

Visste du at...

Èn dråpe blod kan forbli smittefarlig i opp til 7 dager?*



**Vi setter standarden for sikkerhet
innen perifere IV-kanyler**

www.puls-norge.no



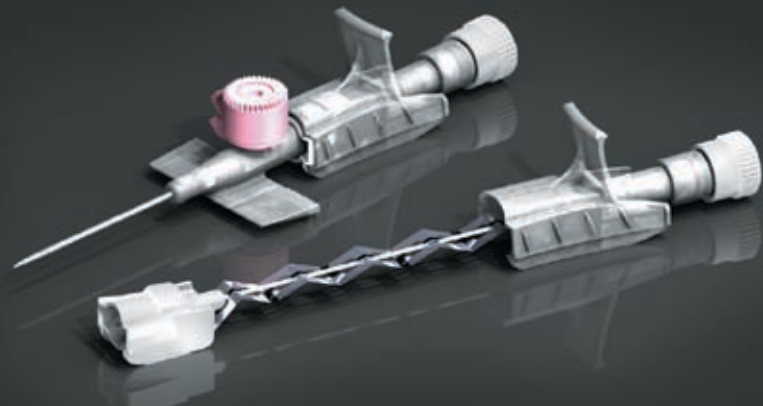
Helping all people
live healthy lives

Nå introduserer vi den nyeste generasjonen sikkerhets-IV-kanyler

Da vi skulle utvikle BD Venflon™ Pro Safety, utfordret vi vår forsknings- og utviklingsavdeling til å levere mer enn bare en suveren IV-kanyle. Vi forlangte også forbedret sikkerhet for brukerne.

Resultatet ble BD Venflon™ Pro Safety, som har en avansert kanylebeskyttelseshette som hjelper deg mot smitte fra blodbårne patogener via smitte fra en stikkskade eller via smitte i slimhinner:

- Når den er aktivert er kanylespissen helt innkapslet, og du har optimalisert sikkerheten mot å skjære eller skrape deg opp på metallkanter.
- Den unike designen fanger opp overskytende blod, og gjør at faren for utilsiktet blodsøl under og etter innsetningen minimeres.



Kan du si det samme om din nåværende IV-kanyle?

BD Venflon™ Pro Safety

Injeksjonsport

Velkjent design med "klikk-lås" som støtter non-touch-teknikken og forebygger at injeksjonsporten utilsiktet etterlates åpen

Vinger

Fleksible vinger stabiliserer katetret i venen og yter komfortabel sikkerhet for pasienten

Ergonomisk utforming av håndtaket

Utstyret er utformet slik at korrekt ergonomi samt ulike innleggingsteknikker er mulig

Kateter

BD Vialon™ katetermateriale som klinisk bevist forbedrer IV-behandlingen*

Kanyle

Suveren kanyleteknologi som både gir enklere penetrasjon og forbedret komfort for pasienten

Fjær

Unik sikkerhetsfjær som aktiverer kanylebeskyttelseshetten

Kanylebeskyttelseshette

Aktiveres automatisk når kanylen trekkes tilbake
Omslutter kanylespissen og gir dermed økt sikkerhet mot nålestikkskader
Unik design som reduserer faren for utilsiktet kontakt med blod
Er laget i plast og har ikke skarpe kanter

Dimensjon	22G	20G	18G	18G	17G	16G	14G
Varenummer	393222	393224	393226	393227	393228	393229	393230
Lengde mm	25	32	32	45	45	45	45
Kateter Y.D. mm	0,9	1,1	1,3	1,3	1,5	1,8	2,0
Enheter eske/kartong	50/500	50/500	50/500	50/500	50/500	50/500	50/500

*Referanser:

1 Gaukroger P.B., Roberts J.G., Manners T.A., Infusion Thrombophlebitis: A prospective Comparison of 645 Vialon™ and Teflon™ Cannulae in Anaesthetic and Postoperative Use. Anesth. Intens. Care (1988) 16: 265-271. 2. Stanley M.D., Meister E., Fuschuber K., Infiltration During Intravenous Therapy in Neonates: Comparison of Teflon & Vialon. Catheters. Southern Medical Journal 85(9) Sept. (1992) 883-886. 3. Jaquot C., Fauvage B., Bru J.P., Croize J., Calop J., Effect of Type of Material on Thrombophlebitis Risk with Peripheral Venous Catheters. AnnFr Anaesth Reanim (1989): 8:3-7. 4. Maki J.M., Ringer M., Risk Factors for Infusion-Related Phlebitis with Small Peripheral Venous Catheters. Annals of Internal Medicine 114 (10) May 1991 845-851. 5. McKee J.M., Shell J.A., Warren T.A., Campbell V.P., Complications of Intravenous Therapy: A randomised Prospective Study - Vialon vs Teflon. Journal of Intravenous Nursing 129 (5) Sept. 1989 288-295.



Puls as

Strømsveien 344
Postboks 77, Leirdal
1008 Oslo
Tlf. 23 32 30 00
Faks 23 32 30 99

www.puls-norge.no

Ta sikkerheten i dine egne hender

Bjørn Arild Østby om ungdomspolitik

Stilling: Konstituert redaktør i Sykepleien

E-post: bjorn.arild.ostby@sykepleien.no

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

Forskjell på tenåringer

Denne måneden fikk tusener av tenåringer med psykiske problemer en garanti. Samtidig blir flere hundre enslige tenåringer truet med utsending når de fyller 18 år.

Vurdering av spesialist innen ti dager og helsehjelp innen 65 dager. Det er lovnaden arbeiderpartistatsråden for helse har gitt barn og unge med psykiske eller rusrelaterede lidelser. Garantien gjelder fra 1. september.

Barn og unge som har behov for hjelp skal slippe å vente til problemet har utviklet seg til å bli så alvorlig at de må henvises til psykisk helsevern. Og barn og unge med mer alvorlige lidelser er lovet raskere behandling i spesialisthelsetjenesten.

Fire dager senere kommer arbeiderpartistatsråden for inkludering med sitt tiltak overfor unge. Denne gangen er det ikke snakk om garanti, tvert imot en trussel: «Det kan gis midlertidig oppholdstillatelse, uten rett til fornyelse, for enslige mindreårige søkere over 16 år.» Det er liten trøst når inkluderingsstatsråden forsvarer forslaget med at «innskjerpningen gjelder bare der manglende omsorgsperson i hjemlandet er eneste grunn til oppholdstillatelse.»

«Enslige, mindreårige» er fellesbetegnelsen på alle under 18 år som kommer til landet uten foreldre eller andre voksne med foreldreansvar. I dag er 462 registrert som 16- og 17-åringer. De vil få en tøffere hverdag å forholde seg til. Et flertall av våre folkevalgte på Stortinget støtter nemlig forslaget.

Den ene statsråden er det verdt å støtte, den andre ikke. Men først og fremst er det tenåringene – vår nære framtid – som trenger støtte.

Hvem er disse unge enslige?

Abdul Hossein kom til Norge i 2003 som 17 år gammel asylsøker. Hadde han kommet i dag, kunne han blitt sendt hjem etter ett år:

«Jeg tenker på hvordan det ville vært hvis

jeg hadde fått den beskjeden andre ungdommer nå vil få: At jeg bare skulle være i Norge ett til to år og sendes ut dagen etter jeg fylte 18. Det er som å se paradiset før du sendes til helvete» skriver Abdul som er blitt 21 år, i et innlegg i Dagsavisen.

Abdul var rundt ni år da familien ble truet på livet og måtte flykte fra Afghanistan til Pakistan. Senere måtte han flykte til Iran sammen med noen slektninger. Til sist kom han til Norge som såkalt enslig asylsøker i 2003. Han fikk oppholdstillatelse under den regelen som nå skal endres. I dag er han i jobb og utdanner seg ved siden av.

Men han er bekymret:

«Jeg snakker mye med afghanske ungdommer som nettopp har kommet til Norge ... Men jeg kan ikke snakke med dem om hva som nå skjer i Norge ... Hvordan skal de takle at livet er slutt straks de fyller 18? Dette er en stor urettferdighet, og det stemmer ikke med hvordan jeg har opplevd Norge.»

Ledelsen ved mottakene fortviler. Ikke over plassmangel, men over hvordan de skal fortelle sine unge asylsøkere som kommer fra krigsområder, at de risikerer å bli kastet ut av Norge.

Og det er grunn til å fortvile på vegne av disse unge.

– Å ha kontroll på tilværelsen og håp for framtida er viktig for asylbarnas psykiske helse, er konklusjonen til forsker Brit Oppedal i et pågående forskningsprosjekt om Ungdom, kultur og mestring i regi av Norsk Folkehelseinstitutt. Kanskje nyttig lesestoff for inkluderingsstatsråden?

Norge framstår som en nasjon av velfødde



FRYKT: Det er ikke sånn at Norge oversvømmes av asylsøkere.

mennesker som ikke evner å se nøden i verden, en nød skapt av krig og konflikt der vestlige land er involvert. Også Norge.

Det er grunn til å reagere på den frykten som er i ferd med å feste seg i den norske hjerterota: At vi oversvømmes av flyktninger og stenger vi ikke grensene nå, blir vi en frihavn for verdens elendige. Virkeligheten er en helt annen. Tilstrømmningen av asylsøkere er på samme nivå som for tre-fire år siden.

Hvorfor så engstelige stortingsrepresentanter? Er det kanskje meningsmålingene og det kommende valg som skremmer flertallet av våre folkevalgte? Det lover ikke godt at de synes å leve etter mottoet til statsministeren i «Ja vel, herr statsminister»: I'm their leader, I must follow them.

Bjørn Arild Østby



Forsidefoto: Bo Mathisen

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

Konstituert ansvarlig redaktør

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

Markedssjef

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

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

Repro og trykk

Stibo Graphic AS

**Sykepleiens formålsparagraf:**

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

- 6 Ble dykkersyke av jobben – fikk millionerstatning
- 9 **Vi bare spør:** Hulda Gunnlaugsdottir
- 10 Folk
- 13 Får kanskje skrive ut til flere
- 14 Mer helseforskning i vest
- 16 Lever godt med MRSA på sykehjem
- 20 Nye MRSA-regler
- 22 Fag via skjerm
- 24 **Dokumentar:** Oslo legevakt
 - Oslo by night
 - Damene faller og mennene sloss
- 33 Mislykket tiltaksplan?
 - Insidenspiloter
 - Nytt våpen mot MRSA?
- 37 Libak går til NSF
- 38 **Tett på:** Berit Støre Brinchmann
- 42 **Hør her:** Er 6 timer nok?
- 53 Når kreft rammer far eller mor
- 55 eResept-kaos
- 56 Lett å gå til legevakten
- 58 **Bøker:**
 - Forfatterintervjuet: Bjørn Hofmann
 - Månedens bøker
 - Bokomtaler
 - 9 spørsmål til Berit Johannessen
- 64 Feirer med kenguruomsorg
- 66 Vil ha miljøvennlige sykehus
- 69 – Vi har aldri pleiet hvite
- 70 Fagnotiser
- 71 Skjønnhetsfeil til NPE
- 72 **Tema:** Fagkongressen
 - Sykepleierne dyrker faget
 - Står alene med ansvaret
 - Kjønnsforskjeller hos kreftpasienter
 - – Demente må observeres systematisk
 - Bommer på dose, mengde og styrke
 - – Bedre i hverdagsregning
 - Spør sykepleiere om kreft på nettet
- 82 Kunnskapsbasert master
- 95 Fagnotiser
- 96 Dilemma: De mange krenkelser
- 98 Dilemmasvar
- 99 **Refleks:** Gøhril Gabrielsen
- 100 Siden sist
- 101 Meninger
- 102 Quiz
- 103 Før



38



58

Fag i utvikling:

- 44 **Fagtema:** Tuberkulose
 - Tuberkuloseiltak i Tanzania
 - Gammel smitte holder stand
 - Krever kontroll
 - Tuberkulose i Norge
- 84 Sats på rehabilitering
- 86 Engangsutstyr gir flere fordeler
- 90 Samtaler om sykdom og behandling

- 104 Sykepleien JOBB – ledige stillinger
- 120 Meldinger, skoler og kurs

- 128 **NSF:** Helsetjenester må skreddersys
 - 10 000 NSF-studenter
- 130 **Lisbeth Normann** om likelønn

Billig metode for tuberkulosesyke

Tanzania er et av landene i verden som er hardest rammet av tuberkulose. Doktor Kapalata (til h.) har 30 års erfaring som lege og leder nå tuberkuloseprogrammet i Temeke. Der følges metoden Verdens helseorganisasjon (WHO) anbefaler, som innebærer at pasienten observeres daglig ved inntak av medisin. Dette er effektiv og billig behandling og vil gi gode resultater i fattige land. Les mer i fagtemaet om tuberkulose.



Foto: Merete Taksdal

44

Ble dykkersyke av jobben

To sykepleiere i Bergen har fått 5,5 millioner kroner i erstatning – fordi de ble syke etter flere års jobbing i trykkammer.

Begge sykepleierne, som nå er i 50-årene, begynte å jobbe på seksjon for hyperbarmedisin ved Haukeland universitetssykehus på midten av 1990-tallet. En del av jobben var å følge pasienter under elektiv behandling i trykkammeret til Norsk Undervannsintervensjon (NUI) på Laksevåg i Bergen. Disse pasientene ble hovedsakelig behandlet for stråleskader og sår.

En sykepleierkollega på seksjonen fikk trykkfallssyke på jobb i 2001. Som en følge av det ble alle de 14 kammerledsagerne helseundersøkt. Alle disse var spesialisykepleiere i anestesi.

På tre – inkludert nevnte sykepleiere – ble det påvist patologiske forandringer i sentralnervesystemet. Tilsvarende senskader har også pionerdykkerne i Nordsjøen fått. Slike skader kan blant annet dreie seg om konsentrasjonsvansker, depresjon og utmattelse.

Langdrygt

De to sykepleierne tok kontakt med

Norsk Sykepleierforbund (NSF). Den ene av dem har hatt over 500 dykk i kammeret, den andre knapt 100.

I 2005 fikk advokat Marit Gjerdalen i NSF's forhandlingsavdeling erstatningssaken på bordet. Hennes oppgave var å prøve å få godkjent skadene som yrkessykdom, både av trygdekontoet og av forsikringsselskapet. Det har tatt sin tid. Det har vært vanskelig å finne habile spesialister med nødvendig kompetanse. Til sammen har over ti spesialister uttalt seg om hver av sykepleierne.

Høsten 2006 kom aksepten fra trygdekontoet: Ja, skadene skyldes jobbingen i trykkammeret. Men forsikringsselskapet krevde at nye spesialister skulle uttale seg, til tross for at flere allerede hadde støttet sykepleierne.

Var godt forsikret

Det tok nok et år for å finne en ny habil spesialist som ikke allerede hadde uttalt seg. Sykepleierne ble undersøkt av denne spesialisten i



MINDRE FARLIG: Reportasjen i Sykepleien 17/2007 er fra seksjon for hyperbarmedisin på Haukeland sykehus, der de to sykepleierne var tilknyttet. Nye metoder har redusert faren for skade på sykepleierne.

oktober 2007. Erklæringen hans kom sju måneder senere, i mai i år. Også han støttet sykepleierne i at de hadde fått en yrkessykdom. 3. juni erkjente forsikringsselskapet sitt erstatningsansvar, og Gjerdalen kunne ringe de to i Bergen med den gledelige meldingen.

Sykepleierne har til sammen fått en erstatning på 5,5 millioner kroner. Erstatningen dekker medisinsk invaliditet og tap av framtidig inntekt. Begge er nå delvis uføre, men de er fortsatt i jobb som sykepleiere.

En vanlig yrkesskade med 100 prosent ervervsmessig invaliditet er taksert til 22G (grunnbeløpet i folketrygden), det vil si over halvannen millioner kroner.

Men sykepleierne på seksjon for hyperbarmedisin hadde også en



GLAD: NSF-advokat Marit Gjerdalen er glad for seier i saken. Over ti spesialister har uttalt seg.

– fikk millionerstatning

tilleggsforsikring som utrykningspersonale. De var derfor forsikret for 72G, som er over fem millioner kroner.

Mannesykdom

NSF har i lang tid vært kritisk til listen over godkjente yrkessykdommer fordi den favoriserer menn.

– Disse to damene har fått en yrkessykdom som er mer typisk for menn. Noen har banet vei for dem, slik at denne typen sykdom er med på listen i regelverket, sier Gjerdalen.

Et poeng som er kommet fram i saken er at forskning om risikodykking er gjort på store, mannlige marinedykkere i USA. Men de som har utført jobben i trykkammerne i helsevesenet er kvinner

– med en helt annen størrelse enn marinemennene.

Nye rutiner

I dag er ikke sykepleierne på Haukeland sykehus like utsatt for trykkammerskader som på 1990-tallet. I 2003 fikk sykehuset i Bergen fire enmannskamre. Sykepleierne betjener disse kamrene utenfra og bare pasientene kommer under trykk.

I fjor høst fikk seksjonen et nytt trykkammer med plass til tolv pasienter. Også her kontrolleres behandlingen i hovedsak utenfra. Bare hvis det skjer noe med intensivpasientene under behandlingen, må en ledsager gå inn i kammeret.

– Vi er blitt forsinket og har ennå ikke brukt kammeret til å behandle intensivpasienter, sier oversykepleier Grete Velure.



Trykkammerbehandling

- Ved hyperbar oksygenbehandling i trykkammer økes trykket tilsvarende 14 meters dyp, mens pasienten puster ren oksygen. Oksygenet transporteres via blodet til hele kroppen. Nyttig ved stråleskader, knokkelinfeksjoner og noen typer sår.
- Haukeland universitetssykehus har landsfunksjon for elektiv behandling i hyperbarmedisin.



Yrkessykdom

- Noen yrkessykdommer likestilles med yrkesskader. Yrkessykdommer kan skyldes smitte, allergi, forgiftning, kjemisk påvirkning og stråling – og endringer i barometertrykket hos dykkere, flygere og andre.
- Yrkessykdom gir rett til erstatning. Alle yrkesaktive er yrkesskadeforsikret via sin arbeidsgiver. Forsikringen skal dekke utgifter, tapt arbeidsfortjeneste, framtidig inntektstap og menerstatning.

– Viktig å bli trodd

Den fem år lange kampen for erstatning har vært en stor påkjenning for de to sykepleierne. Det aller verste har vært følelsen av ikke å bli trodd. Til tross for flere støttende ekspertuttalelser, har de gang på måttet bevise sin påstand.

– Det har vært ubehagelig og sårt. Men nå er vi enormt lettet, sier den ene sykepleieren til Sykepleien.

Hun snakker på vegne av dem begge. De har i denne perioden vært en god støtte for hverandre.

– Det har vært viktig for oss å bli trodd. Nå ser vi oss som ferdige med saken. Den er et avsluttet kapittel.

Sykepleieren roser NSF-advokat Marit Gjerdalen.

– Hun har gjort en god jobb.

Fantastisk at hun klarte det.

Den gangen skadene oppsto, var det ikke mye snakk om farene ved å være ledsager i trykkammeret. At for eksempel stress eller en påbegynnende forkjølelse gjør dykkere – og trykkammerledsagere – mer utsatt for trykkfallssyke, var ikke utbredt kunnskap.

– Nå er vi glade for at Hau-

keland har et nytt behandlingsopplegg som minimaliserer faren for skade på sykepleierne. Det er et resultat av det som skjedde med oss. Sykepleierne dykker nå sjelden, sier sykepleieren, som har fått sin nåværende jobb godt tilrettelagt.

*Med Enbrel kan man ta
opphold i sin behandling
for plakk psoriasis.*



- Psoriasis artritt oppstår hos 6-39% av pasienter med psoriasis¹
- Enbrel har effekt på både hud og ledd¹
- Ingen rebound²

1. Gottlieb A Journal of Dermatological Treatment. 2006; 17: 343-352
2. Gordon K et al J Derm Treat 2006;17:9-17

Se preparatomtale side 94

Hulda Gunnlaugsdottir

Alder: 50 år

Aktuell som: Sykepleier og avtroppende direktør på Aker universitets-sykehus. I oktober begynner hun som direktør på Landspítali universitets-sykehus på Island.

BAKGRUNN:

Gunnlaugsdottir har ledet Aker sykehus i 3,5 år. Før det var hun divisjonsdirektør på Ullevål. Nå flytter hun hjem til Island etter 19 år i Norge. Mens prosessen om sykehusene i hovedstaden går sin gang.

Forlater du et synkende skip?

– Å neida, tvert imot. Aker seiler for fulle seil. Sykehuset har en stor framtid.

Hvorfor flytter du?

– Jeg fikk en unik mulighet til å kombinere en utfordrende jobb og anledning til å være sammen med min islandske familie. Pose og sekk. Jeg hadde ikke tenkt å bytte verken arbeids- eller bosted.

Ble du headhunnet?

– Jeg ble anbefalt av det islandske helsedepartementet å søke i sommer.

Blir familien med?

– Min datter på ti kommer etter nyttår. Mannen min skal pendle.

Er Aker sykehus blitt et stebarn i hovedstadsprosessen?

– Spørsmålet bygger på gamle myter om at Aker er mindre faglig og behandler færre enn andre. Men lokalsykehuset Aker har større opptaksområde enn Ullevål. Aker blir også en katalysator for å få til det man ønsker med Ullevål og Riksen.

Hva tror du om Akers framtid?

– Det blir det største offentlige lokalsykehuset i Oslo. Sammen med kommunen blir det avgjørende for å få til et vellykket tilbud for Oslo-innbyggerne.

Litt deilig å komme vekk fra maset med sykehusorganiseringen i Oslo?

– Nei, for jeg ville gjerne fullført det som er startet. Så det er også sorg i dette.

Passer sykepleiere bedre enn andre til å lede sykehus?

– Nei, det viktigste er å ha interesse for mennesker og lyst til å bidra til samfunnet. Men helsefaglig bakgrunn er en styrke.

Er islandske sykehus ulike de norske?

– De er veldig like – som i resten av Norden. De offentlige sykehusene er en av hovdepilarene i velferdssamfunnet.

Er islandske pasienter ulike de norske?

– Sammensetningen er veldig lik og sykdommene er like. Men Island har de samme utfordringene som Nord-Norge. I Oslo er det sykehus rundt hvert hjørne, men i nord må mange pasienter reise langt. På Island skal sykehuset i Reykjavik betjene hele befolkningen.

Sykepleierne da – er de ulike?

– Siden 1980-tallet har sykepleierne på Island hatt en fireårig universitetsutdanning, mer lik den amerikanske. De norske er høyskoleutdannet.

Så hvem er best?

– Tror vi er like gode. Begge er blitt mer teoretisk og mindre praktisk. Det kan ta et helt år før man fungerer som sykepleier på en ny arbeidsplass. En styrke på Island er at studentene lærer seg å forske. Det gjør de i mindre grad i Norge.

Hva vil du savne?

– Mine gode kolleger, uansett profesjon. Og Oslo, som er helt unik. Ingen annen by i verden har alt på samme måte, med naturen så tett på. Og så vil jeg savne mannen min.

Det første du vil gjøre i ny jobb?

– Gjøre meg kjent på min måte. Jeg spør mye og går rundt på avdelingene. Møter alle typer mennesker. Slik får jeg innsyn til å vite hvordan jeg skal takle jobben.

tekst **Marit Fonn** foto **Erik M. Sundt**





foto Marit Fonn

På Afrika-treff i Norge

Toppene i sykepleierforbundene fra Malawi, Zambia og Sør-Afrika har vært i Norge, invitert av Norsk Sykepleierforbund. Fra 25. august til 3. september besøkte de Oslo, Molde og Tønsberg for å lære hvordan NSF forholder seg til alt fra studenter og tidsskrift, til jurister og fylkeskontor.

– Motiverende, og en unik sjanse til å treffes, påpekte afrikanerne midt i oppholdet.

De delte erfaringer, blant annet om hvordan de kan påvirke myndighetene i eget land.

(Les mer side 55)

FRA MALAWI: President Isabella Musisi (t.v.) og adm. dir. Dorothy Ngoma (t.h.). Fra Sør-Afrika: President Ephraim P. Mafalo (foran) og gen. sekr. Thembeka Gwagwa (i midten). Fra Zambia: President Thom D. Yung'ana (bak t.h.) og gen. sekr. Sitali Liseli (bak t.v.).

Kongelig stas på sykepleier

Sykepleier og dekan ved Høgskolen i Gjøvik, **Bodhild Hoff Sagli**, mottok Kongens fortjenstmedalje i gull like før hun gikk av med pensjon i høst. Hun fikk medaljen fordi hun i nesten 40 år har gjort en innsats for å heve kvaliteten innen høyere utdanning. Av sine kolleger omtales hun som en balansekunstner i tradisjonsformidling og endringsarbeid. En av Saglis kampsaker som fikk stor nasjonal betydning, var det langsiktige arbeidet med å få grunnutdanningen i sykepleie godkjent på linje med annen treårig høyere utdanning (i dag bachelor).



foto: Maria Lillemoen

Spion var sykepleier

Gunvor Galtung Haavik er kjent som kvinnen i Norges største spion-skandale etter krigen. Det er kanskje ikke like kjent at legedatteren fra Odda også var utdannet sykepleier. Hun studerte et år til medisin før hun ga opp og utdannet seg til sykepleier ved Norske Kvinners Sanitetsforenings skole. Haavik var sykepleier ved sykehus i Bærum, Odda og Oslo før hun som 32 år gammel oversykesøster ved Bodø sykehus traff sin store kjærlighet, russeren Vladimir Kozlov. Da hun

senere ble norsk ambassadeansatt i Moskva, måtte de begge spionere for KGB for å få fortsette forholdet. Hennes historie er beskrevet i boka *Iskyss*, av Alf R. Jacobsen. Filmen

med samme navn har premiere den 3. oktober og er basert på boka. I filmen, som er regissert av Knut Erik Jensen, har hun fått navnet Vera Våge.

DRAMATISK HISTORIE: Den kvinnelige hovedrollen i *Iskyss* spilles av Ellen Dorrit Petersen.

foto: Filmhuset



Skeiv kafé i Tromsø

Da sykepleier **Silje Ljosland Bakke** kom fra Bergen til Tromsø i 2007, så hun behovet for en møteplass for lesbiske og homofile. Som styremedlem i LLH (landsforeningen for homofile, lesbiske, bifile og transpersoner) i Tromsø, har Bakke sammen med resten av styret, nå fått til et kafétreff hver torsdag kveld, døpt Kafé 19:48.

– Som skeiv og ny i Tromsø trenger man å bygge nettverk. Da kona og jeg kom hit sleit vi med å komme i kontakt med det skeive miljøet. Vi håper at kaféen kan hjelpe folk til raskere å komme i kontakt med andre skeive i byen, sier hun.

