig hele året.

– Man kan til og med gå på ski der!

Resten av tiden går med til å lese bøker. Skjønnlitteratur. Heggen er ivrig Knausgård-fan og venter spent på sjette og siste bind.

– *Hva er det du liker så godt ved Min kamp?*

– Jeg interesserer meg både for den mannlige psykologien og det allmennmenneskelige hos Knausgård. Jeg synes han beskriver det trivielle på en fantastisk, gjenkjennelig måte. Og måten han borer ned i mellommenneskelige relasjoner på ... Jeg har faktisk planer om å bruke ham i undervisningen. Men jeg er absolutt forført. Jeg ser at prosjektet har etisk betenkelige sider. Det er jo helt klart betenkelig at en kunstner skal ha større etisk armslag enn andre.

Heggen rensker stemmen. Det har vært en lang arbeidsdag og hun begynner å bli hes.

«Jeg skyr ikke konflikter, men jeg prøver å ikke skape dem.»

– Å være leder innebærer først og fremst mye hard jobbing. Og lite glamour, presiserer hun.

– Skjønt i går gjestet Obamas forskningsrådgiver fakultetet. Men det er jo folk det også!

Hun opplever å ha blitt tatt veldig godt imot som leder, på alle nivåer i organisasjonen.

– Selv på basalmedisin hvor de driver med celler på mikronivå opplever jeg stor tillit, forteller hun.

– Det er litt rart. Jeg er 57 år, men føler meg fremdeles ung og lovende. ■■■





REFLEKS

Gjesteskribent Cathrine Sandnes

Navn: Cathrine Sandnes

Yrke: Redaktør av tidsskriftet Samtiden

E-post: cathrine.sandnes@samtiden.no

Tjukk i hodet

Bare litt slankere. Litt mer attraktiv. Hvordan kan dette oppta en hel nasjon?

«Jeg er så slapp og uopplagt for tiden. Så jeg tenkte jeg skulle prøve meg på lavkarbo-dietten», sa venninna mi. Jeg hadde akkurat oppdaget boka som lå på spisebordet hennes. Den er visst årets bestselger og går i korthet ut på at man skal bli veldig tynn og frisk av å spise godt med usunn mat.

Siden jeg nå har blitt så gammel at jeg har sett en lang rekke slankefarsotter komme, gjøre noen veldig rike og siden avgå med døden – og siden venninnen min er tynnere enn meg, og jeg er høyst normalvektig – nektet jeg å gi henne boka tilbake. Jeg ba henne om å spise dobbelt så mye som hun gjør til lunsj i en måned, og bruke det nye overskuddet til å jogge i stedet. Hvis hun fortsatt mener at hun trenger lavkarbo-boka etter det, skal jeg betale både boka og matbudsjettet hennes fram til jul.

Første gangen jeg hørte om en dame som slanket seg, det var på slutten av 70-tallet, var det grapefrukt-kuren som gjaldt. Man skulle spise grapefrukt til frokost, lunsj og kvelds og bli tynn som en strek. I tillegg kunne man legge til: Konstant sulten, trøtt og sur. Andre gangen, og det var som en bølge som gikk gjennom nabolaget, gikk

kosthold, i kombinasjon med alminnelig mosjon, funker helt fint for å leve et godt liv.

Da skatteoppgjøret ble offentliggjort ble det, ikke overraskende, kjent at slankeguruene har tjent veldig mange penger i året som gikk. Flerfoldige millioner kroner, faktisk. Det kunne ha vært dem vel unt, om de hadde vært påpasselige med å fortelle folk at det er stor forskjell på helsefarlig fedme og den mentale fedmen – den som sitter i folks hoder. For den første formen for fedme kan dagens lavkarboregime og det mer moderate Fedon-regimet være til god hjelp. For den andre formen for fedme er det nokså åpenbart at en ny slankekur er det siste man trenger.

I helsekostbutikken jobber ekspeditøren hardt for å overbevise meg om at livet mitt blir bedre om jeg spiser skikkelig vond raw food-mat i stedet for god, hjemmelagd middag. Og i bokhandelen ligger det et solid utvalg bøker som prøver å overbevise meg om at veien til et godt liv går gjennom egg og bacon.

Det er noe merkelig tidstypisk over alt dette maset. Jeg sitter og ser på damene (som er i flertall) og mennene (det er overraskende mange) som blar i slankebøkene som er utstilt. Det store flertallet av dem er akkurat så normalvektige at to sykkelturner i uka ville gjort nøyaktig det samme for dem som en krevende, kostbar og potensiell usunn slankekur.

Det er en merkelig blanding av selvdyrking og selvavstraffelse i viljen til å underkaste seg dette matregimet. En frivillig infantilisering, hvor noen voksne skal fortelle deg hva du skal spise og når. For noen bunner det sikkert i et ønske om å bli bare litt mer attraktive. Spørsmålet er likevel hvordan temaet «slanking» har klart å erobre posisjonen som et sentralt midtpunkt for daglig samtale og offentlig meningsutveksling. Det sier selvsagt en hel del om at vi lever i den delen av verden hvor overflod er et større problem enn mangel. Det sier sannsynligvis noe om utseendets betydning for selvfølelsen. Men aller mest, innbiller jeg meg, sier det noe om hva det gjengse mennesket føler at de kan ha kontroll med og styring over.

Venninna mi måtte bare «prøve det ut». Jeg tror det var mest på grunn av håpet om at livet skulle bli litt lettere, hvis hun bare veier litt mindre.

Det er noe merkelig tidstypisk over alt dette maset.

damene på Grete Roede-kurs. Siden har omgivelsene vært på det som fortøner seg som en evig slankekur. En kompis av meg startet med Cambridge-kuren, fortsatte med Dr. Atkins og spiser i dag alger til frokost og drikker hampulver til kvelds. Andre venninner har gått runden fra Nutrilett, via Fedon og steinalderdietten (som virker komplett absurd, tatt i betraktning at steinaldermennesker vel hadde en gjennomsnittlig levealder på rundt 30 år) – og fram til dagens lavkarboregime. Fellesnevneren for dem alle er at de er akkurat så normalvektige at man knapt ser forskjell på dem før og etter at de har gått ned de forjettede fem kiloene.

I ukene etter det lille opptrinnet hos min tynne, men altså svært slappe venninne, har jeg blitt bombardert med lavkarbostoff. Det er som en kollektiv, nasjonal psykose. Jeg begynner å lure på om jeg a) er det eneste mennesket i Norge som ikke er opptatt av å bli tynn, og b) om jeg er alene om å mene at et alminnelig sunt

Øvrige gjesteskribenter 2011:



Martine Aurdal
Leder av samfunns-
avdelingen i Dagbladet



Ingvar T. Skjerve
Sykepleier og forfatter



Kristin Heggen
Professor i helsefag,
Universitetet i Oslo



Anders Folkestad
Leder i Unio