Bakke jobber på sengeposten ved plastikk- og håndkirurgisk avdeling ved Universitetssykehuset Nord-Norge, og synes det er helt uproblematisk å være lesbisk sykepleier i Tromsø.

– Undersøkelser viser at mange sykepleiere er redde for å være åpne på jobben, og at de som tar skrittet og blir åpne, finner at det ikke var så vanskelig som de trodde og at de trives bedre på jobb, sier hun.



foto: Kari Janne Steensen / LLH Tromsø

Vi siterer Stein Aabø

– Den foreslåtte likelønnsputten reduserer bare lønnsforskjellene mellom kvinner og menn med 1 fattig prosent.

Journalist Stein Aabø på kommentarplass i Dagbladet

Effektiv?



Skånsom?



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

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



Alle tre er godkjente av
Norges astma -og allergiforbund.



Dixin

- effektiv omsorg for hendene



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

Vaksinen som beskytter mot
4 papillomavirustyper og som
skal forebygge **livmorhalskreft****



**Dokumentert effekt mot HPV
6, 11, 16 eller 18-relaterte
genitale sykdommer**

Gardasil® skal forebygge:

- Livmorhalskreft
- Høygradige celleforandringer i livmorhalsen (CIN 2/3)
- Høygradige celleforandringer i vulva (VIN 2/3)
- Kjønnsvorter

artellno // 7201 09-2007-NO-046-01

**For bred beskyttelse*
og tidlig nytte****

*Livmorhalskreft, celleforandringer i livmorhalsen, celleforandringer i vulva
og kjønnsvorter relatert til HPV 6, 11, 16 og 18.

**Norsk SPC



sanofi pasteur MSD
vaksiner for livet
Tlf: +47 67 50 50 20 - Fax: +47 67 50 50 21
info@spmsd.com

Får kanskje skrive ut til flere

Helsedirektoratet foreslår å utvide forskrivingsretten for jordmødre og helsesøstre.

– En god faglig vurdering, mener Eva Sommerseth i Jordmorforbundet. Men allmennlegene er skeptiske.

Siden 2002 har jordmødre og helsesøstre hatt mulighet til å skrive ut p-piller. Retten gjelder kun kvinner mellom 16 og 19 år. Den krever at man jobber i kommunal helsestasjon- eller skolehelsetjeneste og har gjennomført et eget kurs. I 2006 ble retten utvidet til også å gjelde p-sprøyte, p-ring og p-plaster.

Nå foreslår Helsedirektoratet å utvide forskrivingsretten til alle kvinner i fruktbar alder og alle typer hormonelle prevensjonsmidler, med unntak av spiral og p-stav.

Forebygger

– Positivt, sier leder i Jordmorforbundet, Eva Sommerseth.

– Dette er en naturlig del av jordmors funksjon. I dag utdanner vi jordmødre til å ta seg av kvinner i ulike livsfaser. Nå kan vi i tillegg til å snakke om prevensjon, også forskrive den.

Helsedirektoratet begrunner forslaget med at det vil forebygge uønskede svangerskap og få ned aborttallene. Lett tilgjengelig kunnskap og lett tilgang til tjenester og prevensjon er deres oppskrift.

– Men har jordmødrene kapasitet?

– Ja, mener Sommerseth, og viser til at mange jordmødre har reduserte stillingsbrøker, både i kommunen og på sykehus.

– Allmennlegene er overbelastet. En logisk konsekvens av det er å bruke jordmødre til å skrive ut prevensjon.

Skeptiske leger

I fjor gikk fastlege Ole Rikard Haavet ut i Dagens Medisin og mente at jordmødre og helsesøstre mangler kunnskap til å avsløre kvinner med risiko for blodpropp. Ifølge Haavet er forskrivingsretten for jordmødre og helsesøstre et historisk brudd på prinsippet om krav til faglighet.

– Mangler dere kompetanse?
– Når vi mangler den, sørger vi for å skaffe oss den, svarer Sommerseth.

– For å få forskrivingsretten, må vi gjennom et obligatorisk kurs, påpeker hun.

Sommerseth viser også til Høgskolen i Vestfold, der jordmorstudenter utdannes i Sverige. Der får de den nødvendige kunnskap og praksis implementert i utdanningen.

En mulighet

Også leder for Landsgruppen av helsesøstre, Astrid Grydeland Ersvik, er positiv.

Helsedirektoratet foreslår at forskrivingsretten ikke lenger skal knyttes til arbeidssted, men til profesjon. Kravet er dokumentert kompetanse. Det støtter også Ersvik.

– Men vi er opptatt av kvalitets-sikring. Kompetansen må vedlikeholdes, for eksempel gjennom en form for resertifisering, sier hun.

– Har dere kompetanse til å avdekke sykdomsrisiko?

– Ja, jeg mener det. Dette er grundig vurdert av helsemyndighetene. Erfaringen er at helsesøstre og jordmødre gjennomfører veldig grundige konsultasjoner.

– Har dere jobbet for en utviding?

– Ja. Vi har påpekt skjevheter i dagens ordning. Mange helsesøstre kunne tenkt seg muligheten til å skrive ut prevensjon til flere, i hvert fall til kvinner opp mot 25-30 års alder. Rekvireringsrett gir en mulighet, ikke en plikt, understreker hun.

Ifølge Dagens Medisin ser



P-PILLER: Jordmødre og helsesøstre kan blant annet få skrive ut disse til alle kvinner i fruktbar alder.

Helsedirektoratet for seg at helsesøstre og jordmødre kan forskrive prevensjon på de stedene de jobber i dag. Men utelukker ikke at det kan dukke opp nye arenaer. Allmennlegene skal fremdeles ha en sentral rolle i forhold til prevensjon. Å la også jordmødre og helsesøstre skrive ut, blir et supplement.

Forsøk med spiral og p-stav

Helsedirektoratet foreslår også forsøksordning med at jordmødre får sette inn spiral og med at jordmødre og helsesøstre får sette inn p-stav.

Det finner Eva Sommerseth naturlig.

– Dette angår den delen av kvinnekroppen jordmødre jobber mest med. Å lære teknikken er ikke vanskelig, mener hun.

– Vi jobber mye mer med denne delen av kroppen enn mange allmennleger.

Les mer: Rapporten «Utvidet rett til rekvirering av hormonelle prevensjonsmidler for helsesøstre og jordmødre» kan lastes ned fra www.shdir.no

Mer helseforskning i vest

26. september blir sykepleier og høyskolelektor Marit Solheim i Førde leder for landets første helseforsknings-senter drevet av et helseforetak og en høyskole.

«Senter for helseforskning» er et samarbeidsprosjekt mellom Høgskulen i Sogn og Fjordane og Helse Førde. Sammen med en førstekonsulent, to forskningskoordinatorer og en professor, skal Marit Solheim initiere og samordne forholdene slik at det skal bli mer helseforskning i Sogn og Fjordane. Til sammen utgjør de to og en halv stilling.

Spleiselag

Så vidt Solheim kjenner til, er dette landets første helseforsknings-senter som er et spleiselag mellom et helseforetak og en høyskole.

– Høgskolen og sykehuset har bodd ved siden av hverandre i mange år uten å samarbeide innen forskning og utvikling. Nå har begge sider forståelse for at vi godt kan få til et samarbeid. Nok-

uts krav om større forskningssatsing og det samme kravet til sykehusene etter foretaksreformen, ble det ekstra puffet som gjorde at vi kom i gang, sier Solheim.

Senteret skal bidra til at helseforetaket og høyskolen er faglig konkurransedyktige nasjonalt og internasjonalt med hensyn til forskning og utvikling. Videre skal det medvirke i prosjektutvikling, søknadsskriving og utvikle støttefunksjoner og tilbud for å øke kompetansen innen forskning og utvikling. Arbeidet skal være innen nasjonalt og regionalt prioriterte områder, men også utviklingsområder som er særlig knyttet til lokale forhold i Sogn og Fjordane.

Kroniske sykdommer og fedme

– *Stort mandat og mange fine ord.*

Hva er det første du kommer til å ta tak i?

– Vi har allerede sendt søknad til Helse Vest om strategiske forskningsmidler. Det er kjempeviktig med ekstern finansiering. Dernest kommer vi til å konsentrere oss om å bygge strukturer for forskning. Informasjonsbehovet er stort, både hos dem som er forskere og de som ønsker å forske. Dessuten vil selve senteret ha et behov for å være synlige, sier Solheim.

– *Noen spesielle forskningsprosjekter på blokka?*

– Først må vi kartlegge hva som skjer i helseforetaket, og så må vi samordne. De første søknadene nå i høst handler mye om ulike kroniske sykdommer og fedme. Vi ønsker også prosjekt som involverer kommunehelsetjenesten.



PÅ JAKT ETTER PENGER: Marit Solheim er i gang med å søke om forskningsmidler.

Førde har ifølge Solheim altfor få stipendiater.

– *Hvor mange kan dere få til neste år med senterets hjelp?*

– Jeg håper at vi neste år har to stipendiater som får hel eller delvis finansiering til sine prosjekt. Det vil i så fall være et stort framskritt i forhold til i dag. Uansett: Poenget er at vi må finne veien sammen for å nå målet om mer forskning.

Sykepleiere versus leger

Sykepleiere har et større ønske enn leger om å hjelpe andre og mener de burde hatt høyere lønn. Legene er mer tilfreds med inntekten. Når sykepleierne har vært ute i jobb noen år, synker derimot viktigheten av å hjelpe andre noe, og de nærmer seg legenes nivå. Men for begge yrkesgrupper er dette fremdeles viktig.

Dette kommer frem i en undersøkelse gjort av Fafo-forsker Marianne Dæhlen. Hun har sammenlignet hva forskjellige yrkesgrupper ønsker seg av jobben, og om dette endres i perioden fra de er studenter til de kommer ut i jobb.

Kilde: Dagens Medisin

Cyberbasert kunnskap

Nå kan du lære å bli kunnskapsbasert gjennom nettet på adressen: kunnskapsbasertpraksis.no. Det er Høgskolen i Bergen, Senter for kunnskapsbasert praksis og Nasjonalt kunnskaps-senter for helsetjenesten som står bak nettstedet som åpnet i september.

Meningen er at helsepersonell og studenter skal lære seg å finne, kritisk vurdere og bruke forskningsbasert kunnskap slik at de kan ta kunnskapsbaserte beslutninger. Nettstedet er bygget opp etter seks trinn: Refleksjon, spørsmålsformulering, litteratursøk, kritisk vurdering, anvendelse og evaluering.

Kilde: Kunnskaps-senteret.no

EMSELEX® - EFFEKTIV¹ OG M₃ SELEKTIV

Effektivt¹

VEIEN TIL BEHANDLING AV OVERAKTIV BLÆRE

- 77% reduksjon av antall episoder med urgeinkontinens¹
- Godt tolerert¹
- En dose - 7,5 mg eller 15 mg daglig²

REFUSJON PÅ
BLÅRESEPT PUNKT 40

 **Emselex**[®]
(darifenacin) 7,5mg og 15mg DEPOTTABLETT

Effektiv og M₃ selektiv

Id-kode: 4053/10.2007

Referanser:

1. Chapple C, et al. A pooled analysis of three phase III studies to investigate the efficacy, tolerability and safety of darifenacin, a muscarinic M₃ selective receptor antagonist, in the treatment of overactive bladder. BJU Intl. 2005;95:993-1001.
2. FK-tekst 12.04.2007

Se preparatomtale side 64

Lever godt med

På Ammerudlunden sykehjem i Oslo er det godt å være **MRSA-pasient**. Så godt at pasientene ikke vil ut derfra når de blir friske.

Når Sykepleien kommer på besøk en vanlig morgen klokken ti, sitter tre av de seks beboerne på Ammerudlundens post 3 og venter i fellesrommet. De har ikke spist frokost ennå.

— Her venter vi til alle har fått stelt seg. Vi spiser alle måltider sammen, det er vanlig folkeskikk, sier Karen Kolbu bestemt.

Hun er 92 år og har vært på MRSA-posten siden den åpnet i mai i 2006, som et prøveprosjekt i regi av Helse- og omsorgsetaten i Oslo. Målet var å gi pleietrengende og MRSA-smittede eldre et forsvarlig smittevern og et mer humant botilbud, slik at de skulle slippe å være isolert på eget rom.

Så langt ser det ut til å ha vært suksess. Karen Kolbu sier hun trives så godt at hun helst vil fortsette å være på avdelingen selv om hun skulle bli kvitt bakterien.

MRSA-posten ble evaluert i fjor og fikk mye skryt. Nå er to lignende poster planlagt ved andre oslosykehjem. Resultatene fra Ammerudlunden har inspirert sykehjem over hele landet og ført til flere gode råd i den nye MRSA-veilederen til Folkehelseinstituttet, som kommer i revidert utgave i høst (se side 20).

Ulike soner

Myndighetenes råd på området har nemlig vært for strenge: Forsvarlig smittehåndtering av MRSA-pasienter på sykehjem skulle følge samme rutiner som sykehus. Det vil i praksis si å isolere dem. På sykehjem

har det ofte blitt svært langvarig isolasjon, opp mot et år, kanskje lenger. Ansatte og pårørende som skal inn til pasientene har da måttet kle seg i full smittevernsmundur: frakk, munnbind, hette, hansker og plast utenpå skoene. I den nye veilederen anbefales det ikke lenger full isolasjon.

På fellesrommene i Ammerudlundens øverste etasje er det eneste som minner om smittevern at de ansatte har på seg hansker når de skal ta på ting pasientene også er borti. De deler inn posten i høy- og lavrisikosoner. Høyrisikosonen er pasientenes rom med eget bad, mens lavrisikosonen er fellesrommene, vaktrommet, lageret og pårønderrommet. Ren sone er gangen utenfor heisen.

Post 3 kan også ta imot to dagpasienter og hjelper til med sanering ved utbrudd på andre sykehjem. Har en pasient vært gjennom tre saneringer og fremdeles tester positivt, regnes vedkommende som kroniker.

Fra fengsel til kollektiv

Beboer Inger-Marie Stoklasa kan underskrive på at dette er en mye bedre metode. Hun har tidligere vært isolert på Stovner sykehjem.

— Det var seks uker i ett rom, det, sier hun mens hun sitter med de andre rundt frokostbordet og lar maten synke.

— Fy faen! utbryter Karen Kolbu.

— Ja, det synes jeg og, nikker Stoklasa.

— Det er jo som å putte ▶▶



MRSA



MRSA

- Meticillinresistente **Staphylococcus aureus** (gule stafylokokker) er et økende problem ved norske sykehus. Tallene for sykehjem i Norge viser en liten nedgang: I 2005 var det 17 utbrudd (to eller flere tilfeller), i 2006:15 og i 2007: åtte. Til sammen har over 300 personer hatt MRSA ved norske sykehjem siden 2003.
- Smitter vanligvis ved direkte kontakt fra person til person. Luftsmitte (fjern-dråpesmitte) via avstøtte hudceller kan forekomme.
- 20-30 prosent av befolkningen er permanente bærere av gule stafylokokker i nesen eller på hud. Hos friske er dette vanligvis uproblematisk. Det er høyere bærerfrekvens hos ansatte og pasienter i sykehus. Personer med nedsatt immunforsvar vil lettere få en infeksjon. Infeksjoner gir økt sykkelighet og død sammenlignet med infeksjoner forårsaket av meticillinsensitive gule stafylokokker.

Kilde: Folkehelseinstituttet

KOLLEKTIV: Vi er som et kollektiv her, sier Inger-Marie Stoklasa. Hun var isolert på et rom i seks uker på Stovner sykehjem før hun kom til Ammerudlunden.

ET HJEM FOR
BEBOERE, HVOR VI
ANSATTE JOBBER

OG IKKE EN
ARBEIDSPASS FOR
OSS ANSATTE, HVOR
NOEN BEBOERE BOR.



SYKEPLEIERVASK: For å holde utgiftene nede, må sykepleierne på post 3 ta sin del av rengjøringen hver dag. Her vasker Anna Hamberg med det bakteriedrepende middelet VirKon, som avdelingen er storforbruker av.



folk i fengsel, konstaterer Kolbu.

– Ja, jeg følte meg innestengt, sier Stoklasa og fortsetter:

– Da er det mye bedre her. Hele atmosfæren. Vi er som et kollektiv. Det er veldig søte jenter som jobber her, og vi blir mer kjent med dem enn på et annet sykehjem.

Posten har fire sykepleiere, to hjelpepleiere og fire assistenter. Det er alltid minst én sykepleier på vakt. Sykefraværet er så godt som ikke-eksisterende. I fjor var det totale sykefraværet på 1,1 prosent. Hittil i år er det på 1,6 prosent. Resten av sykehjemmet har 3,3 prosent.

Institusjonssjef Karina Michelsen sier at de ansatte har omsorg for hverandre siden det er en så liten post. Hun har ingen problemer med å unngå å bruke ekstravakter. De ansatte har til og med ønsketurnuser og har laget prosedyrene selv.

– Utfordringen er feriene. Skal

jeg bruke en vikar fra en annen avdeling, må denne vikaren ha en karantenetid i fire-fem dager etter å ha vært på MRSA-posten. Vi må vente på negativt prøvesvar før den kan jobbe i vanlig avdeling igjen. I de dagene må vedkommende få lønn, sier Michelsen.

Halvparten friske

Hittil har én ansatt testet positivt, men prøven ble tatt rett etter et stell, og neste prøve var negativ. De ansatte tester seg en gang i måneden ved skrapeprøver fra nese og hals.

Heller ikke beboerne har smittet hverandre. Nå har til og med tre av dem testet negativt tre ganger, det vil si at de ikke er å betrakte som bærere av MRSA lenger. Men beboerne trives så godt, at de ikke vil flytte på seg. Michelsen forteller at de ennå ikke har diskutert hva de skal gjøre med dette.

– Jeg vil ikke være den som forteller beboerne at de må flytte ut, sier hun.

Også Jan-Henrik Pederstad i Helse- og velferdsetaten som er medisinsk ansvarlig for MRSA-posten, synes det er et dilemma.

– Denne vanskelige diskusjonen må vi ta. Det er et moralspørsmål, like mye som et spørsmål om smittevern. Dette er gamle mennesker som man skal være forsiktige med å flytte på. De liker seg godt der de er. Samtidig er det en dyr avdeling og andre som trenger plassen.

– Hvor mange står i kø for slike plasser i Oslo?

– Ikke alle må på en MRSA-post, men omfanget av MRSA er økende, og vi har nylig hatt et utbrudd på et sykehjem med fem-seks pasienter og et par ansatte, sier Pederstad.

Han ser ikke bort fra at grunnen til at tre har blitt kvitt bakterien på Ammerudlunden, er det gode stedet

de har fått: Trivsel kombinert med god smittehåndtering. Blant annet får beboerne rene klær og sengetøy hver dag.

Alle må vaske

Høye lønnsutgifter og et høyt forbruk av spesielle rengjøringsmidler, smittevernsutstyr og utstyr til sårstell, gjør MRSA-posten til et lite pengesluk. Det må spares der det kan, og en av løsningene er å la alle ansatte dele på renholdet på avdelingen. Samtidig som pasienten blir stelt om morgenen, vaskes rommet. Derfor bruker en ansatt cirka en time på hver pasient om morgenen. De ansatte vasker også alt sengetøy, kluter, håndduker og alle klær på avdelingen, både sine egne og pasientenes.

– Jeg synes det blir feil bruk av ressurser når store deler av formiddagen går bort til rengjøring for sykepleierne. Vi kunne brukt tida til



VIL BLI: Beboer Karen Kolbu ønsker ikke å flytte om hun skulle bli kvitt MRSA-bakterien.



VIL IKKE: Institusjonssjef Karine Michelsen vil ikke være den som forteller de friske MRSA-pasientene at de må flytte.

å gjøre noe med beboerne i stedet, gått på tur, for eksempel, sier den nye avdelingslederen Silje Haugo.

Institusjonssjef Michelsen forstår frustrasjonen og har forsøkt å redusere renholdspresset på de ansatte ved å få et vaskebyrå til å ta den månedlige hovedrengjøringen hvor alle vegger og tak vaskes ned.

— Men hvis bare assistentene skulle gjort det, ville ingen av dem ha jobbet her, sier hun.

Røyk og sherry

Ammerudlundens sykehjem har med sine små avdelinger blitt kåret til Oslos beste sykehjem i 2005 og 2006. På dette stedet bestemmer beboerne selv når de vil stå opp, dusje, spise og legge seg.

— Innen rimelighetens grenser, da, legger Michelsen til.

Beboerne på post 3 har et trimrom, men det står nærmest ubrukt. Derimot har de et velbrukt bar-

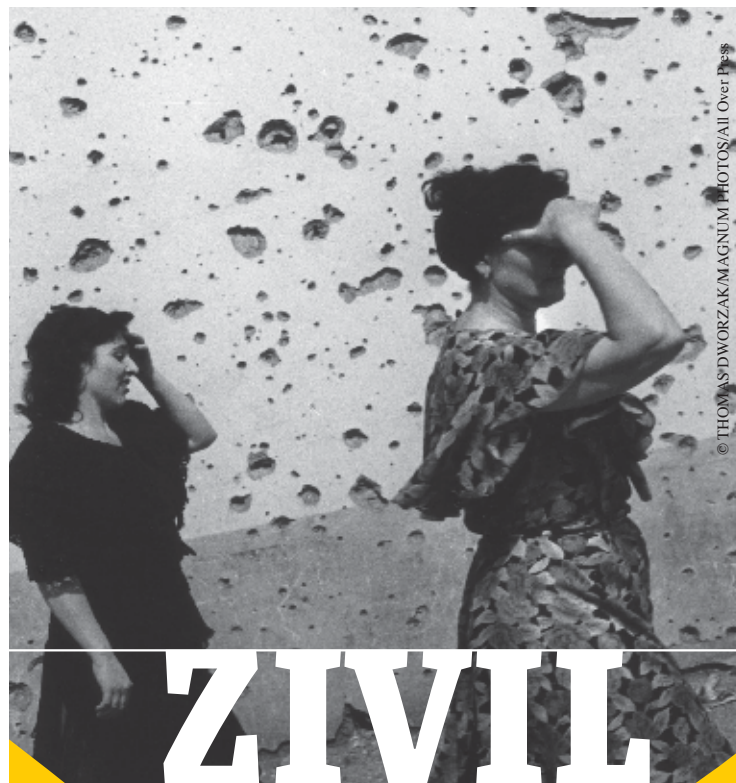
skap. Den som vil, kan få et glass vin til middagen og en sherry utpå kveldingen. De kan også gå fritt inn og ut av bygningen, men de sitter helst på verandaen som går i vinkel rundt husets øverste etasje. Der har de oversikten.

Etter frokosten er det to som vil ut dit for å røyke. De ansatte finner ikke røyken til beboer Eva Thorsen, men hun får bomme en av Inger-Marie Stoklasa. Avdelingsleder Silje Haugo forsøker forgjeves å få fyr på lighteren med sine hanskebeklede fingre.

— Har du ikke gnist, Silje? Kommer det kjapt fra Stoklasa.

— Nei, jeg mangler litt gnist, det har du helt rett i, ler avdelingslederen.

Til slutt blir det fyr i begge sigaretter og damene nyter nikotinen og utsikten over Groruddalen. Til uka skal hele gjengen på tur til Frognerparken.



© THOMAS DWORZAK/MAGNUM PHOTOS/All Over Press

ZIVIL

Når samhold og kjærlighet blir livsviktig

Heftig og vakker skildring om hvordan man i en ekstrem virkelighet finner samhold og livsgnist.

Skrevet av den prisbelønte dramatiker Erlend Sandem.

Med: Marit Østbye, Huy Le Vo, Besim Jakupi, Terese Mungai, Sara Baban.

Regi: Mette Brantzeg, Scenografi og kostymedesign: Erik Annar Evensen, Lysdesign: Ola Bråten.

Det vil bli samtaler på scenekanten etter forestillingen.

Uppremiere i Førde 29. September

29-09 Førde	17-10 Melhus	15-11 Lyngdal
30-09 Florø	18-10 Levanger	16-11 Egersund
01-10 Sogndal	20-10 Bodø	17-11 Sandnes
02-10 Ulsteinvik	25-10 Stokmarknes	18-11 Aksdal
03-10 Ålesund	26-10 Narvik	19-11 Stord
05-10 Molde	27-10 Harstad	23-11 Seljord
06-10 Sunndalsøra	28-10 Finnsnes	24-11 Notodden
07-10 Oppdal	29-10 Tromsø	25-11 Vikersund
08-10 Otta	30-10 Alta	26-11 Nøtterøy
09-10 Fagernes	01-11 Vadsø	27-11 Jessheim
10-10 Ål	09-11 Drammen	28-11 Askim
12-10 Gjøvik	10-11 Skien	01-12 Tynset
13-10 Lillehammer	11-11 Grimstad	02-12 Rena
14-10 Elverum	12-11 Arendal	03-12 Kongsvinger
16-10 Røros	13-11 Kristiansand	

www.riksteatret.no

DnBNOR 


RIKSTEATRET

Nye MRSA-regler

Det kan være slutt på at sykehjemspasienter med MRSA-bakterier risikerer å tilbringe sine siste måneder på isolat. En **ny veileder** åpner for å få dem opp og ut i det fri.

Folkehelseinstituttet har nylig revidert MRSA-veilederen fra 2004. En av de viktigste endringene er at sykehjem ikke lenger underlegges de strenge kravene til isolering som sykehusene.

Kan møte pårørende

Jan-Henrik Pederstad i Helse- og velferdsetaten i Oslo synes det er på høy tid at veilederen er revidert.

– Jeg er veldig uenig i isolasjonskravet som har vært. Vi vet at det går hardt ut over eldre menneskers psykiske tilstand, og må derfor jobbe intenst for å finne en annen løsning, nesten umiddelbart, sier han.

Han forstår at mindre kommuner ikke kan gjøre som Ammerud-lunden sykehjem i Oslo (se side 16), som har opprettet en egen MRSA-avdeling. I stedet foreslår han såkalt kohortisolering der man bruker de samme prinsipper (med høy- og lavrisikosoner) for én pasients rom og er nøye med hygien: Rene klær og sengetøy hver dag, samt strenge vaskerutiner.

– Det er alltid en mulighet for å trille pasientene ut i friluft og finne steder hvor de kan få møte pårørende. Slike tiltak bør settes i verk med en eneste gang, sier han.

Måneder i isolasjon

Da det kom en økning i tilfeller av meticillinresistente gule stafylokokker (MRSA) på sykehjem i 2005 og 2006, var det flere sykehjem som oppdaget at det var vanskelig å isolere mange av beboerne. Hovedsakelig fordi de som følge av demens ikke kunne samarbeide om tiltakene eller samtykke i disse.

– I de tilfellene det gikk greit å isolere, kom sykehjemmene opp i et praktisk og etisk dilemma. Mange ble utsatt for så langvarig isolering at det ble en stor belastning både for beboer og ansatt, sier Petter Elstrøm ved avdeling for infeksjonsovervåking ved Folkehelseinstituttet.

Han har hørt om tilfeller opp mot ett år og sier det er mulig at noen har blitt isolert lenger.

– Langvarig isolering kan gå ut over beboers helse. Mindre kontakt med andre mennesker gir mindre stimuli slik at de med mentale problemer fra før kan bli mer deprimert. De kan begynne å spise mindre, og i verste fall kan det føre til for tidlig død.

Den nye veilederen fra Folkehelseinstituttet blir om kort tid publisert på nettsidene deres. Papirversjon kommer senere i år.



PÅ GAMMELMÅTEN: Glemmen sykehjem i Fredrikstad gjorde i mai som mange andre sykehjem i landet og fulgte de strenge anbefalingene fra Folkehelseinstituttet. Denne MRSA-pasienten hadde da vært isolert i flere måneder. Han er nå død. (Sykepleien har fått tillatelse til å bruke bildet.)



- Månedlig prevensjon, ingen piller å huske
- Lavest østrogendose¹
- Best blødningskontroll^{2,3}



C NuvaRing "Organon"

Antikonsepsjonsmiddel

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

alvorlig traume. I disse situasjonene er det tilrådelig å avbryte bruk (i tilfelle av planlagt kirurgi minst 4 uker i forveien) og ikke fortsette før 2 uker etter fullstendig remobilisering. Risikoen for arterielle tromboemboliske komplikasjoner øker med: Økende alder, røking, dyslipoproteinemi, fedme, hypertensjon, migrene, hjerteklaffefeil, hjerteflimmer, positiv familieanamnese (arteriell tromboemboli hos søsken eller foreldre i relativt ung alder). Ved mistanke om en arvelig disposisjon skal kvinnen henvises til en spesialist for rådgivning før det tas en avgjørelse vedrørende bruk av hormonell antikonsepsjon. Biokjemiske faktorer som kan indikere arvelig eller ervervet disposisjon for venøs eller arteriell trombose inkluderer aktivert protein C (APC) resistens, hyperhomocysteinemi, mangel på antitrombin-III, mangel på protein C, mangel på protein S og antifosfolipid antistoffer (antikardiolipin antistoffer, lupus antikoagulanter). Ved mistenkt eller bekreftet trombose skal bruk av preparatet avbrytes. Andre medisinske tilstander som har vært assosiert med sirkulatoriske bivirkninger omfatter diabetes mellitus, systemisk lupus erythematosus, hemolytisk uremisk syndrom, kronisk inflammatorisk tarm sykdom (f.eks. Crohns sykdom eller ulcerøs colitt). En økning i frekvens eller styrke av migrene (som kan være forløper for en kardiovaskulær hendelse) kan være grunnlag for å avbryte bruken av NuvaRing umiddelbart. Noe økt risiko for brystkreft. Den økte risikoen forsvinner gradvis i løpet av 10 år etter avsluttet bruk. Levertumorer må anses som en differensialdiagnose ved sterk smerte i øvre del av buken, forstørrelse av leveren eller tegn på indre blødninger i abdomen. Kvinner med hypertriglyseridemi eller slik i familieanamnesen kan ha en økt risiko for pankreatitt. Hvis vedvarende klinisk signifikant hypertensjon utvikler seg, bør bruk av preparatet avsluttes og hypertensjonen behandles. Bruken kan gjenopptas hvis normotensive verdier oppnås ved behandling med antihypertensiva. Følgende tilstander kan forekomme eller forverres ved svangerskap eller ved bruk av hormonell prevensjon: Gulsott og/eller kløe relatert til cholestase, dannelse av gallesten, porfyri, systemisk lupus erythematosus, hemolytisk uremisk syndrom. Sydenhams chorea, herpes gestationis, otoskleroserelatert hørselstap. Ved akutte eller kroniske forstyrrelser av leverfunksjon seponeres preparatet inntil markørene for leverfunksjon går tilbake til normalen. Kan nedsette perifer insulinsensitivitet og glukosetoleranse og kvinner med diabetes bør monitoreres nøye spesielt de første

månedene. En forverring av Crohns sykdom og ulcerøs kolitt har vært assosiert med hormonell antikonsepsjon. Kvinner med tendens til kloasma bør unngå å utsette seg for sollys eller ultrafiolette stråler. Hvis en av følgende tilstander foreligger kan kvinnen ha problemer med å sette ringen riktig på plass eller ringen kan falle ut: Livmorhalsprolaps, fremfall av fremre eller bakre skjedevegg, kraftig eller kronisk forstoppelse. **Interaksjoner:** Interaksjoner kan forekomme med legemidler som inducerer mikrosomale enzymer, noe som kan resultere i økt clearance av kjønnshormoner f.eks. fenytoin, fenobarbital, primidon, karbamazepin, topiramid, felbamad, ritonavir, griseofulvin og preparater som inneholder johannesurt. Noen kliniske rapporter antyder at den enterohepatiske sirkulasjonen av østrogener kan avta når visse typer antibiotika gis, f.eks. penicilliner og tetracykliner, noe som kan redusere konsentrasjonene av etinyløstradiol. Sikkerhet og effekt påvirkes ikke av behandling med antimykotika eller spermiedrepende midler. Andre legemidlers metabolisme kan påvirkes, ved at plasma- og vevskonsentrasjoner øker (f.eks. ciklosporin) eller reduseres (f.eks. lamotrigin). **Graviditet/Amning: Overgang i placenta:** Hvis graviditet oppstår, skal ringen tas ut. Effekten ved bruk av preparatet under graviditet, er ukjent. Til tross for intravaginal administrering er intrauterine konsentrasjoner av prevensjonshormoner lik de nivåene som er observert hos p-pillebrukere. **Overgang i morsmelk:** Østrogener kan redusere mengden og endre sammensetningen av brystmelken. Bør ikke brukes under amning. **Bivirkninger: Hyppige (>1/100):** Gastrointestinale: Mavesmerter, kvalme. Hud: Akne. Neurologiske: Hodepine, migrene. Psykiske: Depresjon, emosjonell labilitet, nedsatt libido. Urogenitale: Underlivssmerter, brystmerter, dysmenoré, leukoré, vaginalt ubehag, vaginitt. Øvrige: Vektøkning, ubehag i forbindelse med ringen, utstøting. **Mindre hyppige:** Gastrointestinale: Diaré, oppkast, oppblåst mage. Hud: Utslett. Neurologiske: Svimmelhet. Psykiske Angst. Urogenitale: Cervicitt, cystitt, urinveisinfeksjon, genital pruritus. Øvrige: Fibroadenomer i brystene, ryggsmerte, tretthet. **Sjeldne (<1/1000):** Hud: Urticaria. Øvrige: Hypersensitivitet. **Oppbevaring og holdbarhet:** Grossist og apotek: Kaldt (2-8°C). Hos bruker: Værelsestemperatur (<30°C), ikke over 4 måneder. **Pakninger og priser:** 1 stk. kr 117,60. 3 stk. kr 299,00.

Sist endret: 01.09.2008

REFERANSER:

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

Nor.08.Nuv.096



KREVER SKJERM: En videokonferanse kan arrangeres på en skjerm i nærheten. Men kanskje en som er litt mer moderne enn denne.

Ikke alle konferanser krever fysisk oppmøte.
Nå kan alle lære seg å bruke videokonferanse.

– Vi har laget en kort innføring i hva videokonferanse er, forteller spesialkonsulent Vibeke Flytkjær ved Nasjonalt senter for telemedisin.

«Videokonferanse på 1-2-3» heter kurset, som ligger fritt tilgjengelig på nett. Kurset er gratis, har ingen test eller eksamen, og kan tas igjen og igjen.

– Vårt mål er å spre kompetanse, sier hun.

Flere kan dele

Nasjonalt senter for telemedisin er et forsknings- og kompetansesenter for telemedisinske tjenester. Det er underlagt Helse Nord, er lokalisert i Tromsø og har både status som nasjonalt kompetansesenter og samarbeidssenter for Verdens helseorganisasjon.

– Hva er de vanligste problemene folk støter på i forbindelse med videokonferanser?

– For oss er det først og fremst viktig at de kjenner til mulighetene for å holde slike konferanser. Mange steder i Helse-Norge er det studioer som kan brukes. Ikke bare på sykehus, men også på helsesentre.

Flytkjær mener flere kan dele kompetanse.

– Det er mange som har internundervisning rundt om i landet. Kanskje flere kunne ha nytte av den?

Hun forteller at senteret hjelper til med tilrettelegging.

– Dette kurset er en smaksprøve for å komme i gang. Vi tilbyr også hjelp med det tekniske og praktiske kurs. Enten holdt som videokonferanse, eller så kan vi også reise ut.

Dette gjelder hele landet.

Nasjonalt senter for telemedisin har også en læringsportal som heter helsekompetanse.no. Her

Min svakhet er også min styrke

Kristian Haugland, mastergrad i filosofi.

fins oversikter over kurs og andre faglige aktiviteter holdt som videokonferanse.

Trygg overføring

Videokonferanser har også blitt et våpen i miljøkampen. Å treffes via skjermen sparer både tid, klima og penger.

– Men synes helsepersonell det er vanskelig?

– Det er nok mange som tror det er vanskeligere enn det er. Opplæ-

ring er viktig. Det samme er lokal organisering.

– Ja, etter hvert har det blitt det. Men samtidig er dette et uoppdaget marked. Vi vet det står ubrukt utstyr rundt omkring.

Flytkjær peker på at videokonferanser egner seg til undervisning, men også møter, konsultasjoner og veiledning.

– Men er det trygt å utveksle for eksempel pasientinformasjon via videoskjermen?

– Selve overføringen er trygg. Men man må passe på omgivelsene, om det er andre til stede som kan få med seg sensitiv informasjon.

Flinke sykepleiere

– Vet dere hvilke helseregioner som bruker videokonferanser mest?

– Nei. Men vi vet det er ganske utbredt i nord. Her er avstandene store, og videokonferanser ble tidlig tatt i bruk. Det henger nok

sammen med at senteret ligger i Tromsø.

– Ser dere at bruken øker?

– Ja. Men vi har en vei å gå for å nå ut til flere.

– Er det enkelte grupper som bruker videokonferanse mer enn andre?

– Sykepleierne er flinke. For eksempel er det mange lærings- og mestringssentre som bruker videokonferanse som regional møteplass.



Helsekompetanse

En læringsportal som Nasjonalt senter for telemedisin står bak. Her er oversikter over nettbaserte kurs, fagnett og forelesninger holdt som videokonferanser. www.helsekompetanse.no



Videokonferanse på 1-2-3

Et kurs i hva videokonferanse er og hvordan det gjøres. **Gratis.**
www2.helsekompetanse.no/atutor/videokonferanse/

Problemet for en med ADHD er at man ikke klarer å konsentrere seg om det man der og da bør konsentrere seg om.

Da Kristian Haugland (28) hadde fått diagnosen ADHD begynte han med medisiner. Dette informerte han klasseforstanderen om. Hun merket store og positive endringer i Kristians atferd, og strøk derfor alle anmerkninger som Kristians konsentrasjonsvansker så langt hadde skaffet ham.

– På den måten lærte jeg at så lenge jeg selv er åpen om mine utfordringer, er det mange rundt meg som ønsker å legge til rette for at jeg skal fungere optimalt, sier Kristian.

I dag har han en mastergrad i filosofi, er pleiemedhjelper på et sykehjem og styreleder i lokallaget til Mental Helse Ungdom i Bergen. I tillegg har han startet sitt eget foretak som foredragsholder.

Kristian er ikke alene. Halvparten av oss vil få alvorlige psykiske problemer i løpet av livet. Tidlig hjelp kan forhindre utvikling av psykiske lidelser. Denne hjelpen må finnes i kommunen.

Derfor har kommunene gjennom Opptappingsplanen for psykisk helse de siste ti årene ansatt 5000 personer i psykisk helsearbeid. I tillegg har kommunene styrket tjenestene med 5000 egne årsverk. Sammen med landets fastleger utgjør dette kommunenes psykiske helsearbeid.

Denne satsingen begynner vi nå å se resultatene av. Flere får nå et bedre tilbud tidligere – særlig har tilbudet til barn og unge blitt styrket.

Pengene til psykisk helse videreføres, men er ikke øremerket etter 2008. Nå er det opp til kommunenes politikere å sørge for at innbyggerne får det nødvendige tilbudet.

Se flere historier på www.psykisk.no

Alle kan få
psykiske
problemer

Er din
kommune
forberedt?



Helsedirektoratet



MENTAL HELSE



Oslo skadelegevakt

- 97 000 konsultasjoner i 2007.
- 3 575 voldsofre i 2007. Det er 70 per uke. Halvparten i helgene.
- De fleste voldsofre er menn mellom 20 og 30 år. Én av ti er kvinner utsatt for vold i nære relasjoner.

Natt til søndag er det alltid travelt på skadelegevakten.

Oslo by night



SLÅTT: Festen tok slutt både for Marius Thorvildsen og mor.

For litt siden feiret Marius pappas 50-årsdag. Nå er han på legevakten med finskjorten full av blod. Han ble slått i hodet med en trestokk.

Lørdag i august, snart midnatt, 18 grader. Utelivet i hovedstaden er på stigende rus. En mann sjangler i hele fortauets bredde. Han har et stort, rent plaster på skrått ved det ene øyet. Innenfor veggene han passerer har tre leger og fire sykepleiere unnagjort to timer av vekten som skal vare til klokken åtte i morgen tidlig. De prøvde nettopp å holde den sjanglende mannen igjen til observasjon. Men han bare gikk. Kanskje ville han fortsette festen.

Samtidig er 50-årsdagen hos familien Thorvildsen godt i gang hjemme på Vettakollen.

Rottebitt

Det er ingen på venterommet nå. Sykepleier Elin Strømberg har tid til å sette seg. Forrige pasient, som ble behandlet for rottebitt, har gått. Uvanlig rolig til lørdag å være. Kan det være? Sykepleierne Liv Hansen, Laila Karlsen og Emmanuel Lopez har også vakt denne natten.



VONDT: Sykkelturen til Ida Gauperaa endte med brudd i en overarm og et ribbein. Sykepleier Elin Strømberg plastrer skrubbsår.

Klokken halv ett tar Strømberg imot en gammel dame med kutt i pannen. Hun har falt og slått seg og er i følge med barnebarnet. Samtidig, i andre enden av korridoren, tar kollega Hansen seg av en middelaldrende dame som har ramlet og gjort i buksen. Hvorfor hun ramlet, vet hun ikke. Hun husker ikke. Er for full.

Oslo legevakt er delt i en skadelegevakt og en allmennlegevakt. De er lokalisert i samme bygg med felles inngang, men organisert hver for seg. Pasientene med brudd og sår skal hit til skadelegevakten. For noen måneder siden ble den foreslått nedlagt. Ullevål universi-

tetssykehus ville dele utgiftene med Oslo kommune. Nei, sa helsebyråden først, det kommer ikke på tale. Men pengekrangelen ordnet seg. For hvem skal ellers ta seg av disse pasientene?

Tryna på sykkel

Lukten av avføring siver bortover korridoren og inn på det smale vaktrommet.

En ung mann blør i hodet. Kameraten forteller personalet at han var bevisstløs i fem minutter. Han skal til røntgen. En lyshåret jente går forbi og holder seg på skulderen. Fra hårfestet og ned til haken har blodet størknet i en tjukk stripe.

«En som tryna på sykkel», sier lege Anna Øiestad mens hun skriver journal på vaktrommet. Damen som har gjort på seg er hard og spent i magen, men Øiestad vet ikke hvorfor. Nå vil damen på toalettet. Med et teppe rundt seg sjangler og subber hun sakte forbi vinduet, stødig geleidet av sykepleier Hansen.

En ambulansarbeider informerer om siste pasient.

«Ung dame med kul i bakhodet. Har kastet opp. Blodsukker 5.3. Mye alkohol. Hun har vært fra seg, men har roet seg.»

Opplysningene blir tastet inn på pc-en.

Slått med stakk

Det er nå 50-årsfeiringen oppi åsen tar en brå vending: En guttegjeng lusker utenfor hagen der festen foregår. 19-årige Marius tror først det er noen venner og går til inngangsdøren. Men guttene er ukjente. Marius går ut og ber dem gå vekk fra området. Da tar en av dem fram en trestokk og slår den i hodet på Marius. Gjengen forsvinner mens Marius blødende støtter seg til en bil. Lillebroren varsler, Marius får ispose på hodet før en av gjestene kjører ham til legevakten. Mamma blir med i bilen.

Imens er det blitt den blonde syklistens tur til å få behandling. Ida

Vi kommer med en til, vi, siden vi er så godt i gang.

Ambulansearbeider



TRE STING: Arr i ansiktet blir penest når man syr uten bedøvelse. Ok, sier Ida Gauperaa.

Gauperaa hadde vært på vernisage. I ett-tiden skulle hun og venninnen videre til en konsert. Gauperaa syklet, venninnen satt bak. En annen syklist kom bakfra og krasjet borti dem.

«Satt plutselig på fortøyet. Husker ikke hvordan det skjedde.»

Ida ligger på benken mens lege Øiestad undersøker henne. Hun har ett kutt på albuen, ett i pannen, skrubbsår på armen og veldig vondt i skulderen.

«Har du tatt noe annet enn alkohol?»

«Nei.»

«Betyr det at hun ikke kan få bedøvelse?» spør venninnen.

«Nei, det har ikke noe å si.»

«Har jeg mye voks?» sier Ida muntert når legen ser i ørene hennes.

Refleksene sjekkes.

«Vi syr ofte uten bedøvelse i ansiktet», opplyser legen.

«Du kan prøve», sier Strømberg.

«Så har du prøvd det òg», sier venninnen.

Men først skulderen. Forsiktig av med jakken, så blusen. Legen trykker, spør, kjenner. Røntgen må til, beslutter hun. På med blusen igjen.

Strømberg renser sår, setter stivkrampevaksine og legger bedøvelsesgelé på albuen. Legen legger et grønt laken med splitt over ansiktet

for å holde det rent når hun syr i pannen.

«Det var første stinget.»

«Gjorde ikke vondt i det hele tatt!»

Tre små sting er nok. Legen går og Strømberg setter på bandasje.

«Du kommer til å merke det, si fra hvis det gjør vondt», sier Strømberg før hun vasker albuen og pirker små steiner ut fra såret.

«Kult med små arr», filosoferer Ida.

«Vi har alle arr», sier sykepleieren mens hun bandasjerer albuen.

Ida og venninnen går til røntgen.

Må avruses

Marius har allerede ventet en stund. Det stripete skjortebrystet er rødt. Nå sitter han på gangen og holder et blodig papir på hodet. Klokkeren er 2 og stadige flere ambulansarbeidere informerer om nattens medbrakte.

«15 år, sørpe full», sier en av dem.

Strømberg tar på seg hansker. Hun går for å ta tenåringsjentens klær med spy oppi en pose. 15-åringen har ramlet i en skråning. Nå skal hun flyttes til allmennseksjonen for å sove ut rusen. Faren følger hakk i hæl.

«Skal dere ikke undersøke henne?» spør han ampert.

«Hold opp», stønner datteren i sengen.

«Hun er for full. Vi må vente til hun kan samarbeide», forklarer sykepleierne.

Jenten skal sove nå. Her er hun under observasjon.

Sju sting

En seng blir trillet forbi vaktrommet. En blek jente stirrer stivt ut i luften. Hun og kjæresten har vært med i en trafikkulykke. Han ligger hardt skadet på et sykehus, men det vet ikke hun.

Klokkeren er 2. 20 og i korridoren forteller Marius to politimenn hva som skjedde med guttegjengingen. Så er det hans tur til behandling. Mor og politiet følger med inn på sårrommet. Sykepleier Karlsen og lege Øiestad går etter.

Kuttet i hodebunnen er 4,5 centimeter.

«Jeg er vant til smerte», sier Marius.

Mor holder ham i hånden. Politiet gjør seg ferdig med forklaringen.

«Når dere har summet dere, så gå til nærmeste politistasjon og anmeld overfallet», sier de før de går.

«Sykt varmt her», sier Marius, mens Øiestad forbereder syngen.

«Au, au!»

«Da får du mer bedøvelse. Ingen heltkonkurranse dette.»

Det blir sju sting.

Trenger nye klær

I korridoren sitter en mann i dress. Han er dørvakt og har blitt slått ned på jobb. Nå blør han fra leppen. En eldre kvinne ligger i en seng. Hun ramlet da hun skulle på do og har slått seg i ankelen.

«Noen har bæsja på rommet», opplyser sykepleier Hansen mens hun er i farten.

Strømberg tar telefonen:

«Det er fra sår. Vi trenger litt renhold her.»

Damen med den spente magen har satt seg utenfor rommet. Hun har kledd på seg buksen med avføring som tidligere ble tatt av henne og lagt i en pose. Hun prøver å tørke seg nedover beina.

«Er det ikke avføring? Jo, det er det», mumler hun til seg selv.

«Du kan ikke gå med den buksen. Ta den av, så skal jeg hjelpe deg», sier Strømberg.

En vaskemann går inn på det tilgriset rommet. Mens Strømberg går til skyllerommet og vasker avføring av skoene sine sitter damen alene i gangen og snufser. Men Strømberg er snart tilbake.

«Er du lei deg?»

«Det er flaut.»

«Sånt skjer. Jeg skal finne nye klær til deg», trøster sykepleieren.

På elegant vis unngår personallet kollisjoner der de småløper ut og inn av vaktrommet. De deler informasjon så godt de kan mens pasientkøen vokser.

«Jeg har talt opp. Ikke kjempet krise», konkluderer sykepleier Karlsen for seg selv.

Hissig

«Vi kommer med en til, vi, siden vi er så godt i gang», sier en av ambulansarbeiderne som har vært her i hvert fall fem ganger allerede.

Nok en forslått ung mann, kameraten er med. Vaskemannen er ferdig. Strømberg har klart å finne en svart herrebukse til den uheldige kvinnen.

Klokken er over tre når en liten dame i en altfor stor dressbukse forlater legevakten med en gul plastpose i hånden. I gangen jakter Strømberg på rester av avføring med et tørkepapir.

Fra mottaket høres hissige stemmer. En utålmodig pasient synes det tar altfor lang tid før han får komme til. Uniformerte vakter er straks på pletten. Sykepleier Emmanuel Lopez, som har vekten i mottaket, tar seg en pustepause på vaktrommet.

«Jeg ble forbanna», sier han om den masete pasienten.

Byen koker

Nok en gammel dame er kommet i en ambulanse. Hun slo seg i hodet da hun skulle på do på sykehjemmet. Nå er det to damer på rundt 90 i hver sin seng gangen.

«Jeg må sann på do», sier hun med ankelen.

Strømberg henter bekken.

En mørkhåret ung fyr med røde bukser, gullenker og kutt i leppen står i døren til vaktrommet. Lurer på hvor lenge han må vente. Han har telefonen i hånden.

«Du er på ventelisten.»

Ryktet har spredd seg. Ute i mottaket er flere urolige kompiser kommet. De vandrer omkring, tekster og ringer.

«Gå ut til dem, du. De er for mange til å komme inn hit.»

Politiet snakker med en kar som blør fra nesen. Han vil ikke anmelde overfallet. Politimannen synes han bør. Ankeldamen blir flyttet over på en røntgenbåre. Den unge jenta er tilbake fra avrusning. Nå skal hun måle blodtrykket.

«Jeg har venta jævlig lenge», opplyser en fyr med kraftig

stemme og blodig hånd.

«Du er neste pasient. Vi jobber så fort vi kan.»

Tisser i vasken

Klokken er fire. Ny ambulanse, ny mann.

«Hele byen koker», beretter ambulansemannen.

Pasienten er blodig, langhåret, ingen har sett hva som skjedde. Såret i hodet blir sydd. Han sitter på sårrommet. Strømberg går inn til ham igjen og ser at han tisser i vasken.

«Det der er ikke lov. Bruk toalettet», sier hun og viser vei.

På vaktrommet tenker hun høyt: «Lurer på om jeg skal slenge i meg noen brødkiver eller en yoghurt.

«Gjør det», sier kollegene og forsetter med sitt.

Ti minutter senere er hun tilbake. Da har dørvakten fått plaster på leppen. Rundt hjørnet står politiet med en mann i håndjern. I gangen hulker 15-åringen høyt mens hun forteller faren om kveldens begivenheter.

«Han sa jeg måtte drikke det», hikster hun.

– Dør ikke av dette

«Rock on! Jeg har fucka hånda mi!»

Mannen med høyt stemmevolum har slåss med bestevennen sin. Grønne tatoveringer klatrer oppover begge armene. Han ligger utstrakt på benken mens legen klipper opp bandasjen som er surret rundt såret.

«Er nok glass i hånda mi, ha-ha-ha. Det blør som fan. Svir og.»

En venninne med langt, hvitt hår står ved siden av og klapper ham på den andre hånden.

«Stakkars», sier hun.

«Du sloss, men hvordan skar du deg?» spør lege Rizvi.

«Jeg knuste et halvlitersglass i hånden min. Det svir!»

Han snur seg vekk

«Ohh, fy faen.

Rizvi tester om han kan bøye fingrene. Han kan.

«Det svir som fan. Ååå, det svir, ass.»



SLOSS: Lørdagen begynte bra...

Han kniper igjen øynene. «Jeg får litt bedøvelse? Jeg burde tåle det. Men jeg tåler det ikke», sier den tatoverte mannen.

«Jeg dør ikke av dette. Jeg tenker på dem som har det verre enn dette.

«Da får du bedøvelse.»

«Fytte fan!»

«Pust med magen. Det viktigste er å holde armen i ro», sier Strømberg.

«Det var sting nummer én.»

«Jeg hater det!»

Så ler han.

«Jævlig irriterende. Skal ha det gøy og så skjer dette.»

«Dra hjem og slapp`a. Bli venn med kameraten din», sier Rizvi.

«Vi er venner. Hver gang vi er fulle, skjer dette.»

Strømberg klipper tråden hver gang legen er ferdig med et sting.

«Lenge siden du har tatt stivkrampevaksine?» spør hun.

Ikke siden ungdomsskolen.

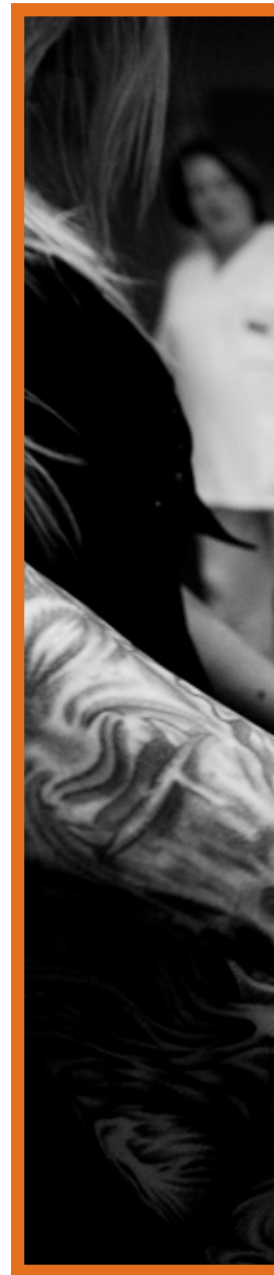
«Må du vaksinere?» spør han.

«Vi bruker liten nål. Den minste vi har.»

Venter

Halv seks. Utenfor virrer nok en blodig mann rundt i gangen. Så forsvinner han. Han tilhører Hells Angels og vil ikke ha behandling. Personalet diskuterer om han skal registreres. Han blir registrert.

Nederst i gangen har en gruppe



Der har vi hele Oslo Taxi.

Sykepleier Laila Karlsen



SVIR: Mohammad Rizvi har sjekket at alt glass er borte fra såret i hånden. Han syr, Elin Strømberg klipper tråd, pasienten banner.

svarthårete menn i mørkeblå klær samlet seg.

«Der har vi hele Oslo Taxi», mumler Karlsten.

En av drosjesjåførene har nettopp frontkollidert. Karlsten går bort til dem.

«Bare en av dere kan være her sammen med ham».

Strømberg oppdager en ørliten blodflekk på buksen og løper ned og skifter til en ren. En pårørende stik-

ker hodet inn på vaktrommet.

«Når mannen min har så store smerter, hvorfor må han vente så lenge da?»

«Det er flere som venter. Vi gjør så godt vi kan.»

Hun går tilbake til mannen sin.

Noen mumler: «Alle tror de har mest vondt og trenger hjelp forrest.»

Å, så pinlig

Klokken er 6.15. og Liv Hansen

skal snakke med jenten med den skadde kjæresten og moren hennes. Hansen kvier seg. Fortløpende har hun konferert med sykehuset der kjæresten er. Moren er informert. Men hvor mye tåler jenten å få høre?

Nattens siste blodige, unge, berusede mann kommer i følge med sin samboer. «Pinlig,» mener han, «tenk å komme her på en lørdagsnatt.»

Det skjedde hjemme etter en tur

på byen. Han satt i sofaen, må ha duppet og falt framover. Da han våknet, var det masse blod rundt ham.

«Har du drukket mye alkohol?»

«Ja.»

Dagslyset siver inn i rommet. Strømberg renser, Rizvi syr. Uten bedøvelse. Strømberg stripser og plastrer.

«Kan jeg spille fotball?»

«Det er vel lurt å vente noen



NY ENERGI: Elin Strømberg rekker en yoghurt og en brødiskive.

dager?» lurar samboeren.

«Kjenn etter hvordan formen er. Du kjenner best selv hva du orker», sier Strømberg.

Kuttet selv

Den gamle damen i sengen er bleik. Bandasje rundt hodet holder en arteriell blødning i sjakk. Øiestad tør ikke ta av bandasjen for å sy. Hun bestiller ambulans som kan ta henne til sykehus.

Strømberg gjesper. Og gjesper igjen. Klokken er nesten sju når ambulansen kommer og henter den gamle damen.

Der går en spinkel jente inn på et sårrom. Hun smiler. Kjæresten følger alvorlig etter. Hun har ni kutt i armen. De har hun sørget for selv.

«To igjen på listen», sier Karlens.

Klokken er snart halv åtte og dagvaktene kommer én etter én. Rapporten starter.

Jenten må sys.

«Jeg blir ikke med. Bedre å vente på en ny sykepleier», sier Strømberg til legen.

Hun går hjem. Sover i fem timer. Klokken fire er hun tilbake.



SENT: Natt blir morgen.

Når mannen min har så store smerter, hvorfor må han vente så lenge da?

Pårørende

Damene faller og mennene slåss

– Skadelegevakten blir aldri nedlagt. Spesielt natt-pasientene vil alltid være et offentlig ansvar, sier seksjonsoverlege Knut Melhuus.

– De private aktørene ønsker alle som kan betale velkommen på dagtid, men stenger sine dører når mørket faller på.

– Skadelegevakten har eksistert i 108 år. Den består, men vi drømmer om nye og mer tidsmessige lokaler.

Ramlet fra barkrakk

Denne natten behandlet skadelegevakten 41 pasienter mellom midnatt og klokken sju. Nesten alle pasientene var alkoholpåvirket. Unntak: To idrettsskader (fotball og bryting), to damer på rundt 90 år, én pasient med hemoroider og én politimann med kneskade.

De fleste av de 22 vanlige skadene, mest fallskader, skjedde mellom klokken 24 og 04. De 12 voldsskade kom på ettermiddagen, de fleste mellom klokken 03 og 06.

17 kom med fallskader, 12 av dem var kvinner. To hadde falt ned fra barkrakken.

– Overraskende mange kvinner denne natten, kommenterer Melhuus.

Voldsofrene var 11 menn og én mishandlet kvinne.

– Det stemmer med årsstatistikken.

19 av pasientene var menn i aldersgruppen 20-30 år.

– Morsom jobb

Melhuus tror de ansatte har en morsom jobb.

– Flertallet av pasientene har mindre skader, som kan behandles raskt og effektivt. De fleste er fornøyde, selv om ventetiden av og til kan bli lang. De ansatte føler de har gjort en god innsats når vekten er over.

Staben her er ung.

– Dette er en jobb for unge mennesker med energi. På legesiden har det alltid vært sånn. Nå ser vi samme

utvikling blant sykepleierne også. På mange måter positivt, tror jeg.

Typiske gjengangere blant pasientene er selvskadene.

– Selvskadning er et økende problem, nesten et motefenomen. Vi har rundt 350 i året, i snitt én hver dag. De fleste er i et behandlingsopplegg.

Melhuus påpeker at legevakten også tilbyr psykososial rådgivning og har et eget mottak for voldtatte. Der er også en egen observasjonspost og et observasjonsrom for de rusede.

– Reguler skjenketidene

Nattens statistikk, som er temmelig gjennomsnittlig, bekrefter myten: Fylla har skylda.

– For tyve år siden kom de fleste pasientene rundt midnatt. Nå er det verst klokken fire. Mange konfrontasjoner skjer i drosjekøen.

Melhuus mener myndighetene bør stramme inn på skjenketidene. Men utestedene bør ikke stenge samtidig.

– Bli dere lei de fulle pasientene?

– Hver eneste natt klokken halv seks. Da har vi fått kvoten. Men etter en god natts søvn er man klar til å gyve løs igjen.

Han understreker at det er stor forskjell på helge- og hverdagsnetter.

– Er du blitt avholdsmann av å ha jobbet her i 24 år?

– Nei da. Men når jeg en sjelden gang er på byen, drikker jeg med måte og unngår konfrontasjoner.

Skadelegevakten behandler stadig flere pasienter. Ikke fordi skadefrekvensen øker, men innbyggerne er flere og terskelen for å oppsøke lege er blitt lavere.

– Oslo er en trygg by. Det er alltid en forutgående krangel når vold oppstår. Selv om alle som kommer her bedyrer sin uskyld, sier Melhuus.

Mercilon®

20 µg ethinylestradiol/150 µg desogestrel

- **Lav østrogendose**
(20µg ethinyløstradiol)
- **Gratis for jenter mellom 16 og 20 år**
(> 20 år, 100 kroner for 3 måneder)
- **Kan foreskrives av helsesøstre og jordmødre fra 1. oktober**

Ref.: HOD, rundskriv I-1/2006, Forebygging av uønsket svangerskap og abort blant tenåringar.

Mercilon "Organon" Antikonseptjonsmiddel

ATC-nr.: G03A A09

TABLETTER: Hver tablett inneholder: Desogestrel 150 µg, etinyløstradiol 20 µg, laktosemonohydrat, hjelpestoffer. De små tablettene er placebo-tabletter. **Indikasjoner:** Antikonseptjon. **Dosering:** Medikasjonen begynner på menstruasjonsblødningens 1. dag og fortsetter med 1 tablett hver dag i 28 dager. Behandlingen begynner med tablett merket 1 og start. I fellet på brettets bakside markeres hvilken ukedag tablettinntaket begynner. Tablettene er nummerert og tas i stigende nummerrekkefølge. Tablettene 1-21 er aktive, 22-28 placebo. En går direkte over til nytt brett uten opphold. En menstruasjonslignende blødning (bortfallsblødning) kommer vanligvis i placebo-ukene (små tabletter). Med dette behandlingsregimet oppnås full beskyttelse fra første tablett. **Kontraindikasjoner:** Venetrombose, nåværende eller tidligere (dyp venetrombose, lungeemboli). Arteriell trombose, nåværende eller tidligere (f.eks. cerebrovaskulær hendelse, hjerteinfarkt) eller forstadium til trombose (f.eks. angina pectoris eller forbigående iskemiske anfall). Kjent disposisjon for venøse eller arterielle tromboter som aktivert protein C, mangel på protein S, hyperhomocysteinemi og antifosfolipidantistoffer. Nylig alvorlig tilbakevendende migræne med fokale neurologiske symptomer. Diabetes mellitus med vaskulære komplikasjoner. En alvorlig eller multiple risikofaktor(er) for venøs eller arteriell trombose. Pankreatitt dersom den er assosiert med alvorlig hypertriglyseridemi. Nåværende eller tidligere alvorlig leversykdom så lenge leverfunksjonsverdier ikke er normalisert. Nåværende eller tidligere levertumorer (benigne eller maligne). Kjente eller mistenkte maligne tilstander i genitalia eller brystene, hvis de er påvirkelige av kjønnshormoner. Endometriehyperplasi. Udiagnostisert vaginalblødning. Kjent eller mistenkt graviditet. Hypersensitivitet for virkestoffene eller noen av hjelpestoffene. **Forsiktighetsregler:** Før behandling institueres foretas grundig medisinsk undersøkelse, inkl. familieanamnese og blodtryksmåling. Graviditet utelukkes. Hyppighet av senere undersøkelser baseres på etablert praksis og tilpasses den enkelte kvinne. Kombinasjons-p-piller er assosiert med økt risiko for venøs tromboemboli (VTE), spesielt det første året av behandlingen, men risikoen er lavere enn ved graviditet. VTE er livstruende i 1-2 % av tilfellene. Risikoen for VTE øker med: Økende alder, positiv familieanamnese (VTE hos søsken eller foreldre i relativt ung alder), fedme, langvarig immobilisering, større operasjoner, ethvert kirurgisk inngrep i beina eller alvorlig traume. I disse situasjonene er det tilrådelig å avbryte bruk (i tilfelle planlagt kirurgi minst 4 uker i forveien) og ikke fortsette for 2 uker etter fullstendig remobilisering. Risiko for arterielle tromboemboliske komplikasjoner øker med: Økende alder, røyking, dyslipoproteinemi, fedme, hypertensjon, hjerteklaffefeil, atrieflimmer, positiv familieanamnese (arteriell tromboemboli hos søsken eller foreldre i relativt ung alder). Ved mistanke om arvelig disposisjon skal kvinnen henvises til spesialist for rådgivning for det tas avgjørelse om bruk av hormonell antikonseptjon. Biokjemiske faktorer som kan indikere arvelig eller ervervet disposisjon for venøs eller arteriell trombose inkluderer aktivert protein C (APC) resistens, hyperhomocysteinemi, mangel på antitrombin-III, mangel på protein C, mangel på protein S og antifosfolipidantistoffer (antikardiolipinantistoffer, lupus antikoagulanter). Ved mistenkt eller bekreftet trombose skal bruk av preparatet avbrytes. Andre medisinske tilstander som er assosiert med sirkulatoriske bivirkninger omfatter diabetes mellitus, systemisk lupus erythematosus, hemolytisk uremisk syndrom, kronisk inflammatorisk tarmsykdom (f.eks. Crohns sykdom eller ulcerøs colitt). En økning i frekvens eller styrke av migræne (som kan være forløper for en kardiovaskulær hendelse) kan være grunnlag for å avbryte bruken umiddelbart. Noe økt risiko for brystkreft. Den økte risikoen forsvinner gradvis i løpet av 10 år etter avsluttet bruk. Levertumorer må anses som en differensialdiagnose ved sterk smerte i øvre del av buken, forstørrelse av leveren eller tegn på indre blødninger i abdomen. Kvinner med hypertriglyseridemi eller slik i familieanamnesen kan ha en økt risiko for pankreatitt. Hvis vedvarende klinisk signifikant hypertensjon utvikler seg, bør bruk av preparatet avsluttes og hypertensjonen behandles. Bruken kan gjenopptas hvis normotensive verdier oppnås ved behandling med antihypertensiva. Følgende tilstander kan forekomme eller forverres ved svangerskap eller ved bruk av hormonell prevensjon: Gulsott og/eller kløe relatert til cholestase, dannelse av gallesten, porfyri, systemisk lupus erythematosus, hemolytisk uremisk syndrom. Sydenhams chorea, herpes gestationis, otoskleroserelatert hørselstap. Ved akutte eller kroniske forstyrrelser av leverfunksjon seponeres preparatet inntil markørene for leverfunksjon går tilbake til normalen. Kan nedsette perifer insulinresistens og glukosetoleranse og kvinner med diabetes bør monitoreres nøye spesielt de første månedene. En forverring av Crohns sykdom og ulcerøs kolitt har vært assosiert med hormonell antikonseptjon. Kvinner med tendens til klastose bør unngå å utsette seg for sollys eller ultrafiolette stråler. Ved uteblitt bortfallsblødning i to på hverandre følgende sykler, bør graviditetstest utføres. Uregelmessige menstruasjonsblødninger kan forekomme, spesielt de første månedene. Hvis blødningsuregelmessigheter vedvarer eller oppstår etter foregående regulære sykler, bør ikke-hormonelle årsaker tas i betraktning. Oppkast eller diaré kan føre til ufullstendig absorpsjon. Dersom tablettene tas mer enn 12 timer for sent kan den preventive beskyttelsen være redusert, og tilleggsprevensjon bør benyttes de neste 7 dagene. For mer informasjon om forholdsregler ved glemte tablett, se pakningsvedlegg. Menstruasjonsjonen kan utsettes ved å gå direkte over til et nytt brett uten å ta de 7 placebo-tablettene. Pasienter med sjeldne arvelige problemer med galaktoseintoleranse, Lapp-laktasemangel eller glukose-galaktosemalabsorpsjon, og som står på laktosefri diett bør ta hensyn til laktosemengden i tablettene (80 mg/tablett). **Interaksjoner:** Urtepreparater som inneholder johannesurt og enzyminduserende legemidler bør ikke brukes samtidig pga. risiko for redusert plasmakonsentrasjon og redusert klinisk effekt av preparatet. (I: G03A A/AB p-piller) **Graviditet/Amning:** Overgang i placenta: Se Kontraindikasjoner. Overgang i morsmelk: Kan redusere mengden og endre sammensetningen av brystmelk. Bør ikke anvendes under amning. **Bivirkninger:** Hyppige (>1/100): Gastrointestinale: Kvalme, mavesmerter. Neurologiske: Hodepine. Psykiske: Nedstemthet, humørendringer. Urogenitale: Ømme bryst, brystsmerte. Øvrige: Vektøkning. **Mindre hyppige:** Gastrointestinale: Oppkast, diaré. Hud: Utslett, elveblest. Metabolske: Væskeretensjon. Neurologiske: Migræne. Psykiske: Nedsatt libido. Urogenitale: Brysthypertrofi. **Sjeldne (<1/1000):** Hud: Erythema nodosum, erythema multiforme. Psykiske: Økt libido. Sirkulatoriske: Tromboembolisme, hypertensjon. Syn: Kontaktlinseintoleranse. Urogenitale: Vaginal utflod, væskende bryst. Øvrige: Vektreduksjon, hypersensitivitet. **Overdosering/Forgiftning:** Se Giftnormasjonens anbefalinger G03A. **Pakninger og priser:** Datopakn.: 3 x 28 stk kr 100,00. **Sist endret:** 28.09.2006

Nor.08.Mer.095



EN VERDIG OBSTIPASJONS- BEHANDLING BEGYNNER MED **MOVICOL®**

Mange personer i eldreomsorgen er i obstipasjonsbehandling. Personalet må ofte bruke mange ressurser - og likevel er oppgaven vanskelig! Administrerer du flere forskjellige avføringsmidler uten at de virker godt nok? Og kan rektale midler derfor ende med å bli rutinebehandlingen i stedet for en nødløsning?

MOVICOL® er et laksativ som normaliserer avføringen ved å tilføre vann til forstoppelsen.¹

MOVICOL® kan derfor ofte skåne pasienten for:

- ubehaget ved invasiv behandling
- rektale midler, som siver og medfører ekstra rengjøring
- diarévæske som irriterer lukkemuskelen

Hva ville du selv foretrekke?

1. Gruss HJ, Teucher T. Der Allgemeinarzt 1999;21(16):1342-1350.



Movicol® er et osmotisk virkende avføringsmiddel inneholdende makrogol 3350, natriumklorid, natriumhydrogenkarbonat og kaliumklorid. **Indikasjon-er:** Korttidsbehandling ved obstipasjon. Avføringsstopp hvor rektum og/eller colon er fylt med fast fekalia. **Spesielle advarsler og forsiktighetsregler:** Om pasienter utvikler symptomer som tyder på forstyrrelser i elektrolytt- eller væskebalansen (f.eks. ødem, kortpustethet, økende slapphet, dehydrering eller hjertesvikt) skal behandlingen med Movicol® avbrytes umiddelbart og elektrolyttstatus skal kontrolleres. Eventuelle forstyrrelser i elektrolyttstatus behandles. Les pakningsvedlegget nøye før bruk. For mer informasjon, kontakt Norgine på tlf.: 22 42 28 00.



STANDHAFTIGE SYKEHUSINFEKSJONER: Forskriftsmessig håndvask-kampanje til tross: Prevalenstallene for sykehusinfeksjoner nekter å minke.

Mislykket tiltaksplan?

I 2004 lanserte helseministeren en tiltaksplan for bekjempelse av sykehusinfeksjoner. Målet var en markant reduksjon innen 2006, men resultatet var nesten det motsatte.

I 2004 var vårens prevalenstall for sykehusinfeksjoner på 5,2 prosent og høstens på 5,8 prosent. I 2007 var tallene henholdsvis 5,8 og 6,3 prosent. Dette til tross for at det har vært en nasjonal håndhygiene-kampanje, det er innført både insidensrapportering på postoperative sårinfeksjoner og gode infeksjonskontrollprogram på sykehusene.

– *Hvor blir det av den markante reduksjonen Dagfinn Høybråten lovet?*

– Kan hende er undersøkelsesmetoden (prevalenstallene) for dår-

lig. De to dagene som er registrert kan ha vært spesielle. Men det kan også være reelt, og da kan grunnen være at handlingsplanen ikke har ført fram, eller at vi har hatt flere alvorlige inngrep og prosedyrer med større risiko, gjetter Hanne-Merete Eriksen ved Folkehelseinstituttet.

Bjørn Iversen, kollega og overlege, tror at måleverktøyet for prevalensundersøkelser ikke er godt nok, men også at pasientpopulasjonen har blitt sykere.

I den nye handlingsplanen som kom i sommer, videreføres mange av

tiltakene som ble satt i gang i forrige runde. En profesjonsuavhengig utdanning og kursing av smittevernpersonell ble i fjor lagt til Göteborg. Sykehusene er bedt om å tallfeste sine behov for hygiene-sykepleiere og å ansette mer smittevernpersonell. Videre må de tallfeste behov for enerom og isolat.

– Vi skulle også drevet mer med forskning og utdanning på området. Men slikt blir liggende når små brannslukningsoppgaver fra dag til dag tar tid, innrømmer Iversen.

Insidenspiloter

Åtte sykehjem i Sogn og Fjordane og to i Oslo er midt i viktig nybrottsarbeid: De registrerer alle tilfeller av de tre vanligste sykehusinfeksjonene.

Prevalenstill:

Prevalenstill gir en pekepinn om den totale forekomst ved at alle tilfeller på et gitt tidspunkt rapporteres.

Insidenstill:

Insidenstill forteller om den faktiske forekomsten ved at alle nye tilfeller rapporteres.

Alle urinveis- hud- og nedre luftveisinfeksjoner registreres gjennom et dataprogram som Folkehelseinstituttet har utviklet. Antibiotikabruken noteres også for å få vite hvilke typer og hvor mye som brukes til de ulike infeksjonene. I Sogn og Fjordane registrerer de i to bolker på tre måneder om gangen, en om våren og en om høsten.

Hygiesykepleier Karin Harris ved Førde sentralsjukehus er spent på hva materialet vil fortelle. Etter hver bolke vil hun analysere datamaterialet sammen med Folkehelseinstituttet. På slutten av året vil de få

en pekepinn på om registreringen er gjennomførbar og hvordan infeksjonsforekomstene er.

– Forhåpentligvis vil vi få et bilde som kan peke ut både mengde og type infeksjoner på de ulike sykehjem. Sykehjemmene og tilsynslegene kan se trender og få tips om hva som kan bedres eller om det er noe spesielt de bør ta tak i for eventuelt å redusere mengden infeksjoner, sier hun.

Argumentene mot insidensregistrering er ofte at dette er både tid- og ressurskrevende og at det ikke finnes gode nok datasystemer for

jobben. De elektroniske skjemaene som skal brukes her, er utviklet av Folkehelseinstituttet i samarbeid med Karin Harris.

– Etter hvert som vi får erfaring, vil det nok bli mindre tidkrevende og sykehjemmene vil se nytteverdien av å registrere. Videre håper vi at kommunene etter hvert får tilført tilstrekkelig med ressurser slik at de har mulighet til å gjennomføre insidensregistreringen, sier Harris.

Målet er at alle sykehjem i landet skal komme i gang med denne typen registrering.

Nytt våpen mot MRSA?

Det utvikles stadig færre nye typer antibiotika, samtidig som det dukker opp stadig flere bakteriestammer som er resistente mot de antibiotika som finnes. Meticillinresistente gule stafylokokker (MRSA) er en av de fryktede bakteriene som det hittil har vært vanskelig å bekjempe med vanlige former for antibiotika.

Derfor var sommerens nyhet fra Rockefeller University spennende lesning: Et nyutviklet antibiotikum, Ceftobiprole, er testet mot disse bakteriene med svært gode resultater:

– Ceftobiprole vant kampen gang på gang, i 100 prosent av tilfellene, sier Alexander Tomasz ved Rockefeller University.

Men på Folkehelseinstituttet er

ikke begeistringene like stor:

– Det er flott at man forsker på og prøver å utvikle nye antibiotika. Men så langt jeg kan se, har man studert en ny variant innen antibiotikagruppen cefalosporiner, og altså ikke en helt ny type antibiotika med revolusjonerende ny virkningsmåte, sier rådgiver Petter Elstrøm.

Men han understreker at han ikke har forutsetning for å kunne vurdere studien spesifikt.

– Det er kun mer forskning og fremtidig utprøving som kan si noe om dette medikamentet vil ha god effekt på resistente bakterier, eller om bakteriene utvikler resistens mot dette også, sier han.

Kilde: forskning.no

– Ceftobiprole vant kampen gang på gang.



Arkivfoto: Sigr Weston

Simulering gir bedre infeksjonsforebygging

Tidligere undersøkelser har vist at etterleving av infeksjonsforebyggende retningslinjer varierer fra 30 til 70 prosent. Ved Høgskolen i Bergen deltok 141 sykepleierstudenter i et forsøk høsten 2006. De ville se om studiegrupper eller simulering var den beste læringsmetoden for å øke kompetansen i infeksjonsforebyggende sykepleie.

Simulering i grupper på fire var den klart beste metoden, både på dybdelæring og på læringsutbytte. En var avdelingssykepleier, en sykepleier, en student og en pasient. Fra høsten 2007 ble denne metodikken implementert i utdanningen.

Kilde: forskning.no

Euro Sko introduserer
RYN Walking Technology
i Skandinavia



En mer aktiv gange med RYN Walking Shoes

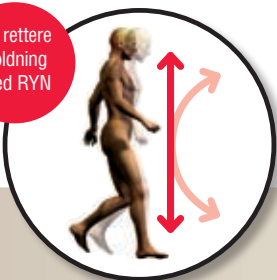
RYN – Koreas ledende skoprodusent – har over lang tid utviklet RYN-skoene. Skoene har egenskaper som kan forebygge mange fysiske plager.

Aktiviser muskler, øk forbrenningen, tren balansen!



RYN mod. 1806, damestr.

En rettere holdning med RYN



Ganglaget påvirker din fysiske form og velvære. God holdning er viktig, og måten vi går på er viktig for holdningen. Ryn-skoene gir deg en rakere holdning når du går. Både på jobb og i fritiden!

Stimulerer muskelvevne-pumpen



RYN-skoene aktiviserer muskelvevne-pumpen! Blod pumpes tilbake gjennom kroppen og til hjertet, og kroppens mange funksjoner reguleres. Blodet bringer oksygen og næringsstoffer ut i kroppen – og renser den samtidig for avfallsstoffer.

Såle i mange lag for best komfort.



RYN-skoene er meget komfortable! Sålene er bygget opp i flere lag med støtdempende, myke og pustende materialer. Airbag/luft i hælen. Skinn innersåle, overdel i polstret, myk tekstil – og skinn.

Introduksjonspris:

★ **1095,-**
ord. pris 1395,-

Forholdsregler:

Skoene er uegnet i bratte skråninger. Brukes ikke ved sykling eller kjøring av motorsykkel. Skoene egner seg ikke for løping.

Vil du vite mer om RYN-skoene, er du velkommen til oss. Se også øvrig RYN-kolleksjon.
Forhandlerinfo: 69 24 17 00/www.eurosko.no

EUROSKO

LEO May 2008. All trademarks mentioned belong to the LEO Group

Daivobet® -
et førstevalg ved
behandling av psoriasis!

Å føle velvære
- også med psoriasis

LEO®

- Hurtig innsettende, god effekt^{1,2,3}.
- Doseres en gang daglig.
- Daivobet® kan brukes som start- og vedlikeholdsbehandling i opptil 52 uker.
- Refusjonskoder- ICPC: S 91, ICD: L 40
- www.psorinfo.no



LEO Pharma AS
Postboks 193 . 0216 Oslo . Norge
Tlf. 22 51 49 00 . Fax. 22 51 49 01
www.leo.no info.no@leo-pharma.com



Daivobet®
calcipotriol/
betametason dipropionat

Se preparatomtale side 102

Libak går til NSF

Arvid Libak er ansatt som avdelingssjef i samfunns-politisk avdeling i Norsk Sykepleierforbund (NSF). Stillingen er nyopprettet.



SYKEPLEIERTALE: Tidligere statssekretær Arvid Libak har truffet sykepleiere før. Her holder han tale på åpningen av NSFs landsmøte i 2007.

Arvid Libak har takket ja til stillingen som leder av samfunns-politisk avdeling i NSF.

Libak var statsskretær i Helse- og omsorgsdepartementet da Sylvia Brustad var minister der. Da hun byttet departement og ble næringsminister i juni, flyttet Libak med og fortsatte dermed som statssekretær for Brustad.

Nå bytter han altså beite.

– Vi er glade for å ha knyttet til oss en slik kapasitet, sier NSFs generalsekretær Ellen Beccer Brandvold.

Hun understreker at ansettelsen og opprettelsen av denne stillingen er et ledd i arbeidet med å styrke

NSF som samfunns-politisk aktør.

– Å være sykepleier er jo en samfunnsposisjon. Og at vi skal drive med samfunns-politikk er en del av NSFs formålsparagraf, sier hun.

Når Libak skal tiltre er i skrivende stund uklart på grunn av karanteneregler for politiske stillinger.

– Er det en

stor avdeling han skal lede?

– I dag er den liten. Men hva fremtiden bringer, vet vi ikke, sier Brandvold.

Libak har vært politisk rådgiver for flere ministre. Han har også vært informasjonssjef på Feiring-klinikken og Ullevål universitets-sykehus.

Vi er glade for å ha knyttet til oss en slik kapasitet.

Ellen Beccer Brandvold

Vi setter standarden for pasientnær glukosemåling



Pasientnære analyser med laboratorie-kvalitet er en selvfølge for oss. Derfor kan du alltid stole på at våre glukosesystemer har en presisjon og nøyaktighet som er dokumentert likeverdig med glukosemetoder som benyttes på laboratorium for klinisk kjemi. Alle instrumenter og kyvetter fra HemoCue oppfyller en rekke strenge spesifikasjoner i følge "Guaranteed Performance".

GUARANTEED PERFORMANCE: KONTAKT OSS FOR MERE INFORMASJON

HemoCue Norge
Grenseveien 99, Postboks 6744 Etterstad, 0609 Oslo.
Telefon 23 37 16 00. Faks 23 37 16 01
info@hemocue.no, www.hemocue.com



”Nå har jeg ikke vondt i beina etter endt arbeidsdag”

Marlene Wikström, sykepleier

Hvorfor bruker du Crocs på jobben?

– Jeg fikk høre om skoene på min yndlingsbutikk. De fortalte at det snart ville komme en helt ny type sko, som var svært lett og behagelig. Siden jeg går hele dagen i jobben min, og trengte gode sko, kjøpte jeg et par.

Hvilke fordeler er det med Crocs i dine øyne?

– Jeg merket forskjellen mellom Crocs og vanlige sandaler med en gang. Nå har jeg aldri vondt i føttene etter endt arbeidsdag, og det hadde jeg så å si bestandig før. I tillegg er det praktisk at skoene er lette å rengjøre. Det er bare å skylle av dem under springen.



Pforce AB, Tel. 400-17-500, www.crocs.no



crocs

Tango og store spørsmål

Jobben hennes handler om liv og død.
Derfor danser Berit Støre Brinchmann tango for å være et helt menneske.

– **Bare rydd plass** og slå dokker ned, ber hun, og smetter ut kontordøra for å hente kaffe.

Berit Støre Brinchmann er akkurat kommet tilbake fra to forskningskonferanser i Estland. Litt ubekvem over tanken på å skulle stikke seg fram, har hun likevel sagt ja til et intervju.

– Hvis noen hadde sagt til meg for ti år siden at jeg skulle bli professor, så hadde jeg bare ledd, sier hun idet hun kommer tilbake, og smiler med et klart, blått blikk under en lys lugg. Helt enkelt er det ikke å finne plass til kaffekoppene mellom stabler av bøker, permer og papirer som fyller både bord og stoler.

Det er livets store spørsmål hun jobber med. Liv og død, og vanskelige avgjørelser. Men også hverdagsetikken. Brinchmann er professor i sykepleie, den tiende i rekken i Norge. Etikkkomité innenfor medisin og helsefag er hennes område, og doktorgraden handler om etikkkomité i nyfødtdisin. Men det var jordmor hun ville bli. Det vil si, egentlig var planen først å bli lege. Men hun hadde ikke nok poeng til å komme inn på medisinstudiet.

– Jeg tok psykologi grunnfag og var usikker på hva jeg skulle gjøre. Så fikk jeg barn, ganske tidlig. Det var en helt fantastisk opplevelse,

og da bestemte jeg meg for å bli jordmor, smiler hun og retter litt på luggen.

Etter sykepleiestudiet jobbet hun en periode på Sunnaas sykehus. Men jordmor ble hun ikke. Hun ble heller ikke så lenge i den praktiske sykepleien. Med to små barn ville hun og mannen nærmere familien, og de flyttet hjem til Bodø. Med jobb på sykepleiehøgskolen begynte hun etter hvert på hovedfag og fordypet seg i vanskelige etiske valg i nyfødtdisin.

– Jeg er veldig fascinert av fødsel og barnets første levedager. Selv om jeg ikke ble jordmor, får jeg jobbe med livets første fase likevel, om enn på en annen måte, smiler hun.

Siden 2003 har Brinchmann også vært ansatt som etisk rådgiver ved Nordlandssykehuset i 20 prosent stilling, og hun sitter i klinisk etikkkomité (KEK). Komiteens arbeid er å gi råd til helsepersonell, noen ganger i saker som pågår, andre tilfeller i ettertid.

– Det er ei utfordring å få saker. Terskelen for å melde saker inn til klinisk etikkkomité, er tydelig høy, konstaterer hun.

Nylig anbefalte komiteen isolasjon av en mindreårig pasient i psykiatrien.

– Vi ga dette rådet fordi det i den-

ne konkrete saken også var det beste for pasienten. Ut fra lov om psykisk helsevern er det ikke riktig, men det kan forsvares ut fra menneskerettighetene, argumenterer hun.

Komiteen er også med på å gi råd om liv og død.

– Det kan for eksempel dreie seg om når man skal avslutte nytteløs behandling. I noen situasjoner er pårørende og helsepersonell uenige. Pårørende er jo veldig berørte, og kan ha sorgreaksjoner som får sterke utfall. Det må man som helsepersonell ha forståelse for. Men samtidig kan man ikke fortsette nytteløs behandling bare for de pårørendes skyld. Det handler også om ressurser. Helsevesenet har ikke ubegrensede ressurser. Når noen prioriteres, må andre vente lenger. Slik er virkeligheten, selv om det kan være vanskelig å snakke om.

Berit ser ut i rommet og snakker lavmælt. Bombastiske uttalelser og store ord er ikke hennes stil. Hånda gjør igjen en ettertenksom bue og retter på håret.

– *Hva med forholdet mellom penger og etikk. Blir etikken påvirket av økonomien?*

– Det er uetisk å ta beslutninger bare på grunn av økonomi. Og dette mener jeg bestemt det er stor bevissthet omkring. Det er ikke pengene som skal styre etikken. Men samtidig kan vi ikke komme bort

fra at ressurser er en del av totalbildet. Som sagt, når noen får hjelp, er det andre som må vente lenger.

Berit Støre Brinchmann mener overbehandling er et større problem enn underbehandling i sykehusene.

– Jeg ser oftere saker der det behandles for mye og for lenge, enn for lite, slår hun fast.

Komiteen har nylig gitt en høringsuttalelse til den nye veilederen for livsavsluttende behandling. Hun er glad den er kommet.

– Kristinasaken var et veldig trist eksempel på en situasjon der pårørende og helsepersonell var uenige. En nasjonal veileder kan bidra til å gjøre det enklere i slike saker.

– *Du gir råd som får direkte konsekvenser for liv og død for de involverte. Hvordan oppleves det?*

– Nå er det ikke komiteen som avgjør sakene, vi gir råd til helsepersonellet som har det siste ordet. Og jeg gjør jo ikke dette alene. Komiteen er bredt sammensatt, og medlemmene har ulike kompetanser. Men det er klart at mange av sakene er vanskelige. Og ingen er like. De kan ha elementer som er like, men du kan aldri overføre alt fra en sak til en annen. Det finnes aldri noen fasit.

Etikken handler ikke bare om liv og død. Også hverdagsetikken er



Hvem: Berit Støre Brinchmann,

Alder: 50

Hvorfor: Professor i sykepleie ved Høgskolen i Bodø, og etisk rådgiver ved Nordlandssykehuset HF

Argentinsk tango er veldig kroppslig. Det er min form for meditasjon, sier Brinchmann.

viktig. Men heller ikke her kommer man vel helt unna det med pengene?

– Økonomien kan påvirke etikken i det daglige. Rammebetingelser og ressursknapphet er med på å avgjøre hvor mye tid sykepleierne har til å snakke med pasienten. Korridorpasienter er også et spørsmål om etikk. Det er mulig jeg er naiv, men for meg er det helt uforståelig at et rikt land som Norge skal ha pasienter liggende i korridoren.

– *Hvor opptatt er sykepleiere flest av etikk?*

– Det er absolutt mitt inntrykk at den gjengse sykepleier er opptatt av etikk i det daglige. Studentene mine er veldig engasjerte, spesielt de som tar videreutdanning og som har opplevd vanskelige dilemmaer. Dette diskuterer vi mye i undervisningen, forteller hun.

Etikk handler også om taus kunnskap og magefølelse. Berit Støre Brinchmann syns den praktiske kunnskapen bør verdsettes mer.

– Jeg er professor fordi jeg har høy kompetanse på en veldig liten del av teorifeltet. Det er mange utøvere i yrket som har annen og viktigere kompetanse enn meg. Jeg er ydmyk overfor det jeg ikke kan. Noen ganger blir jeg litt flau over oppmerksomheten jeg får fordi jeg er blitt professor.

– *Ville en mannlig professor sagt det samme?*

Hun smiler bredt.

– Nei, trolig ikke.

Men hun merker at professortitelen gir henne mer autoritet.

– Jeg har mer tyngde nå, selv om jeg sier akkurat det samme som før.

Brinchmann er opptatt av at teori og praksis er evig flettet i hverandre.

– Det ene påvirker det andre, og du kan ikke dra et skarpt skille. Vi trenger alle typer kunnskap i sykepleien, understreker hun, og setter fra seg kaffekoppen for å illustrere med å flette fingrene i hverandre.

Berit Støre Brinchmann har skrevet lærebok i etikk i sykepleie, og det er hun stolt av. Hun skriver også gjerne kronikker. Men hun mener

Jeg har mer tyngde nå, selv om jeg sier akkurat det samme som før.

det er et stort paradoks at det ikke blir merittet i akademia.

– Det som gir status er å skrive forskningsartikler og papers. Men ved å skrive lærebøker og aviskronikker når du langt flere mennesker, og du er synlig på en annen måte. Men å være med i samfunnsdebatten gir ikke samme akademiske prestisje.

Interessen for etikk ligger i genene. Oldefaren hennes skrev den første norske læreboka i medisinsk etikk. Han het Rasmus Vogt og var psykiater.

– Det var han som innførte Freud i Norge, smiler hun.

Nå er oldebarnet medlem av PGD-nemnda og er med på å behandle søknader om genetisk undersøkelse av befruktete egg utenfor kroppen, i henhold til den nye bioteknologiloven. Det var den mye omtalte Mehmet-saken som var utgangspunktet for at nemnda ble opprettet.

– PDG (Preimplantasjonsdiagnostikk) er et alternativ til fosterdiagnostikk og abort. Man undersøker det samme som med ultralyd, men på et mye tidligere stadium, og kvinnen slipper å ta abort, forteller hun.

– *Hva med faren for sorteringsamfunnet?*

– Dette er vanskelige saker. Men nemnda har lagt seg på en radikal linje, og sagt ja til de fleste søknadene. Jeg syns også det er viktig å lytte til hva parene som søker selv mener.

Brinchmann mener det er mye dobbeltmoral i debatten om sorteringssamfunnet.

– Den teknologiske og medisinske utviklingen er kommet langt. Medisinen berger flere liv enn før. Særlig gjelder dette for for tidlig fødte. Men noen ganger berges disse barna til et liv med store funksjons-



DOBBELTMORAL: Berit Støre Brinchmann mener det er mye dobbeltmoral i debatten om sorteringssamfunnet. For tidlig fødte reddes til et liv i funksjonshemming der pengene til oppfølging mangler.

hemninger. Det settes inn store ressurser på å berge dem i den akutte fasen. Men ressursene og pengene som settes inn for å hjelpe kronikere og funksjonshemmede står ikke alltid i samsvar. Det er et stort paradoks som vi må tørre å snakke om. Når man har berget et liv, må man også sørge for et skikkelig støtteapparat og nok ressurser til den som skal leve dette livet.

Hun mener politikerne også må tørre å prioritere hva det offentlige skal betale av helsetjenester.

– Dette er valg politikerne må ta. Det er de som sitter på pengesekken. Men de tør ikke, fordi de frykter at velgerne forsvinner hvis de tar upopulære avgjørelser.

Store spørsmål, vanskelige valg og liv og død. Det er mye hun må ha styring på i det daglige. Men hver torsdag ettermiddag gir hun

opp kontrollen. Omgitt av gråmalt panel og florlette, hvite blondergardiner lener hun seg mot ektemann Birger Lundestad, lukker øynene og lar seg føre i smektende tangorytmer. Ekteparet er aktive i Bodø Danseklubb og møter flittig opp på dansekveldene på Nordland Kultursenter. Brinchmann mener tangoen gjør henne til et helt menneske.

– Aristoteles' dydsetikk handler om alle aspekter ved mennesket, påpeker hun.

Dessuten handler tango om praktisk kunnskap.

– Argentinsk tango er veldig kroppslig. Det er ikke bare trinn og teori, men handler mye om kommunikasjon med partneren, og improvisasjon. Dessuten gir ikke dansen rom for så mange andre tanker.

– Dette er min form for meditasjon.

Et lett valg



En lavdosert p-pille med høy preventiv sikkerhet¹

- Ingen andre kombinasjonsp-piller har lavere østrogendose²
- God blødningskontroll¹

Gestagenet drospirenon:

- ligner naturlig progesteron³
- Motvirker væskeretensjon (antimineralokortikoid effekt)⁴
- blokkerer androgenreseptoren, noe som reduserer talgkjertelproduksjonen (antiandrogen effekt)⁵




etinyløstradiol 20 µg + drospirenon 3 mg

Se preparatomtale side 70



Navn: Magnhild Folkvord
Stilling: Journalist i Klassekampen
Ellers: Kommer i disse dager ut med bok om sekstimersdagen sammen med Ebba Wergeland, spesialist i arbeidsmedisin. Folkvord har kjempet for sekstimersdag i snart tretti år, blant annet i Kvinnefronten.

– De som har prøvd seks timer, sier de er fornøyd.

Magnhild Folkvord

Er 6 timer

Bokaktuelle Magnhild Folkvord mener ingen bør jobbe mer enn seks timer per dag. Sykepleier Rune Tønning synes det er en vanvittig idé.

I boken «Sekstimersdagen – den neste store velferdsreforma?» argumenterer journalisten **Magnhild Folkvord** for hvor fint det vil bli med seks timer som den nye normalarbeidsdagen.

– Hvorfor?

– For veldig mange kvinner er en arbeidsdag på 7,5 timer for lang. Kvinner tar hovedansvar for hus og unger og tilpasser sin arbeidsdag. Over 40 prosent av norske kvinner jobber deltid. Blant sykepleiere er andelen enda høyere. Sekstimersdag gjør det mulig for dem å jobbe full stilling.

Folkvord påpeker at hvis kvinner og menn får likere arbeidstid, blir det også enklere å dele arbeidet i hjemmet.

Norge har råd til å redusere normalarbeidsdagen, hevder hun:

– Innfører vi 30-timers arbeidsuke i 2020, vil det føre til bare små endringer i bruttonasjonalproduktet i 2050. Det har Statistisk sentralbyrå regnet ut.

Et nytt argument i den gamle sekstimerkampen, er omsorgen for klimaet.

– Det private overforbruket vil kunne bli redusert. Vi tjener nok og vel så det i dag.

– Men vi trenger rikelig med arbeidskraft når eldrebølgen slår til?

– Mange jobber i dag mindre enn seks timer, sier Folkvord og viser til deltidsreserven.

Dessuten mener hun at framtidssanalysene er basert på usikre tall.

– Vi vet ikke at levealderen vil øke så mye som det sies, eller hvor stort pleiebehovet egentlig blir.

Folkvord mener at problemet med manglende arbeidskraft på visse områder kan løses med politisk styring.

– Ett grep er å heve lønnen. Et annet er å innføre sekstimersdag i offentlig sektor for å gjøre den attraktiv for ansatte i privat sektor.

– Er sekstimersdagen mer realistisk nå enn for tjue-tretti år siden?

– Behovet er i hvert fall ikke blitt mindre. Forskjellen på menns og kvinners arbeidstid og lønn vedvarer. Det må særegne tiltak til om vi ønsker likestilling.

Folkvord er ikke glad i særordninger, for eksempel redusert arbeidsdag for småbarnsforeldre.

– Det blir alltid den som har kortere dag som blir problemet på arbeidsplassen, påpeker hun.

– Mange vil si at kortere arbeidsdag for alle er en utopi?

– Det er nok av dem, ja. Men de som har prøvd seks timer, sier de er fornøyd.

nok?

– Ingen leger kommer til å jobbe sekstimersdag.

Rune Tønning

– *Hva vil du si til sykepleierne som klør seg i hodet for å få turnusen til å gå opp?*

– Se på erfaringene. Noen sykepleiere på sykehjem og i hjemmetjenesten i Oslo prøvde seg på 1990-tallet. Også de sa de var fornøyde.

Folkvord understreker at det ikke er aktuelt med seks timers nattskift. Men tredelt dagturnus gir bedre utnytting av ressursene.

– Klart at overvåkingen på sykehuset har andre behov enn sykehjemmet. Det fins ingen standardløsning. Tilpasninger må til, sier hun.

Rune Tønning har ingen sekstimersdag i tankene når han farter rundt på Ullevål universitetssykehus og stadig mangler folk på ortopedisk senter.

– Nei, jeg har ingen tro på sekstimersdagen. I hvert fall ikke å dele døgnnet i sekstimersvakter. Dessuten vil det bli altfor dyrt.

– *Sekstimersdagen kan tilpasses etter behov, mener Folkvord?*

– Hvis alle skal gjøre det på sin måte, er jo poenget borte.

Han ser at kortere arbeidsdag er fint for dem som har barn i barnehage. Men i helsesektoren er det utenkelig å redusere arbeidsdagen for alle.

– Hvis det ble sekstimers dag, måtte jeg finne meg en helt annen jobb.

– *Høres det ikke forlokkende ut med kortere arbeidsdag?*

– Nei. Det høres vanvittig ut.

Han husker at sekstimersdagen ble prøvd ut i noen bydeler i Oslo.

– Det fungerte ikke i det hele tatt, har jeg hørt.

Tønning kjøper ingen av Folkvords argumenter. Heller ikke poenget med likestilling får ham til å skifte syn.

– Nå er det over 50 prosent kvinner på medisinstudiet. Men ingen leger kommer til å jobbe sekstimersdag. Og vi må ha likt vaktskifte for alle på sykehuset, for eksempel i kirurgien. Vi kan jo ikke la sykepleierne ha kortere vakter enn andre, sier Tønning, som tror det blir tøft og arbeidskrevende i helsesektoren framover.

– *Men bedre klima er du vel for?*

– Jeg tror ikke overforbruket vil minke om vi jobber mindre. Kanskje noen får det bedre med sekstimersdag, men ikke samfunnet som helhet. Det har jeg vanskelig for å se for meg.

– *Har du egentlig lyst til å lese boken til Folkvord?*

– Ja, jeg blir jo nysgjerrig, sier Tønning.



Navn: Rune Tønning
Stilling: Assisterende leder for ortopedisk senter og driftssjef i bevegelsesdivisjonen, Ullevål universitetssykehus.
Ellers: Har ansvar for å få turnusen til å gå opp for cirka 130 sykepleiere.





DOTS

er WHO's anbefalte strategi i kampen mot TB. Vanligvis innebærer det medikamentell behandling i seks måneder og kombinerer flere grunnleggende elementer:

- Politisk forpliktelse til å prioritere TB-kontroll i det nasjonale helsesystemet.
- Tilgang til korrekt diagnose.
- Gratis medisiner.
- Epidemiologisk oppfølging og overvåking.
- Standardisert medisiner.
- Pasientene som partnere i behandlingen.

Tuberkulose er et stort problem i Tanzania som rangere på 14. plass av verdens hardest rammete land. Fra høyre: Samanta Salom, helbreder, Dr. Kapatha, Anna Lihombo, sykepleier, og Saloms kone.

Tuberkulose tiltak i Tanzania



Merete Taksdal,
anestesisykepleier med
mastergrad i folkehelsevitenskap.
Har jobbet med internasjonale
helsespørsmål i akuttmedisin og
innen bistand i over tyve år.

Folk begynner å skjønne at det ikke er en dødsdom å få TB

www.sykepleien.no

Les mer og finn
litteraturhenvisninger på
www.sykepleien.no

Søkeord:
Tuberkulose
Tanzania
DOTS
HIV

Dar-es-Salaam er den største byen i Tanzania, en viktig havneby på østkysten ut mot det indiske hav. Cirka en fjerdedel av tuberkulose (TB)-tilfellene i landet finnes her. I denne artikkelen skal dere få et innblikk i TB-arbeidet i Temeke, et distrikt sør i Dar-es-Salaam som omfatter cirka 850 000 mennesker. TB-programmet inngår i det offentlige helsevesenet, organisert rundt et sykehus med laboratorium og røntgen, og med klinikker på primærhelsenivå i distriktet. Det samarbeides med private klinikker og frivillige organisasjoner, mange knyttet til kirkesamfunn. Innen TB-programmet har sykepleiere en viktig rolle med å kvalitetssikre behandlingen og sørge for utlevering av de daglige medisinene (1).

Hardt rammet

Tuberkulose er et svært omfattende folkehelseproblem i Tanzania. Mellom 1977 og 1984 reduserte det nasjonale TB-programmet antall tilfeller i befolkningen med to tredjedeler, og fikk renommé som et av de mest effektive sykdomskontrollprogrammene i verden (2). Deretter seksdoblet TB-tilfellene seg fram mot 2003, og det anslås at minst 60 prosent av økningen skyldes hiv. Landet har en befolkning på i underkant av 40 millioner, prevalensen av TB i befolkningen ligger på 459/100 000 innbyggere i 2006 (3), og rangerer på 14. plass av verdens hardest rammete land. Verdens helseorganisasjon anslår at det var 9,1 millioner nye tilfeller av tuberkulose i verden i 2006. Folkerike land i Asia, som Kina, India og Indonesia har flest tilfeller, men Afrika sør for Sahara er hardest rammet i forhold til folketallet. TB er forårsaket av luftbåren smitte av bakterien «mycobacterium tuberculosis», men omstendighetene det skjer i er helt avgjørende. Fattigdom, underernæring, tettbeboethet og dårlige levekår skaper vekstvilkår for spredning av tuberkulose. WHO anslår at omtrent en tredjedel av verdens befolkning er smittet, men for de fleste fører det aldri til sykdom. Når immunforsvaret blir svekket, kan

imidtildt sykdommen bryte ut. Det er viktig å få TB-diagnose tidligst mulig etter at man er blitt syk, både for å bedre behandlingsresultatet individuelt, og for å hindre smittpredning (4). Ubehandlet TB forårsaker høy dødelighet. Hvis behandling er tilgjengelig er disse dødsfallene unødvendige. TB rammer mange unge mennesker, og i tillegg til problemene dette forårsaker i de enkelte hushold, har det store samfunnsøkonomiske konsekvenser for landene (5).

I Temeke

Temeke er en typisk tilflyttingsforstad der unge fra landsbygda søker lykken. Bydelen har mange tett bebodde hushold, ofte i kummerlige boliger, og befolkningsveksten ligger i underkant av 8 prosent. Det er dårlige sanitærsystemer, tett trafikk, stor arbeidsledighet og såpass mye nød at mange ikke får dekket sitt daglige kaloribehov. Inntektene kommer i hovedsak fra uformell sektor med handelsfolk, fiskere og ufaglærte som tar strøjobber. Mange langtransportsjåfører lossere og lesser last i Temeke, og hiv er vanlig (6). Forventet levealder ligger på 49 år for menn, og 51 for kvinner. Økonomisk ulikhet blant folk er tydelig, med dresskledde menn i nye biler i trafikken, mens gatebarn og tiggere pusser bilvinduer og selger småting mellom kjøretøyene.

Dr.Kapalata har tretti års erfaring som lege og leder TB-programmet i Temeke. Hun sørger for at klinikkerne har utstyr og medisiner. I tillegg reiser hun rundt som veileder og «kontrollør» til klinikkene. På en slik rundreise treffer vi sykepleier Angelina Malewo. Hun er ansvarlig sykepleier i TB-programmet på klinikken i Tambukareli. Hun begynte motvillig i jobben i 1998. Først og fremst var hun redd for å bli smittet selv. Men hun begynte likevel, trives godt og mener det var Guds vilje at hun skulle jobbe med TB pasienter. Angelina anslår at de stiller diagnose på 30–40 nye pasienter i måneden. Det er mye oppmerksomhet rundt TB, sier hun. De har drevet utstrakt informasjon,

og dansegruppa til Mukikute (TB-pasientorganisasjon som omtales senere i artikkelen) hadde skuespill og dans i noen av landsbyene. Folk begynner å skjønne at det ikke er en dødsdom å få TB, men de utelukker ikke at det er en straff for brudd med tradisjoner eller et umoralsk liv.

Behandlingstilbudet

Den internasjonalt anerkjente strategien for tuberkulosekontroll kalles DOTS (Directly Observed Treatment Short-Course), og anbefales av Verdens helseorganisasjon. Dersom strategien blir fulgt, kan man behandle TB effektivt og billig, oppnå gode resultater og styrke helsevesenet i fattige land. Ett av kravene i DOTS er at pasientens daglige inntak av medisiner skal være observert. I Temeke er det tilbud om «Community DOT», det vil si at medisinen kan tas hjemme. En slektning eller tidligere TB-pasient får oppgaven med å passe på, signerer på skjemaet, og hente medisin for noen uker av gangen. Da behøver ikke pasienten komme til klinikken hver dag. Omtrent halvparten av pasientene foretrekker dette. Sykepleieren drar på hjemmebesøk en til to ganger i måneden, sjekker hvordan det går, og tar spyttprøve etter 2 og 5 måneder av behandlingen. Da kan laboratoriet kontrollere om behandlingen er effektiv. Medisinene de bruker skal gi fullverdig behandling i løpet av seks måneder. Nye diagnostiske utfordringer ligger imidlertid i at TB ikke nødvendigvis kan diagnostiseres med spyttprøver, og at det er vanskelig symptom-bilde hos hiv+ pasienter. Det er stort sett de som ikke har noen slektninger eller de som bor i nærheten av klinikken som foretrekker å komme dit for å få medisin. Hver pasient har en loggbok på klinikken, og Angelina har laget et arkivsystem med små bøker stilt opp i tomme medikamentesker. Om ettermiddagen gjør de klar neste dags doser ved å klippe opp blisterpakninger til de rette størrelsene. Hvis pasientene ikke kommer for å hente medisiner,



TB-PASIENT: Aisha får behandling hjemme og er på bedringens vei. Foto: Merete Taksdal

blir de sporet opp. Dette er et ledd i å hindre frafall fra behandlingen. Noen ganger er pasientene så svekket at de ikke orker å komme til klinikken, noen føler seg så bra etter to måneder at de slutter med medisiner, og andre flytter uten å si fra. Men de som blir fanget opp igjen blir som regel med på å fullføre behandlingen når de får god informasjon og hjelp til å takle bivirkningene. Det er større frafallsprosent blant de som henter medisiner på klinikken enn de som blir behandlet hjemme. Angelina mener at det kan ha sammenheng med de svake sosiale nettverkene, og at de som har noen til å passe

på dem hjemme stiller sterkere. Det er for mange pasienter som dør i løpet av behandlingen, mener dr. Kapalata. Dette kan ha sammenheng med sen diagnose, og det skal forbedres i TB-programmet. Blant annet skal sykepleierne begynne å spørre alle pasienter om de har hostet i mer enn 14 dager, uansett hva de oppsøker helsevesenet for. Håpet er å fange opp flere med smittsom TB tidligere. Når noen kommer med feber midt i malariasesongen er det lett å gi malariamedisin uten ytterligere spørsmål.

Hiv-testing

TB-pasienter får tilbud om hiv-tester

som tas med hurtigtester på klinikken. De hiv-positive blir henvist til sjukehuset for CD4-telling (CD4 eller T-lymfocytter er viktige for kroppens immunforsvar). Men det er en del som aldri drar dit. Angelina sier at de ikke vil bli sett når de drar til sjukehuset, for da skjønner alle at de har hiv. Dessuten verserer det rykter om at kroppen ikke tåler å bli behandlet med medisiner mot TB og hiv samtidig. Derfor ønsker mange av de som har begge infeksjonene å behandle ferdig TB, og deretter gå over på ARV (antiretrovirale medisiner). Angelina sier imidlertid at det går bedre med dem som tar begge deler med en gang når CD4-nivået

er lavt (hvis nivået faller under 200 celler/mikroliter blod er det stor fare for dårlig almenntilstand og opportunistiske infeksjoner), fordi de ellers kan bli ytterligere svekket i løpet av den tiden TB-behandlingen tar.

Klinikken

Klinikken Mgabala i Bagamoya tilhører et annet distrikt i Temeke. Når vi kommer dit er det en endeløs kø av kvinner med småbarn som venter på malariatesting. Det er regntid og vrimler av mygg, så det er viktig å få testet febersyke barn. De skriker i kor etter å ha blitt stukket i fingeren. Det er nesten en



GIR HÅP: Dansegruppa til Mukikute, pasientorganisasjon for TB-pasienter i Tanzania. Foto: Merete Taksdal

frisone å komme til TB-avdelingen, der det er delt ut medisiner til de faste mottakerne jevnt og trutt siden åpningen på morgenen. En dame i tjuårsalderen blir undersøkt, hun er mager og dratt, og andpusten bare av å reise seg opp fra stolen. Hun har feber om kveldene, svetter om natta, og vondt i brystkassa på venstre side. Hun er plaget av hoste. Faren hennes hadde TB for noen år siden, så det er nærliggende for henne å tenke i de baner. Hun blir sendt til laboratoriet for å levere en spyttprøve i et lite beger. Utfra de kliniske tegnene er de sannsynlig at hun har rett i sin antagelse om at hun har TB.

Informasjon

Sykepleier Scholastica Sagala er nettopp kommet tilbake til klinikken fra et hjemmebesøk. Pasienten er hiv-positiv og har TB, og var både fysisk syk og følelsesmessig nedbrutt over diagnosene. Sykepleieren la vekt på å være åpen og beroligende på første hjemmebesøk, og gi gode råd til søsteren som skulle være ansvarlig for oppfølgingen hjemme. De snakket også mye om ernæring, fordi det er så viktig å få balansert kost, ikke bare «vomfyll». Hun er klar over at folk er fattige, men mener at det ikke behøver å bety at de må spise dyre ting som kjøtt eller egg for å få god

ernæring. «Vi har mange næringsrike ting i den tradisjonelle maten», sier hun, men mange fattige spiser nesten bare «ugali». Det er en maisgrøt som man blir mett av, men som ikke inneholder det man trenger av næringsstoffer.

Hjemme hos pasienten

Scholastica har vært sykepleier i mange år og fikk sin offentlige godkjenning i 1976. Hun har jobbet med mange ting, men begynte å jobbe med TB-pasienter på sykehuset i Temeke i 1995. I forhold til den gang synes hun folk vet mye mer, og at de har tilgang på bedre hjelp. Forbedringen i helsevesenet

Forbedringen i helsevesenet har vært enorme de senere årene

har vært enorme de senere årene, med mye bedre tilgang på utstyr og medisiner. Likevel trives hun godt med å jobbe utenfor sykehus slik hun gjør nå. Først og fremst har det med arbeidsmengden å gjøre. Når de går hjem til folk har de kun den pasienten, og må de ta seg tid til det som trengs for den ene. Hun synes også at det har stor betydning for henne å se hvordan pasientene har det, hun kan observere ting i



familien og i boligen. Hun mener også at pasienten føler seg veldig ivaretatt ved at noen kommer hjem til dem, det er uvant i et samfunn der man er vant til å kjempe seg til hjelp. Hun legger vekt på lærerfunksjonen hun har i arbeidet med hjemmebasert omsorg. «Alt jeg gjør med pasienten må de pårørende se, slik at de kan følge opp. Heldigvis er det sånn at pasientene vanligvis merker stor bedring i løpet av 2-3 ukers behandling. Vi snakker om smitte også, og det meste av frykten er ubegrunnet. Når folk skjønner at de kan spise sammen, har det mye å si for trivsel og livskvalitet i familien.»

Nærhet til pasienten

Det som er slitsomt for Scolastica er all reisingen med jobben. Hun må gå mye, eller reise på overfylte busser for å komme til pasientene sine. Men hun verdsetter de tidligere TB-pasientene som stiller opp for å hjelpe. Når folk er redde for å dø, er det av stor psykologisk betydning å møte noen som er helt friske etter behandling. Det motiverer dem til å stå på. Scolastica kommer nærmere den enkelte pasienten fordi hun ser hvordan de bor og snakker mye med dem. Først er de sengeliggende og trenger hjelp til det meste. Men neste gang hun kommer sitter pasienten kanskje i en stol. Og etter noen uker til kommer de henne i møte utenfor huset. Det er inspirerende, og noe av det som gjør at det er en god jobb. «En jobb man blir glad av», sier Scolastica med et smil. Men det er også en påkjenning å være hjemme hos folk i nød og se denne nøden på nært hold. Når pasientene ikke har så mye som en matsmule i huset, er det tungt å forlate dem. Noen er ikke engang sengeliggende, de ligger på gulvet! Ikke så mye som et møbel inne i bølgeblikkskuret de bor i. Ja, man får nøden på nært hold. Om medisinen er gratis, så er det ingen kompensasjon for manglende evne til å jobbe når man er syk. Det kan være katastrofalt for alle i husholdet. «Når man møter pasienter i kø på klinikken vet man egentlig

ingenting om dem og livet deres», konkluderer hun.

Hjemme med datteren

Aisha er en TB-pasient som behandles hjemme på fjerde måneden. Datteren hennes, i slutten av tenårene, er ansvarlig for å følge opp medisineren. Aisha synes selv at hun er kommet i god form, og tilbringer dagene med rutineaktiviteter. Huset ligger i bakgården til et lite gatekjøkken som er inntektskilden til familien. Da hun ble diagnostisert med TB på sykehuset hadde hun vært syk i lengre tid. Hun hadde brukt hostesaft mot hosten uten bedring, og hun hadde blitt behandlet mot lungebetennelse av en lege på et privat helsesenter. Hun hadde utgifter til røntgen, og det ble sagt at hun hadde væske i pleura. Hun brukte mye penger og tid på all feilbehandlingen inntil hun endelig fikk den riktige diagnosen, som var TB. Hun valgte oppfølging hjemme, for hun var veldig svak, sengelig-

Folk som er syke prøver gjerne egenbehandling først

gende og kunne ikke gå. Nå som hun har fått medisin i flere måneder er hun i fin form, og har til og med god appetitt. Fordelen med å ta medisinen hjemme er ikke minst at hun kan ta dem når hun våkner, og hun slipper å vente i kø på et helsesenter. Det eneste som plager henne er smerter i beina. Datteren synes det var fint å få ansvar for å følge opp morens behandling. Hun skryter også av sykepleier Anna Lihombo som jevnlig kommer innom for å høre hvordan det går. «Det er nesten som å få en venn på besøk, vel så mye som en profesjonell hjelper».

Tradisjonell behandling

Folk som er syke prøver gjerne egenbehandling først, kjøper

medisin på apoteket eller går til tradisjonelle helbredere. Akkurat som Aisha er det mange som har gått bomturer til helsevesenet og brukt mye penger før de får riktig diagnose. I Temeke skal de tradisjonelle helbredere oppmuntres til å henvise pasienter med TB-symptomer til helsevesenet. Vi traff Samata Salom hjemme i huset der et rom benyttes til praksisen hans. Salom er en erfaren helbreder på godt over 70 år, med hyller fulle av rikholdige remedier fra plante-, mineral- og dyreriket. Han har blitt en nøkkelperson i båndene mellom de tradisjonelle helbredere og helsevesenet fordi han selv er vellykket behandlet for TB. Salom sier at de forskjellige typene behandling utfyller hverandre, og at de må henvise til de som kan det best. I likhet med 35 andre tradisjonelle helbredere fra landsbyene omkring, har han vært på kurs på sykehuset, og dr. Kapalata håper at de skal se effekten av dette samarbeidet på sikt. Selv om de har forskjellige virkemidler er begge enige i at det er viktig å stoppe spredningen av smittsomme sykdommer. De legger heller ikke skjul på at det er en del motsetninger, og mange pasienter blir møtt med forakt i helsevesenet over at de fortsatt bruker «hekse-doktorer». Mange av de tradisjonelle helbredere erfarer at pasientene kommer til dem i fortvilelse etter at de har oppsøkt helsevesenet mange ganger uten å få riktig behandling.

Mukikute

Salom er også medlem av Mukikute – den første pasientorganisasjon for TB-pasienter i Tanzania. Organisasjonen er opprettet med støtte fra LHL (Landsforeningen for hjerte- og lungesyke), som selv ble startet av TB-pasienter i Norge for over 60 år siden. Det krever mot å stå offentlig fram, men det er enighet om at pasienter må ha kontroll over sine egne liv hvis man skal klare å stoppe spredningen av TB. Det er viktig at organisasjonen støtter pasientene, slik at de selv tar ansvar for å fullføre behandlingen og at de kan støtte

andre i samme situasjon. De må bidra til å videreformidle riktig og nyttig informasjon. Medlemmene i Mukikute har god erfaring med å være åpne om sykdommen for å bekjempe frykt og stigmatisering rundt TB og hiv. De vil vekk fra uforståelig skremselspropaganda og får et positivt budskap fram. De overlevde tuberkulosen! Utvikling av god helsekommunikasjon og pasientorienterte informasjonsbrosjyrer på lokalspråk er viktig for LHL, og Mukikute er viktig for å spre budskapet. Det teller mer enn tusen ord når en tidligere syk TB-pasient kommer tilbake til landsbyen som frisk, og til og med har krefter til å være frontdanser i Mukikutes dansegruppe. Da får folk virkelig tro på at det ikke er en dødsdom å få diagnosen TB.

LITTERATUR

1. Gamre H, Nissen H. Nurses role in the fight against tuberculosis. How can the nurse, through communication in guidance situations, motivate the tuberculosis patient to complete treatment at the Temeke Municipal Hospital? Final dissertation in Nursing at Sør-Trøndelag University College, 2006.
2. Public Health Watch Civil Society Perspectives on TB/HIV Policy. Open Society Institute, Public Health Programme, New York 2006.
3. WHO (2008) Global Tuberculosis Control. Surveillance Planning Financing. WHO/HTM/TB/2008.393. Switzerland
4. Storla DG, Yimer S, Bjune G A (2008): A systematic review of delay in the diagnosis and treatment of tuberculosis. BMC Public Health 8:15 <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/8/15>
5. Laxminarayan R, Klein E, Dye C, Floyd K, Darley S, Adeyi O. Economic Benefit of Tuberculosis Control. Policy Research Working paper 4295. World Bank. Human Development Network. Health, Nutrition & Population Team. August, 2007.
6. Haram L Assessment of health-care seeking behaviour. The case of co-infection of TB and hiv/aids in Temeke, Tanzania. Department of Social Anthropology, NTNU Trondheim, Norway / LHL, 2008.

Gammel smitte holder stand

Romantiske kunstnere drømte om den, men tuberkulose er en av verdens største mordere.

Mycobacterium tuberculosis har spredd sykdom i flere tusen år, men ble først identifisert i 1882 av den tyske legen Robert Koch. Med det satte han en vitenskapelig stopper for diskusjonen om tuberkulose skyldtes smitte eller arv.

Dråpe- eller luftsmitte

Allerede Hippokrates beskrev symptomer på tuberkulose som feber, hoste og avmagring. Bakterien spres når smitteførende dråper eller støvpartikler trenger inn i luftveiene. Det fører i første omgang til en betennelsesaktig reaksjon, som sjelden gir symptomer. Bakteriene kan spres med blodet til hele kroppen, men blir som regel bekjempet av immunforsvaret. Noen klarer likevel å holde seg levende i flere tiår. Enkelte mennesker blir syke det første året etter smitte og får symptomer som dårlig allmentilstand, feber og tungpustethet. Andre blir først syke etter flere år. De har som regel lungetuberkulose eller tuberkulose andre steder i kroppen.

Bare lungetuberkulose regnes som smittsom. Hos noen danner det seg store kaverner i lungene med puss. Symptomene er gjerne hoste som gradvis forverres og oppspytt med puss og noen ganger blod. Når sykdommen har kommet

langt, ses også feber, nattesvette og avmagring.

Vaksine

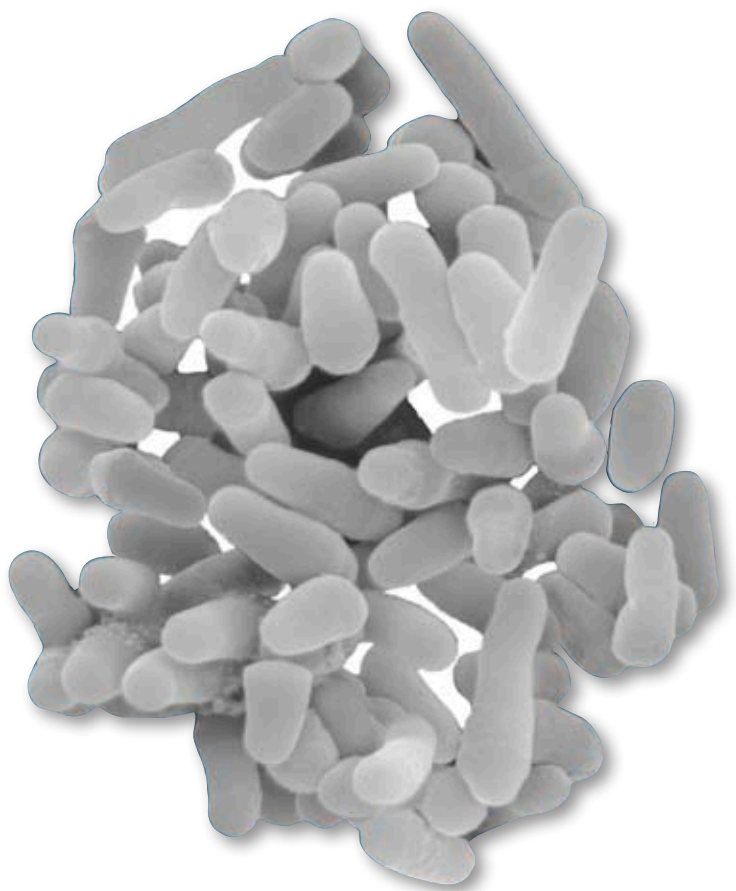
I middelalderen økte utbredelsen, på grunn av økende urbanisering og industrialisering. Trangbodddhet, dårlig økonomi og sviktende hygiene ga smitten bedre spillerom.

I det 17. og 18. århundre var tuberkulose for eksempel ansvarlig for hvert fjerde dødsfall i Europa. Sykdommen har også blitt kalt «tæring» og «den hvite pesten». Lenge var behandlingen hvile, sol og frisk luft. Etter hvert kom behandlingstilbud som å blåse luft inn i lungene for å få infisert vev til å lukke seg, og kirurgi.

I 1920-årene ble BCG-vaksinen utviklet, og den ble allment akseptert i 1940-årene. I Norge var BCG-vaksinen lovpålagt mellom 1947 og 1995. I dag er den et frivillig tilbud i likhet med de andre vaksinene i barnevaksinasjonsprogrammet.

Kunstneres sykdom

Mens tuberkulose i dag først og fremst rammer fattige, skapte den mote på 1800-tallet. Mange myter ble spunnet rundt sykdommen. Det hadde nok å gjøre med at de tuberkuløse ble bleke, lyse og vakre. De var ikke fulle av byller og sår, slik ofre for andre sykdommer kunne



bli. Datidens romantikere hadde forestillinger om at sykdommen var interessant og skapte geniet, og dette geniet var blekt, tandert og melankolsk. Det fantes også forestillinger om at sykdommen «foredlet» menneskene og gjorde dem mer levende.

Den engelske dikteren Lord Byron skal i 1828 ha sett seg i speilet og uttalt: «Jeg ser blek ut. Jeg ville ha likt å dø av tæring». På spørsmål om hvorfor, svarte han: «For da ville alle damene si: Se på stakkars Byron, så interessant han ser ut i døden».

Potente medisiner

I 1944 kom et medikamentelt gjennombrudd i form av streptomycin. Frem mot 1969 ble det utviklet flere legemidler. I industrialiserte land er dødeligheten av tuberkulose i dag meget lav, mens den i fattige land er svært høy. På verdensbasis regnes tuberkulose for å være den sykdommen som tar flest liv.

Kilder:

Andersen, Bjørg Marit. Patogene bakterier. – diagnostikk, behandling og smittevern. Oslo: Gyldendal, 2001.
Folkehelseinstituttet, www.fhi.no
Tjåde, Trygve. Medisinsk mikrobiologi og infeksjonssykdommer. Bergen: Fagbokforlaget, 2002
Tuft, Guri. Epidemier før aids. Farsottenes kulturhistorie. Oslo: Cappelen, 1989

Krever kontroll

Aldri har det vært så mange tuberkulosesyke i verden som i dag.

– Afrika sør for Sahara er hardest rammet av tuberkulose, forteller overlege Karin Rønning ved Seksjon for smittsomme sykdommer på Folkehelseinstituttet.

– Er det områder som står i fare for å bli hardere rammet enn i dag?

– De landene som har høyest forekomst av tuberkulose, er stort sett de landene som har høy forekomst av hiv, økende antall fattige, et helsevesen som har brutt sammen og ustabil tilgang på medisiner, sier hun.

Også Asia

– Det er ganske høye tuberkulose-tall i mindre områder i Asia, men hovedproblemene har de i Afrika sør for Sahara.

– Hva med Russland og Øst-Europa?

– Der er det også problemer med hiv og multiresistens, men ikke av samme omfang som i Afrika.

Anslag fra Verdens helseorganisasjon tilsier at en tredjedel av verdens befolkning er smittet av tuberkulose. 95 prosent av dem bor i lav- eller mellomkostnadsland. 30 prosent får diagnose, halvparten av dem igjen blir helbredet.

Ifølge Rønning har det aldri vært så mange tuberkulosesyke i verden som i dag.

Medisiner

– Hva er de største utfordringene i forhold til tuberkulose?

– Tilgang på helsevesen og medisiner. Dette dreier seg om fattige land med dårlig utviklede helsesystemer og lav tilgang på kvalifisert personell. Noen har ressurser til å bygge opp bedre systemer, andre prioriterer det ikke. Det er forskjeller landene mellom.

– Har du eksempler?

– Angola er for eksempel ikke så hardt rammet som andre land sør

for Sahara. De har et bedre utviklet helsevesen enn nabolandene, med tilgang på kompetanse og medisiner. Det gjør at situasjonen har gått fra å være ille til å bli litt mindre ille.

Solidaritet

– Gjør Norge noe internasjonalt for å forebygge tuberkulose?

– Norge deltar i ulike prosjekter i Baltikum og enkelte land i det tidligere Sovjetunionen. Dessuten deltar vi i ulike internasjonale utviklings- og vaksineprosjekter. Det som har vist seg veldig viktig er politisk vilje. Det handler om å bygge opp registre over smittede og å følge opp behandlingen de får.

I Norge er tuberkulose en meldingspliktig sykdom. Alle som blir syke må følge direkte observert behandling (dot). Det innebærer at hver eneste pille som tas de seks månedene behandlingen varer, skal deles ut av helsepersonell, for eksempel en hjemmesykepleier. At pillen inntas og svelges blir observert og dokumentert. Det er ikke aktuelt å få utdelt sin egen pilleeske.

– Dette gjennomfører vi helt konsekvent, sier Karin Rønning.

– Det er del av en internasjonal solidaritet. Slik vi mener andre bør gjøre dette, skal vi også gjøre selv.

Det er viktig også for å hindre utvikling av multiresistens i Norge. Å behandle tuberkulose er besværlig og det er en fare for at behandlingen blir avbrutt.

Kontroll

– Vil Norges tuberkulose-tall holde seg lave?

– De vil svinge i takt med antall flyktninger, asylsøkere og arbeidsinnvandrere. Så lenge vi har høy innvandring fra land med høy forekomst av tuberkulose, vil tallene øke. Skulle det komme færre, vil de synke.

I dag er det nesten ingen som blir smittet av tuberkulose i Norge. I hovedsak er det to grupper som blir syke: Eldre mennesker, som er født i Norge og som ble smittet som barn. De kan få reaktivert tuberkulose. Og så er det yngre utenlandsfødte som er smittet i sitt opprinnelige hjemland, og som utvikler sykdom når de kommer til Norge.

Andelen norskfødte som får tuberkulose vil synke, ettersom de som er smittet som barn etter hvert vil dø ut.

– Vil det ikke være noen om 25 år?

– Kanskje noen hiv-positive og noen som har oppholdt seg over lengre perioder i områder med høy risiko for smitte.

– Vil Norge klare å kontrollere situasjonen?

– Vi legger vekt på å kontrollere risikogrupper. Det gjør vi av to grunner: For å finne de som er syke, så vi kan starte behandling. Og for å finne de som ikke er syke, men har latent smitte. Da kan vi vurdere forebyggende behandling, forteller Karin Rønning.

Planer om ny seng? Se vårt utvalg av sykehus- og institusjons- senger først!



Sykehussengen Evabed Hospital



Institusjonssengen EZZ economy



www.sunrisemedical.no

Sunrise Medical AS
Rehabsenteret, 1450 Nesoddtangen
T: 66 96 38 00 F: 66 96 38 80
post@sunrisemedical.no



Foto: Corbis

Mykobakteriene er stavformede og syrefaste. De kan overleve i støv i opptil ett år.

Tuberkulose i Norge

Fra å ha hatt en av Europas høyeste forekomster av tuberkulose rundt år 1900, er Norge i dag et av landene i verden med lavest forekomst. I 2007 ble det meldt om 307 tilfeller, og forekomsten de siste årene har holdt seg stabilt lav.

Det er særlig to grupper som blir syke: Mennesker av utenlandsk opprinnelse som er blitt smittet før de kom til Norge og eldre mennesker av norsk opprinnelse som er blitt smittet som unge. I gjennomsnitt var de med utenlandsk opprinnelse 29, mens de av norsk opprinnelse var 74 år.

De fleste som blir diagnostisert i Norge har lungetuberkulose.

Internasjonalt blir Norge holdt fram som eksempel på at land med lav forekomst av tuberkulose klarer å kontrollere situasjonen selv om det har stor innvandring fra områder med høy forekomst av sykdommen.

I oversikten over tuberkulose-situasjonen for 2007 ber Folkehelseinstituttet om økt oppmerksomhet på å undersøke au pairer som kommer til Norge. Antallet er stigende, og mange kommer fra land der tuberkulose er utbredt.

Kilde: Folkehelseinstituttet

Mange tror
det er tilfeldig at
våre kunder har
så gunstig
skadeforsikring

Når kreft rammer far eller mor

En gruppe barn og ungdom som har deltatt i grupper for kreftrammede, har gitt større innsikt i barns reaksjoner når en forelder får kreft.

De har stort behov for hjelp. Men barn og ungdom har vanskelig for å snakke med voksne både hjemme og på skolen om problemene de opplever når far eller mor blir kreftsyk. De opplevde i stor grad skolevansker, tristhet, angst og usikkerhet.

Dette kommer fram i en pilotstu-

die som blir beskrevet i neste utgave av Sykepleien Forskning.

Fellesskap

Montebellosenteret i Oslo har utviklet familierehabiliteringskurs som går over en uke. Der er voksne med kreft og deres barn sammen i et psykopedagogisk opplegg, der også fritid og hygge hører med. Det er deltakere fra disse gruppene som har blitt intervjuet i pilotstudien til Torhill Ensby, Kari Dyregrov og Bjørn Th. Langmark. Hensikten med studien var å øke kunnskapen om barn og ungdommers reaksjoner på kreft og død hos en av foreldrene.

Fikk snakket med mamma

De ble også bedt om å si sin mening om gruppene. De fleste uttrykte at de var svært fornøyd. Det var en lettelse å møte noen i samme situasjon som dem selv, og som virkelig forstår hvordan de har det. En 16 år gammel jente sa det slik:

«Jeg prøvde å fornekte det for meg selv på en måte, og det har jeg gjort veldig masse fra jeg fikk vite det. Man da jeg var oppe på Montebello, har jeg liksom begynt å slippe litt og litt fram, da. Og jeg har hele tiden fortrent at det er så galt som det er. Nå har jeg snakket en del med mamma, og hvis hun skulle dø, for eksempel, så har jeg

snakket med henne om ting.»

I gruppene fikk barna aktivitets-tilbud, de deltok i samtalegrupper og fikk informasjon om kreft fra fagfolk. De syntes det var verdifullt å snakke naturlig om vanskelige emner med andre i samme situasjon.

sykepleien

Forskning

I Sykepleien Forskning som kommer 2. oktober, kan du lese hele artikkelen om studien.



men;

Vi i KLP har jobbet med offentlig ansatte gjennom snart 60 år. Det betyr at vi kjenner kundene våre godt. Akkurat som de kjenner oss. Vi vet, for eksempel, at det dreier seg om folk som er flinke til å ta vare på eiendelene sine. Det gir oss muligheten til å tilby ekstra gunstige betingelser. Kall det gjerne tillit. Og en såkalt vinn-vinn situasjon. Våre forsikringsprodukter er satt sammen for å gi riktig hjelp når man trenger det.

Les mer om KLP og våre nye produkter på klp.no/forsikring.
Det kan lønne seg.

KLP

for dagene som kommer

**Miele****PROFESSIONAL**

OXIVARIO® - for den beste rengjøring og desinfeksjon

Miele har i årtier vært retningsgivende i utvikling av rengjørings- og desinfeksjonsautomater for det kliniske området og legepraksisen.

Oxivario er et spesialprogram beregnet benyttet til vask av kompliserte instrumenter innen minimalinvasiv kirurgi. Programmene benytter en kjemisk reaksjon i maskinen som frigir oksygen som igjen angriper proteiner. Resultatet er 100% rene og blanke instrumenter.

Ta kontakt med oss for en uforpliktende prat.

Miele AS, Løxaveien 13
Postboks 183, 1309 RUD
Telefon 67 17 31 00
Telefaks 67 17 34 29
E-post: professional@miele.no
Internett: www.miele.no

eResept-kaos

Elektronisk resept skulle bli en tryggere og enklere metode for resepthåndtering. Pilotprosjektet har så langt vist seg å bli det motsatte.

Stor-Elvdal var kommunen som skulle teste ut systemet for eResept før det skulle prøves ytterligere i andre hedmarkskommuner. Til slutt skal systemet innføres i hele Norge. Målet er å innføre e-Resepter på landsbasis i løpet av 2010.

I sommer ble det meldt om dataproblemer, og i det siste har det også kommet fram at pasientsikkerheten står i fare.

Opplysninger om pasientenes medisinerbruk, styrken på medisinene og doseringen av dem er blitt borte. Datoer, antall resepter og doser er blitt feilregis-



trert. Resepter som er skrevet inn, har forsvunnet.

Fylkeslegen har åpnet tilsynssak, kommunelegene har sluttet å bruke systemet og flere pasientorganisasjoner krever umiddelbar stans av prøveprosjektet.

Helsedirektoratet hadde møte med kommunen i slutten august. Her ble partene enige om å fortsette

prosjektet og å styrke den videre oppfølgingen.

Situasjonen skal vurderes på nytt i slutten av september. Foreløpig er den planlagte oppstarten i Elverum utsatt, til utfordringene i Stor-Elvdal er avklart.

Kilder: Dagsavisen og Helsedirektoratet

Rusansvar på Haukeland

I januar 2009 skal en egen enhet på Haukeland universitetssykehus ha det totale ansvaret for å koordinere døgnbehandling av ruspasienter.

– Tett samarbeid med private ideelle aktører blir avgjørende for å sikre at pasientene får et tilpasset tilbud, sier administrerende direktør Stener Kvinnsland.

Han mener noe av det viktigste blir å avklare grenseoppgangene mellom 1. og 2. linjetjenestene.

Helse Bergen bruker om lag 400 millioner kroner til behandling av tilfeldig og kronisk rusmiddelbruk.

Kilde: Helse Bergen

93% foretrekker bandasjer med Safetac® teknologi fordi det er mindre smertefullt¹

Safetac er en patentert myk silikon hefteteknologi som minimerer skade og smerte for pasienten. Safetac teknologi gjør mindre vondt fordi

- det fester seg skånsomt til tørre overflater, slik som hud, men ikke til fuktige såroverflater²
- det former seg etter hudens porer, og danner en stor og effektiv kontaktflate som jevnt fordeler avrivningskreftene ved bandasjeskift³



Referanser:

1. Price P et al. Dressing related pain in patients with chronic wounds: an international patient perspective. *Int Wound J* 2008;5:159-171.
2. White R. Evidence for atraumatic soft silicone wound dressing use. *Wounds UK* 2005; 1 (3): 104-109.
3. Dykes PJ et al. Removal of a hydrocolloid dressing. *Journal of Wound Care* 2001; 10: 7-10

Safetac
TECHNOLOGY

Den patenterte Safetac® teknologien er kun tilgjengelig i Mepilex® bandasjene, Mepitel® og andre utvalgte bandasjer fra Mölnlycke Health Care.

MÖLNLYCKE
HEALTH CARE

Lett å gå til legevakten

Nesten 40 prosent av pasienter som oppsøker legevakt mener det er det samme om man blir behandlet av legevakt eller fastlege når man blir akutt syk. Dette viser en undersøkelse gjort i Arendal.

Det er ingen ny problemstilling at en del pasienter som oppsøker legevakt egentlig burde bestille seg en time hos fastlegen.

Eva Moe og Gunnar Tschudi Bondevik delte ut spørreskjemaer til pasienter på legevakten i Arendal i mars 2007. Spørsmålet til pasientene var hvorfor de oppsøkte legevakten fremfor fastlegekontoret. De fikk 736 svar.

De tre vanligste årsakene pasientene oppga var at:

- fastlegekontoret var stengt
- de ble syke utenom kontortiden
- de får raskere hjelp på legevakten.

De som bor nærmere legevakten går lettere dit enn til fastlegen enn de som bor på landet. 40 prosent av pasientene mente at det vanligvis ikke spilte noen rolle om man blir behandlet av fastlegen eller på legevakten.

Kjent

Dette er et bilde akuttpsykeleier og traumekoordinator Ulrika

Eriksson kjenner seg igjen i. Hun leder landsgruppen av sykepleiere i akuttmottak, AMK og ambulansetjeneste. Selv jobber hun ved akuttavdelingen på St. Olavs hospital i Trondheim.

– Jeg tror de fleste legevakter har denne utfordringen, men mitt inntrykk er at det er forskjell på by og land. På landet har folk muligens et tettere forhold til legekontoret og oppsøker lettere det hvis de blir akutt syke.

Hun understreker at det også er stor forskjell på hvor alvorlig folk vurderer sin egen situasjon.

– Jeg har for eksempel opplevd at kvinner kommer til legevakten for å få ny resept på p-pillar. De blir henvist til fastlegen, selv om de synes situasjonen er svært akutt og alvorlig selv.

– Trenger folk å oppdras til å forstå hvordan legevakten skal brukes?

– Ja, det vil jeg påstå. Det er



KVELD: Mange av dem som oppsøker legevakt om kvelden er barn og unge. Arkivfoto: Therese Borge

viktig at publikum forstår at det gjøres en faglig systematisk vurdering av hver enkelt pasient. Legevakten må se an hvem som sitter på venterommet. Barn prioriteres, men hvis det kommer en voksen med smerter i brystet, må barnet med øreverke vente. Slike ting kan være vanskelig å forstå for publikum. De tenker lett koordning, at den som kommer først slipper først inn.

– Hvordan få folk til å skjønne dette?

– Kontinuerlig informasjon er viktig. Da kan man unngå en del frustrasjoner. Jeg har stor tro på informasjonskampanjer, men kjenner ikke til konkrete kampanjer nå.

Barn sykere om kvelden

I undersøkelsen fra Arendal gjaldt nesten hver tredje konsultasjon barn og unge under 15 år. Det er lett å tenke at foreldre synes det er

mer lettvisst å oppsøke legevakten om kvelden enn å ta seg fri og få time hos lege på dagtid. Men man må huske på at barn som er syke ofte blir dårligere om kvelden, påpeker Eriksson.

– Feberen stiger gjerne om kvelden. Opplevelsen av syke barn gjør terskelen lav for å oppsøke legevakten, og det er naturlig.

sykepleien

Forskning

Undersøkelsen fra Arendal presenteres i sin helhet i neste nummer av **Sykepleien Forskning** som kommer 2. oktober sammen med Sykepleien Jobb.

DER DU I DAG BRUKER EN TRADISJONELL
SKUMBANDASJE I SÅRBEHANDLINGEN

Versiva[®] XC[™]
Gelling Foam Dressing

Har du sett...



... hva en gelende skumbandasje kan gjøre?

Versiva[®] XC[™] gelende skumbandasje med unik Hydrofiber[®]-teknologi er en ny bandasje som både kan absorbere og binde sårsekret og bakterier.*¹

Versiva[®] XC[™] gelende skumbandasje

- beskytter sårkantene og den friske huden rundt såret² ved at Hydrofiber-materialet binder sårsekretet til seg.
- er behagelig for dine pasienter fordi gelen ikke fester seg i såret, og smerten ved bandasjeskift reduseres.³
- fremmer sårets tilheling ved å opprettholde fuktigheten i såret, og motvirker bakterieoppvekst ved at gelen former seg tett inntil såroverflaten.³

* In vitro-studier med AQUACEL bandasje som bygger på samme teknologi som sårkontaktlaget i Versiva XC bandasje.

Referanser: 1. Walker M, Hobot JA, Newman GR, Bowler PG. Scanning electron microscopic examination of bacterial immobilisation in a carboxymethyl cellulose (AQUACEL[®]) and alginate dressings. *Biomaterials*. 2003;24:883-890. 2. Bryan Griffiths and Simon Adams, Sean Kelly and Helen Shaw, Retention of Fluids And Lateral Spread in a New Gelling Foam Dressing Versus Other Foam dressings. Poster presented at EWMA 2007. 3. Vanscheidt W, Mütter K-C, Klövekorn W, Vin F, Gauthier J-P, Ukat A. A prospective study on the use of a non-adhesive gelling foam dressing on exuding leg ulcers. *J Wound Care*. 2007 Jun;16(6):261-265.

Se pakningsvedlegget for ytterligere informasjon.

© 2008 ConvaTec Inc. ®/TM Registrert varemerke tilhørende ConvaTec Inc.

ConvaTec, Postboks 244, 1301 Sandvika, Kundeservice: 800 30 995
Fax: 67 55 90 13, www.convatec.no, convatec.kundeservice@convatec.com



Our world is what we make of it[™]





Flere leger tror at jeg rett og slett er immun mot
kjønnsykdommer.

Rune Rudberg

Syk litteratur

Da jeg studerte sykepleie, leste jeg alle bøkene som sto i én spesiell hylle på biblioteket. Nå vel, en hel hylle var det ikke, snarere en halv, litt glissen, og den holdt de fag- og skjønnlitterære bøkene oppe.

Noen ville kanskje si at jeg var på feil hylle. At litteraturvitenskap ville vært et mer passende studium. Kanskje det. Men disse bøkene var berettiget til å stå der: De handlet nemlig om sykdom.

Det er særlig én jeg ikke glemmer. Den var smal, ganske unnselig og het «Synlig mørke». Det var forfatteren William Styrons erfaringer med egen depresjon.

Å lese den var som å komme under huden på en sykdom. Det var så langt fra klassifisering og diagnosekriterier jeg kunne komme, men ga minst like mye kunnskap som noen pensumbok. Fremdeles kan jeg fornemme håpløsheten Styron formidler, der han sitter i mørket i sin egen stue og ikke ser mening i noe.

Han har gjort inntrykk på flere enn meg, for i USA er boken valgt som en av de beste faglitterære bøkene fra det 20. århundre. Kanskje står den fremdeles på biblioteket?



Nina Hemæs

Forfatterintervjuet:

Sokrates i sykdom

«Hva er sykdom»? Ett spørsmål, men mange svar.



Bjørn Hofmanns bok er en filosofisk tilnærming til spørsmålet. Han tar utgangspunkt i forskjellige perspektiver, blant annet vitenskapsteori, språkfilosofi, etikk og historie.

– Jeg utdannet meg først til sivilingeniør fordi jeg tenkte at det var et yrke man kunne leve av. Og så kunne jeg heller drive med ting jeg interesserte meg for ved siden av, forteller han.

Kantina i Fredrik Holst hus, der samfunnsmedisinerne ved Universitetet i Oslo holder til, er tom. Hofmann velger et vindusbord.

– Men så endte jeg opp med å jobbe med hobbyen min på heltid.

Han skynder seg å tilføye at ingeniørbakgrunnen både har vært morsom og høyst relevant for det

han nå befatter seg med:

– Det er svært nyttig å ha kunnskap om den teknologiske delen av helsevesenet; som drift og økonomi. Det er i spenningsfeltet mellom helse og driften av helsevesenet at verdispillet oppstår, mener han, som forsker og underviser innen medisinsk vitenskapsteori, etikk og teknologivurdering.

Han er i full gang med å gi en rask innføring i boken mest sentrale problemstillinger. Ivrig gestikulerende. Det går i et rivende tempo:

– Historisk sett har vi nesten klart å utrydde enkelte sykdommer. For eksempel polio, kopper og tyfoidfieber. Men på en annen side dukker det stadig opp nye, som BSE (kugalskap) og fugleinfluensa.

Hofmann er opptatt av hvilke faktorer som gjør at sykdommer blir til og endrer seg.

– For å kunne besvare spørsmålet «hva er sykdom?» er det viktig å se på hvordan våre oppfatninger om sykdom har utviklet seg til det de er i dag, mener han.

– Vi utrydder sykdommer, men det oppstår også nye. Den teknologiske utviklingen og nye metoder gjør oss i stand til å differensiere på en helt ny måte.

Han påpeker at selv om vi har stadig bedre behandlingsmetoder, skapes det samtidig nye dilemmaer.

– Et eksempel på dette er brystkreft. Økningen av brystkreft er et resultat av at vi er i stand til å oppdage den på et mye tidligere sta-

dium. I dag behandler vi brystkreft som kanskje aldri ville utviklet seg så langt at kvinnen døde av det.

Men legger til:

– Den risikoen kan vi jo ikke ta.

Hofmann påpeker at innenfor den naturvitenskapelige tenkningen defineres sykdom gjerne som avvik fra normal funksjon, der normal funksjon er det som bidrar til overlevelse og reproduksjon.

– En konsekvens av dette perspektivet er at homofili kan defineres som en sykdom. Det samme gjelder toppidrettsutøvere hvis kroppslige tilstand definitivt avviker fra normalen. Jeg forsøker å vise at bak såkalte naturvitenskapelige definisjoner ligger det mange normative føringer, forklarer han.

– Hva sykdom er kan i tillegg ha ulike svar avhengig av hvem som spør og hvilket perspektiv man har. Hofmann trekker fram tre perspektiver: Pasientens, helseprofesjonens og samfunnets.

– Her kommer språket vårt til kort, hevder han.

– De skandinaviske språkene har bare ett ord for sykdom. Det samme gjelder tysk. På engelsk har man flere: «Disease» som dekker den helsefaglige vurdering og klassifisering av tilstanden, «illness» som henspiller på den personlige negative kroppslige eller mentale erfaringen, mens «sickness» innebærer vurderingen av sosiale evner (til å arbeide).

Hofmann tror at en slik spesifisering av sykdomsbegrepet på norsk

om sykdom

Anbefalt av

Anne Kveim Lie,
lege og forsker



Susan Sontag:

Sykdom som metafor

Viser hvor mye sykdomserfaringen påvirkes av hvilke fantasier og forestillinger kulturen legger på den.



Henrik Ibsen:

Gengangere

For di dramaet så godt illustrerer Sontags poeng. Osvalds sykdom er på samme tid straff, et fysisk onde og skam.



Lars Gustafsson:

En brøkters død

For di den rått beskriver den eksistensielle ensomheten som de fleste som er rammet av alvorlig sykdom føler på.

Det er viktig å anerkjenne pasientenes plager selv om det ikke er mulig å finne noen diagnose.

kunne forhindret misforståelser og bedret kommunikasjonen, ikke minst mellom behandler og pasient.

– For eksempel i en situasjon der pasienten går til legen med smerter som legen ikke er i stand til å diagnostisere. Dermed kan legen komme til å slå fast at pasienten ikke er syk, noe som i så fall kommuniserer dårlig med pasientens opplevelse av sin egen tilstand.

Ifølge Hofmann et eksempel på hvordan språket ikke strekker til. Han nevner kronisk tretthetssyndrom og nakkesleng som eksempler på sykdommer som vanskelig lar seg påvise medisinsk og som skaper konflikter og kommunikasjonssvikt mellom pasienter og helsepersonell. Hofmann mener at pasientperspektivet er det primære og at dette også er sterkt underfokuset:

– Hva er den moralske hovedhensikten ved helsevesenet?, spør han retorisk:

– Jo, å hjelpe mennesket. Og

hva er målet?: At mennesket får hjelp. Man blir ikke hjulpet av å høre at «du er ikke syk».

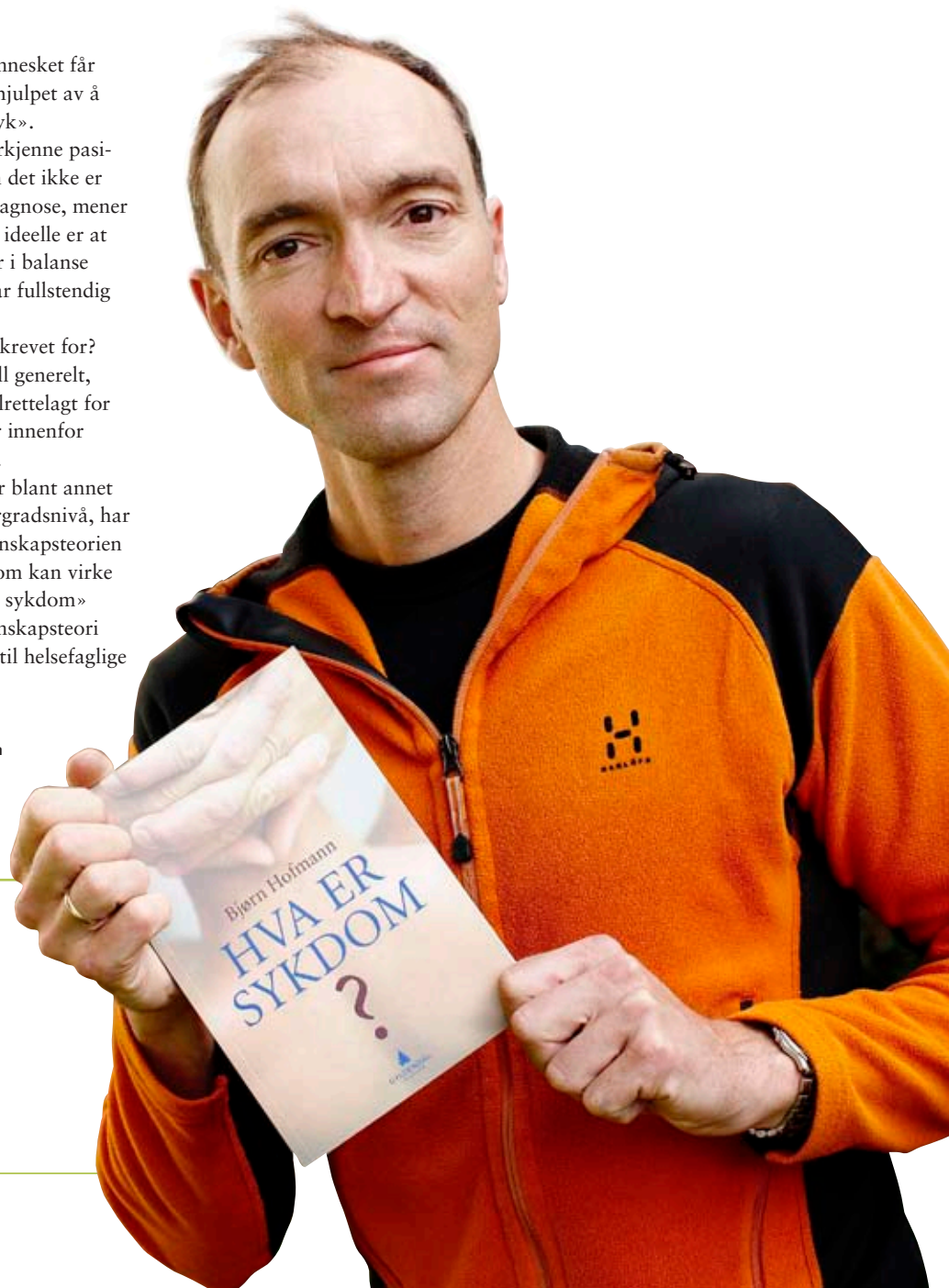
Det er viktig å anerkjenne pasientens plager selv om det ikke er mulig å finne noen diagnose, mener han og tilføyer at det ideelle er at disse perspektivene er i balanse og at ingen av dem tar fullstendig overhånd.

– Hvem er boken skrevet for?

– For helsepersonell generelt, men den er spesielt tilrettelagt for mastergradsstudenter innenfor sykepleie og helsefag.

Når han underviser blant annet sykepleiere på mastergradsnivå, har han erfart at den vitenskapsteorien studentene må gjennom kan virke lite relevant. «Hva er sykdom» dekker pensum i vitenskapsteori og er direkte relatert til helsefaglige spørsmål.

tekst **Susanne Dietrichson**
foto **Erik Sundt**



Bjørn Hofmann

Aktuell med: Hva er sykdom?

Utdanning: Prof. dr. philos

Yrke: Forsker og underviser

Bosted: Lillehammer

Alder: 44 år



Månedens bøker

Av Anne Marie Mork Rokstad og Kari Lislerud Smebye (red.), 359 sider, Akribe, 2008, ISBN 978-82-79501077

Anmelder: Liv Wergeland Sørbye, førsteamanuensis, Diakonhjemmet høgskole

Fengslende og kunnskapsmettet

Vil du lære om demens, er denne boken en sjeldent god hjelper.

Anmeldelse: For å trives i eldreomsorgen må sykepleiere ha nok kunnskap. De vil da lettere kunne mestre utfordringene i samhandling med aldersdemente pasienter. Kunnskap gir innsikt og inspirasjon.

Boka «Personer med demens» gir en sjeldent god og helhetlig innføring i teamet. Redaktørene har dannet et tverrfaglig team med sju forskjellige forfattere. De har vært i stand til å lage «individuelle planer», hvor vedtak og intervensjon nøyte har vært tilpasset hovedpersonenes behov.

Gjennomgangspersonene i boka er Anna og sønnen Jarle. Hun er 75 år og har relativt nylig blitt enke. Han er 49 år, har Downs syndrom og bodde på institusjonen frem til PU-reformen kom. Anna har nære pårørende som støtter og hjelper henne. Gjennom Annas og Jarles demensutvikling får leserne innføring i ulike typer demensutredninger og undersøkelser. Familiens opplevelser og reaksjoner blir fulgt etter hvert som Anna og

sønnen trenger ulike omsorgs- og behandlingstilbud.

Boken er dynamisk og engasjerende. Juss og etikk blir fint vevet sammen med miljørettede tiltak og terapiformer. Familien følger Annas demensutvikling med umyndiggjøring, sinne og andre atferdsproblemer. Hun blir

en «vanskelig» pasient og selv primærkontakten må gi opp i en dusje-situasjon. Anna faller og røntgenundersøkelsen bekrefter lårhalsbrudd.

Sønnen Jarle fikk sin demensdiagnose kort tid etter at moren ble innlagt på sykehjem. De bodde tilsynelatende i samme kommune, men da Jarle fikk plass i sykehjemmet, var det ingen kommentar til om ikke han skulle på samme hjem som moren. Familien ga ut-

trykk for mye pleieansvar, og for dem kunne det vært praktisk og hatt sine pleietrengende på samme sted.

Som leser er det lett å bli engasjert i Annas historie, og å bli nysgjerrig på hvordan det gikk med henne. Dette har redaktørene løst elegant med et enkelt etterord.

Boken er meget velskrevet og den er god å lese.

Anna får besøk av «the old mans friend» (lungebetennelse) og dør etter en ukes sengeleie, med god tid for familien til å ta farvel.

Boken har viet et kapittel til Marte Meo som veiledningsmetode. På 1980-tallet ble metoden brukt i mor-barn-relasjoner. Boken viser til begrenset norsk forskning som relaterer metoden til demensomsorgen. All målrettet behandling som har til hensikt å styrke samhandling mellom den

aldersdemente pasient og omsorgsgiver bør stimuleres, men også evalueres.

Boken er meget velskrevet og den er god å lese. For hvert tema er det relevante studieoppgaver og referanser. Boken kan anbefales både til studenter og sykepleiere som arbeider inne eldreomsorgen.

Etterord: Både i tittelen og resten av boken brukes begrepet demens, dette er et godt innarbeidet uttrykk i norsk sykepleie. I sin definisjon viser redaktørene til en svensk offentlig utredning som heter «Demenssykdommer». I Sverige får en i dag ikke bruke demens synonymt med en diagnose. Det samme er tilfellet på engelsk, der det korrekte er å bruke «dementia disease».



Leses best langsomt

Ulike historier om ulike pasienter
gir større forståelse.

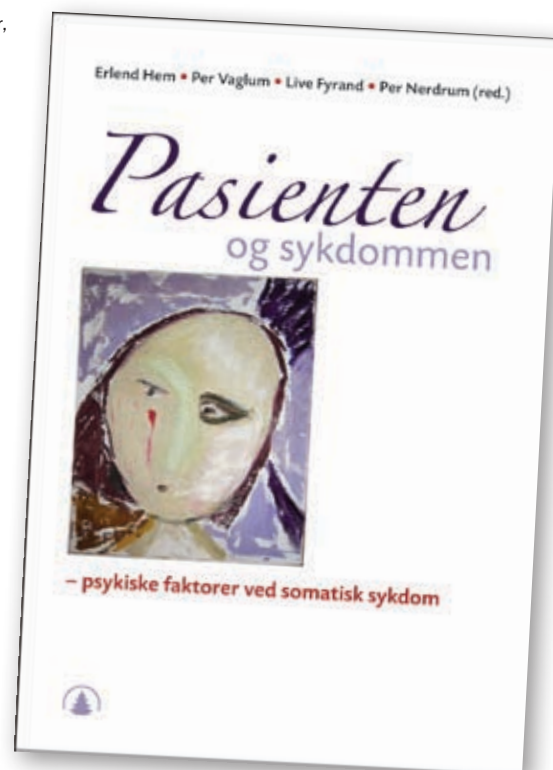
Anmeldelse: Denne boken er en gjennomgripende og mangesidig samling faglige anekdoter om pasientenes prøvelser i hverdagen, og om hvordan den gode samtalen kan virke forløsende – for begge parter.

Bidragene er skrevet av flest leger og psykologer, noen sykepleiere, en fysioterapeut, ergoterapeut, sosiolog, sosionom, litteraturviter og filosof. Pasienthistoriene omfatter alt fra hjerte- og karsykdommer og kreft til fødselshjelp. Bidragene viser hvordan kognitiv samtaleterapi er et godt redskap i klinisk medisinsk behandling.

Det er en utvungenhet over de fleste historiene. Kapitlene er korte og konsise, med fyldig litteraturhenvisning. De fleste historiene gir leselyst og er eksempler på at det nytter å gå inn i dialog med den lidende for å understøtte hans/hennes problemer i hverdagen. De er gode eksempler på at det er hensiktsmessig å bruke tid og ressurser i samarbeid med den lidende slik at vedkommende kan gjenkjenne sine utfordringer og tilpasse dem til hverdagen.

Av Erlend Hem, Per Vaglum, Live Fyrand og Per Nerdrum, 299 sider, Gyldendal, 2007, ISBN 978-82-05-37501-7

Anmelder: Hege Elisabeth Øren, høgskolelektor, Høgskolen i Oslo



For eksempel er kapittelet om Henrik Ibsen som pasient morsom lesning, og det kommer fram helt ny viten om hans måte å takle sykdom på. Jeg vil også nevne en historie om hverdagen med vonde hender, som har mange gode og praktiske råd om hvorfor gode

Innvendinger til tross, boken består av mange interessante anekdoter til faglig ettertanke og undring.

spørsmål er bedre enn velmente råd, blant annet når pasienten skal lære å bruke nye hjelpemidler.

En annen interessant historie handler om legen som pasient, under kapittelet «Den vanskelige pasienten». Beretningen viser oss at uansett forhistorie har pasienten nytte av samtaler med utenforstående. Kapittelet om kommunikasjon mellom lege og pasient redegjør for legens kommunikasjonsstil og viser hvordan det kan gå når misforståelser oppstår på grunn av ulikt språk.

I kapittelet «Multiple fysiske

symptomer uten medisinsk forklaring» blir fagterminologien for innviklet og ulogisk presentert. Her lener forfatteren seg på medisinske begreper for å forklare noe som ikke kan forklares medisinsk. For eksempel om somatoforme lidelser, der de menneskelige aspektene ved

pasientenes somatoforme symptomer forsvinner inn i diagrammer og bokser som presenteres i et konglomerat av diagnosesystemer. Det er en stor svakhet å bruke naturvitenskapelige begreper på fenomener uten medisinsk forklaring, og som bedre lar seg forklare av annen vitenskapelig eller ikke-vitenskapelig terminologi.

Derimot er kapittelet om empatiske utfordringer i en terapeut-pasientrelasjon enkelt og fremragende skrevet. Å forstå den avgjørende forskjellen på sympati og empati

hos terapeuten og hvilke virkninger den nyanseringen får for pasientens tilfriskning, er i tillegg ny lærdom for meg.

Men jeg savner at innledningskapitlet har en mer overordnet kunnskapsforståelse. Det kunne ha inkludert perspektiver fra teologi, filosofi og alternativ tenkning, for å nevne noe. Dette trengs etter min mening for å belyse hvor komplisert menneskesinnet er når kroppen utfordrer alle sider ved det å være menneske.

Innvendinger til tross, boken består av mange interessante anekdoter til faglig ettertanke og undring. Et solid oppslagsverk for masterstudenter, forelesere og klinikere i helsetjenesten, samt bachelorstudenter sent i utdanningen. Boken leses best langsomt, og uansett vanskelighetsgrad er sentrum for fortellingene pasientforståelsen. Når den gode samtalen virker, går den langt ut over målet om å hjelpe den hjelpetrengende, samtalen gir noe nytt og uforutsett – også tilbake til behandleren.



Donna Williams har skrevet de personlige bøkene «Ingens ingensteds», «Fra ingen til en» og «Som farge for en blind». Hvilken diagnose har forfatteren?

Svar: Autisme



Den moderne pasienten
Av Aksel Tjora (red.)

Pasient av sin tid

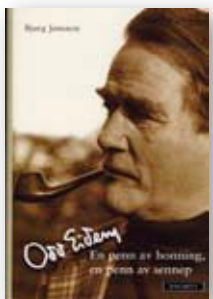
Omtale: Hvilken rolle får pasienten i dagens samfunn? I denne antologien kaster 15 forskere et samfunnsvitenskapelig lys over den moderne pasienten. Det pekes på at selv om pasientens rolle i forhold til behandlerne endres gjennom tilgang til ny informasjonsteknologi, endrede økonomiske modeller og større vekt på deltakelse, bevares i stor grad likevel tradisjonelle roller, maktforhold og myndighetsstrukturer.



Mestring av livsvansker
Om kriser og psykisk helse
Av Nils Retterstøl og Stein Opjordsmoen Ilnér

Råd når livet er vanskelig

Omtale: To erfarne psykiatere gir her råd til mennesker i livsvansker og deres pårørende om hva de kan bidra med selv i ulike faser av livet. I tillegg redegjør de for ulike former for behandling som brukes i psykiatrien, som for eksempel psykoterapi. Boken er skrevet for dem som selv opplever livsvansker, men skal også være til nytte for fagfolk.



Odd Eidem.
En penn av honning, en penn av sennep
Av Bjørg Jønsson

Om ord og alzheimer

Omtale: Sykdommen kom like plutselig som vinden fra Sahara, og blåste som en tåke innover bevissthetens gulv. Han, hvis hele tilværelse hadde vært basert på erindring og ord, ville miste hukommelsen og språket. Bjørg Jønsson var gift med Odd Eidem i tjueto år, og forteller i denne boken om mannens forfattervirke og også om hvordan Alzheimer førte til sammenbrudd i deres personlige verden.



Krisepsykologi i praksis
Av Kari Dyregrov og Atle Dyregrov (red.)

Ulike typer kriser

Omtale: I denne boken gis det praksisnære beskrivelser av krisepsykologi. Basis er klinikk og forskning ved det 20 år gamle Senter for krisepsykologi i Bergen. Blant temaene er oppbygging av kommunal kriseberedskap og ledelse under organisatoriske kriser, kollektiv ivaretagelse etter katastrofer og hvordan fagfolk påvirkes av å arbeide med kriser og katastrofer over tid.



Helse - Frelse
Samfunnsmedisin og livssyn - et møte
Av Idar Kjølsvik og Jostein Holmen (red.)

På jakt etter sammenheng

Omtale: Gjennom Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag er en hel befolkning spurt om livssyn og bønn. Dette skal være enestående internasjonalt og åpner et nytt forskningsfelt. Svarene kommer i løpet av 2009. Denne boken gir innblikk i hva forskningen så langt har kommet fram til. En av bokens hovedbolker er Livssyn og sykepleie.



Sykepleiens grunnlag
Historie, fag, etikk
Av Per Nortvedt

En innføring

Omtale: Hva er sykepleie? Per Nortvedt åpner boken med å sitere Florence Nightingale: *Det har i lang tid vært en følelse av uklarhet til stede når man skal forklare hva sykepleie er og hva det ikke er.* Denne boken gir en innføring i sykepleiefagets filosofiske og etiske grunnlag. Den utdyper sykepleie som et selvstendig fagområde og sammenligner det med medisinsk behandling og vitenskap.



Hva leser du nå?

- Det er ganske enkelt å svare på, sier **Tone Moan**, nyvalgt leder i NSF Student.
- Med ny jobb blir det lite tid til skjønnlitteratur. Det jeg faktisk leser på bussen og i senga, er «**24**»-utgaven av

- Sykepleien**, som kom før sommeren. Det er den beste utgaven jeg har sett. Utrolig fengende.
- Ellers går det mest i saksdokumenter og utredninger.
- Men jeg er glad i å lese bøker, forsikrer hun.

Alternativ grunnbok

I **Alternativ og komplementær behandling** viser **Berit Johannessen** at det er mange ulike veier til helse.

1 Hvorfor har du redigert denne boka?

– Fordi det er et viktig tema, som jeg synes sykepleiere har tatt lite fatt i. Samtidig vet jeg at mange sykepleiere er interessert i alternativ behandling.

2 Hva liker du best ved boka?

– At jeg har fått andre til å skrive om hva de holder på med. Utøvere av homøopati, akupunktur, healing, aromaterapi og soneterapi beskriver behandlingen de tilbyr. De fleste av dem er sykepleiere. I tillegg liker jeg at boken er skrevet på en enkel måte. Den er lett tilgjengelig. For meg er det viktig at boken er tiltalende, og at den ikke er for stor.

3 Hva syns du boka mangler?

– Kanskje flere bilder, som kunne illustrert temaet bedre. Og så kunne jeg tatt med flere behandlingsformer, som kan være aktuelle for sykepleiere. Boken skulle ikke være for stor, så jeg valgte ut de vanligste. Men en cd kunne fulgt med. Den kunne inneholdt små filmsnutter som ga en enkel innføring i teknikk, som massasje, og lydspor med musikk. Det hadde vært en fin måte å illustrere de ulike behandlingsformene på.



spørsmål til Berit Johannessen

4 Hvem bør lese boken?

– Det er en grunnbok for sykepleiere, men er skrevet sånn at den kan leses av alle. Jeg skulle ønske noen leger ville lese den, for legestanden sier selv de trenger mer kunnskap om alternativ behandling.

5 Hvilken fagbok leste du sist?

– «Musikk og helse» av Trygve Aasgaard. Det er også en bok med bidrag fra mange forfattere. Spennende og lærerik.

6 Og siste skjønnlitterære?

– Disse som alle leser ... Stieg Larsson. Nei, vent litt! Det er

«Hodejegerne» av Jo Nesbø. Den var sånn passelig. Om sommeren liker jeg å lese kriminalromaner.

7 Hva inspirerer deg til å skrive?

– At jeg føler jeg har noe å formidle. Jeg synes det er så mye interessant som andre bør høre om.

8 Hvilken bok drømmer du om å skrive?

– En bok om holistisk sykepleie. Her ligger Norge så langt etter. Jeg mener holistisk sykepleie er helt grunnleggende, og at vi i dag har gått for langt i retning av å bli medisinske assistenter. Det skulle være en pensumbok i sykepleierutdan-

ningen, og ikke ha så skarpt skille mellom «alternativ» og «etablert» sykepleie.

9 Blir du rik av boka?

– Kan jeg aldri tenke meg. Jeg har skrevet bøker før, og ikke blitt rik av det. Dette er et tema for spesielt interesserte, og jeg tror ikke mange blir rike av å skrive fagbøker. Dessuten er målgruppen sykepleierstudenter, og de kjøper ikke bøker lenger. Motivasjonen er ikke penger, men å formidle et budskap.

tekst **Nina Hernæs**
foto **Stig Weston**

Emselex «Novartis»

Urologisk spasmolytikum ATC-nr.: G04B D10

DEPOTTABLETTER 7,5 mg og 15 mg: Hver depottablett inneh.: Darifenacin 7,5 mg, resp. 15 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: 7,5 mg: Titandioksid (E 171). 15 mg: Paraoransje (E 110), titandioksid (E 171).

Indikasjoner: Symptomatisk behandling av urgeinkontinens og/eller økt vannlatingsfrekvens og urgency som kan forekomme hos pasienter med overaktiv blære. **Dosering:** Bør tas 1 gang daglig med væske. Kan tas med eller uten mat. **Svelges hele. Skal ikke tygges, deles eller knuses. Voksne ≥18 år inkl. eldre ≥65 år:** Anbefalt startdose er 7,5 mg daglig. Effekt og sikkerhet bør vurderes på nytt 2 uker etter behandlingsstart. For pasienter som har en akseptabel bivirkningsprofil, men som krever ytterligere symptomlindring, kan dosen økes til 15 mg daglig, basert på individuell respons. **Barn:** Ikke anbefalt pga. manglende data vedrørende sikkerhet og effekt. **Nedsatt nyrefunksjon:** Forsiktighet bør utvises. Dosejustering er unødvendig. **Nedsatt leverfunksjon:** Økt eksponering kan forekomme ved mildt nedsatt leverfunksjon (Child-Pugh grad A), men dosejustering er unødvendig. Ved moderat nedsatt leverfunksjon (Child-Pugh grad B) bør behandling kun gis dersom fordelene oppveier risikoen. Daglig dose bør begrenses til 7,5 mg. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. Urinretensjon, ventrikelretensjon, ukontrollert trangvinkelglaukom, myasthenia gravis, alvorlig nedsatt leverfunksjon (Child-Pugh grad C), alvorlig ulcerøs kolitt, toksisk megacolon, samtidig bruk av potente CYP 3A4-hemmere (f.eks. proteasehemmere, ketokonazol, itraconazol). **Forsiktighetsregler:** Bør administreres med forsiktighet til pasienter med autonom neuropati, hiatushernie, klinisk signifikant obstruksjon ved blæretømming, risiko for urinretensjon, alvorlig konstipasjon eller gastrointestinale obstruktive lidelser (f.eks. pylorusstenose). Bør brukes med forsiktighet hos pasienter som behandles for trangvinkelglaukom. Andre årsaker til økt vannlatingsfrekvens (hjertesvikt eller nyresykdom) bør utredes i forkant av behandlingen. Ved urinveisinfeksjon bør adekvat antibakteriell behandling igangsettes. Forsiktighet bør utvises ved risiko for redusert gastrointestinal motilitet, gastroesofageal refluks og/eller samtidig bruk av medisiner som kan forårsake/forverre esofagitt (f.eks. perorale bisfosfonater). Sikkerhet og effekt ved neurogen årsak til overaktivitet i detrusor er ukjent. Pasienter som opplever svimmelhet, tåkesyn, søvnløshet og søvnløshet under behandlingen, bør ikke kjøre bil eller bruke maskiner. **Interaksjoner:** Darifenacin metaboliseres primært av CYP 2D6 og CYP 3A4. CYP 2D6- og CYP 3A4-hemmere kan øke eksponeringen av darifenacin. Ved samtidig administrering med moderate CYP 3A4-hemmere (f.eks. erytromycin, klaritromycin, telitromycin, flukonazol, grapefruktjuice) eller potente CYP 2D6-hemmere (f.eks. paroksetin, terbinafin, cimetidin, kinidin) bør anbefalt startdose være 7,5 mg daglig. Kan titreres til 15 mg daglig for å oppnå forbedret klinisk respons forutsatt at dosen er godt tolerert. Forsiktighet bør utvises ved samtidig bruk av substanser som hovedsakelig metaboliseres via CYP 2D6, og som har et smalt terapeutisk vindu (f.eks. flekainid, tioridazin, trisykliske antidepressiva som imipramin). Standard terapeutisk monitorering av protrombintid for warfarin bør opprettholdes. **Terapeutisk legemiddelmonitorering** av digoksin bør utføres ved oppstart og avslutning av darifenacinbehandling, samt ved endring av dosen. Samtidig bruk av potente hemmere av P-glykoprotein (f.eks. verapamil, ciklosporin) bør unngås. Samtidig bruk av andre legemidler med antimuskarine egenskaper (f.eks. oksybutynin, tolterodin, flavoksat) kan gi mer uttalte terapeutiske effekter og bivirkninger. Potensering av antikolinerge effekter av antiparkinsonmidler og trisykliske antidepressiva kan også forekomme. **Graviditet/Amming:** *Overgang i placenta:* Dyrestudier har vist toksisitet for fødsel, peri- og postnatal utvikling. Skal ikke brukes under graviditet. *Overgang i morsmelk:* Ukjent. Utskilles i morsmelk hos rotter. Forsiktighet bør utvises ved bruk under amming. **Bivirkninger:** Antikolinerge effekter er generelt doseavhengige. *Hyppige (>1/100):* Gastrointestinale: Dyspepsi, kvalme, konstipasjon. Syn: Tørre øyne. Øvrige: Hodepine, abdominalsmerter, munntørhet. *Mindre hyppige:* Gastrointestinale: Diaré, flatulens, ulcerøs stomatitt. Hud: Tørr hud, utslett, pruritus, svetting. Luftveier: Rhinitt, økt hoste, dyspné. Neurologiske: Svimmelhet, insomnia, somnolens, unormal tankevirksomhet. Sirkulatoriske: Hypertensjon, ødem, inkl. perifert. Syn: Unormalt, inkl. sløret syn. Urogenitale: Urinretensjon, urinveisforstyrrelser, impotens, urinveisinfeksjon, vaginitt, blæresmerter. Øvrige: Asteni, påført skade, ansiktssødem, smaksforstyrrelser. **Laboratorieverdier:** Forhøyet ALAT og ASAT. Behandling med darifenacin kan muligens maskere symptomer assosiert med galleblæresykdom.

Overdosering/Forgiftning: *Symptomer:* Doser på 75 mg har gitt munntørhet, konstipasjon, hodepine, dyspepsi og tørrhet i nesen. *Behandling:* Bør rettes mot å reversere antikolinerge symptomer under nøye medisinsk overvåkning. Fysostigmin kan bidra til å reversere slike symptomer. **Egenskaper:** *Klassifisering:* Urologisk spasmolytikum. *Virkningsmekanisme:* Selektiv muskarinreseptorantagonist (M3 SRA). M3-reseptoren er den viktigste subtypen som kontrollerer muskelkontraksjon i urinblæren. *Absorpsjon:* Biotilgjengelighet: 15% og 19% etter daglige doser på hhv. 7,5 mg og 15 mg ved «steady state». Maks. plasmanivå nås ca. 7 timer etter administrering og «steady state» nås den 6. dagen. Eksponeringen er 23% lavere hos menn enn hos kvinner. *Proteinbinding:* 98%. *Fordeling:* Distribusjonsvolum 163 liter. *Metabolisme:* Betydelig metabolisme via CYP 3A4 og CYP 2D6 i lever, og via CYP 3A4 i tarmveggen. *Utskillelse:* Ca. 60% i urin, ca. 40% i fæces. Kun 3% utskilles uforandret.

Pakninger og priser: **7,5 mg:** Enpac: 28 stk. 438,50. 98 stk. 1447,90. **15 mg:** Enpac: 28 stk. 438,50. 98 stk. 1447,90.
T: 40a). *Refusjon:* Refunderes kun for motorisk hyperaktiv blære med lekkasje.
Sist endret: 04.06.2007 (SPC'er 23.03.2007)

Referanser: 1. Chapple C, et al. A pooled analysis of three phase III studies to investigate the efficacy, tolerability and safety of darifenacin, a muscarinic M₃ selective reseptor antagonist, in the treatment of overactive bladder. BJU Intl. 2005;95:993-1001. ID kode: 4053/10.2007



REFUSJON ETTER S9 PUNKT 40

NOVARTIS Novartis Norge AS • Postboks 237 Økern • 0510 Oslo
Tlf.: 23 05 20 00 • Faks: 23 05 20 69 • www.novartis.no

Feirer med kenguruomsorg



NEONATAL: Nyfødte babyer trenger hud - mot - hud kontakt.

Neonatal sykepleiedag arrangeres i år på Rikshospitalet. Nyfødtseksjonen fyller 50 år, og på programmet står en forelesning om medisinske og sykepleiefaglige milepæler i anledning jubileet.

Det er Barnesykepleierforbundet som står bak dagen, og i år frister de også med kenguruomsorg. Kenguruomsorg går ut på å fremme hud-mot-hud-kontakt mellom det nyfødte barnet og foreldrene. Professor Susan M. Ludington fra Case Western University i Cleveland, Ohio i USA. Hun skal forelese om hva kenguruomsorg er.

I tillegg blir det foredrag om stress hos foreldre til for tidlig fødte barn og barn født til termin, Nidcap og sykepleie ved hypotermibehandling. Tema for dagen er «Familien gir meg nærhet og trygghet».

Hvor: Rikshospitalet
Når: 4. november
Mer informasjon:
www.sykepleierforbundet.no,
velg «Barnesykepleierforbundet»
under menyen «faggrupper».

NY!

ENDA SMARTERE

Bayer og Medtronic
sammen for bedre glukosekontroll!



Bayers nye CONTOUR® LINK blod-sukkerapparat overfører trådløst dine blodsukkerresultater til Medtronic MiniMed Paradigm® insulinpumpe og Guardian® REAL-Time system.

- Raskt og sikkert.
- Du kan laste ned all data (fra insulinpumpe, Guardian® REAL-Time og blodsukkerapparat) på en gang til Medtronic CareLink™ programvaren.

Les mer på www.bayerdiabetes.no

For spørsmål og bestilling av blodsukkerapparatet CONTOUR® LINK kontakt Medtronic: 67 10 32 00



Medtronic

© 2007 Bayer HealthCare LLC. CONTOUR is a registered trademark of Bayer HealthCare LLC. Bayer, the Bayer Cross, No Coding and the No Coding logo are registered trademarks of Bayer AG. Paradigm and Guardian are registered trademarks of Medtronic MiniMed, Inc.

GRØSET™ 07.08.AND



CONTOUR®
Målesystem for blodsukker med trådløs overføring **LINK**



Bayer HealthCare
Diabetes Care

Helse- og omsorgsminister Bjarne Håkon Hanssen tar miljøkampen inn i sykehusene.



MILJØMINISTER: Bjarne Håkon Hanssen krever at også spesialisthelsetjenesten skal ta ansvar for miljøet.

Vil ha miljøvennlige sykehus

Hvert år bruker norske sykehus 16 milliarder kroner til innkjøp.

– Det må en kunne si er så omfattende at sektoren har en «innkjøpsmakt» som kan påvirke både produsent og leverandør, mener Bjarne Håkon Hanssen, som forventer at sykehusene benytter makten konstruktivt.

Overrasket

– Da jeg først hørte om temaet

sykehus og miljøansvar, ble jeg egentlig veldig overrasket, sa den relativt nybakte helse- og omsorgsministeren på en konferanse som ble holdt i Oslo i slutten av august.

– Men da jeg tenkte over det, skjønte jeg at det er veldig riktig.

Hanssen har vært med på mange intense regjeringsdebatter om klima.

– Selvfølgelig har jeg nikket til

at alle sektorer skal bidra, men har nok tenkt at det gjelder innenfor samferdsel, energi og næring. At det også skulle gjelde Helse- og omsorgsdepartementet, så jeg ikke umiddelbart, men det er veldig viktig også her.

Også byggherre

«Helse-Norge tar miljøansvar» var tema for konferansen.

Et budskap som stadig gikk

igjen var at helsevesenet hvert år bruker 16 milliarder kroner til innkjøp og forvalter en bygningsmasse på 4 millioner kvadratmeter. Helsevesenet er også en stor byggherre, for eksempel for nye St. Olavs i Trondheim og Aker universitetssykehus.

– Jeg er helt overbevist om at hvis vi dyktiggjør oss, kan vi bli en stor kraft, særlig i forhold til innkjøp, sa Hanssen entusiastisk.



I 1978 sang ABBA “Take a chance on me”.
Det var akkurat det arbeidsgiveren min gjorde overfor meg.

30 ÅR HAR VIST AT DET VAR ET GODT VALG FOR OSS BEGGE...

Medaljen for lang og tro tjeneste er en heder til arbeidstakere med mer enn 30 år hos samme arbeidsgiver. Les mer på våre nettsider, eller ta kontakt.



DET KGL. SELSKAP FOR NORGES VEL

64 83 20 00 • norgesvel@norgesvel.no • www.norgesvel.no/medaljen

”Det kan godt være
at det klør utvendig.
Men selve soppen er
innvendig.”



1-dags behandling av underlivssopp

Canesten® 1-dags kombinasjonspakning inneholder både en skjdestikkpille og en krem. Det er som regel ikke nok kun å behandle med krem utvendig.



Du bør også behandle soppen som finnes inne i skjeden med skjdestikkpillen ellers kommer soppinfeksjonen lett tilbake!



Med bare én enkelt behandling fjerner skjdestikkpillen irriterende symptomer som kløe og svie i tillegg til at den kurerer infeksjonen. Canesten® selges reseptfritt på apotek. Les mer på www.canesten.no

ETT PROBLEM MINDRE

Det er snart 60 år siden vi
lanserte vårt første produkt



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



NATUSAN® INSTITUSJON - hudpleie siden 1949

– Vi har aldri pleiet hvite

For 30 år siden ble de sykepleiere i et rasedelt Sør-Afrika. Nå sitter de på toppen i landets sykepleierforbund.

Ephraim P. Mafalo er president og Thembeka Gwagwa er generalsekretær i det sør-afrikanske sykepleierforbundet Denosa (Democratic Nursing Organisation of South Africa).

Sammen med kolleger fra Malawi og Zambia har de nylig besøkt Norge (se side 10).

Tjente ikke det samme

Gwagwa ble sykepleier i storbyen Durban i 1978. Hun ble lært opp på et godt utstyrt universitetssykehus og fikk sjokk da hun fikk sin første jobb på landet.

– Sykehuset der manglet alt. Jeg følte meg hjelpeløs.

Hun oppdaget fort at hvite og svarte sykepleiere ikke tjente det samme. Og de hvite fikk fast jobb, svarte fikk bare midlertidige jobber.

– Det var noe som ikke hang sammen her.

Hun holdt ut i to år. Så tok hun mer utdanning og begynte å jobbe på universitetet med helse og sikkerhet.

Denosa ble stiftet i 1992. Gwagwa ble generalsekretær i 1997.

– Jeg har aldri pleiet en hvit person, sier hun.

Bare svarte

Der har heller ikke Mafalo. Han utdannet seg på et misjonssykehus i landsbyen Polokwane. Alle på sykehuset var svarte, bortsett fra administrasjonen. Han var aktiv studentpolitiker, også som leder. Da han ble sykepleier i 1978, fortsatte han straks med videreutdanning i psykiatri. Etter hvert ble han lærer, som han fortsatt er.

– Jeg skjønte fort at jeg ikke kunne gjøre karriere som svart.

I 2002 ble han president i Denosa.

For få sykepleiere

Denosa har 66 000 medlemmer. Én av fem er hvite, én av tjue er menn. Potensielt medlemstall er 195 000.

– *Hva er utfordringene for sykepleiere i Sør-Afrika?*

– Det er ikke nok av oss.

Landet sliter med fattigdomsrelaterte sykdommer som hiv, tuberkulose, under- og feilernæring og malaria. Spedbarnsdødeligheten er svært høy.

– Vi må få utdanningen til å passe til helsetjenestens behov, sier han.

– Sykepleierne er ikke verdsatt, sier hun.

Særlig eldre, hvite medlemmer er skeptiske til at forbundet ikke bare skal drive med fag, men også forhandle. Nå har de tenkt å bruke media og lage nye nettverk i arbeidet for å bedre sykepleierens kår.

Nord-sør

De plukker alltid opp tips når de besøker andre land.

– Alt i nord er lurt å vise til. Nå kan vi dra hjem og fortelle både medlemmer og myndigheter hvordan det gjøres her oppe.

Etter besøket i Norge ser de at de må knytte til seg andre faggrupper – som for eksempel journalister og jurister.

– Vi må ha en kompetanse-miks. Det har vi ikke nå. Vi er også for innadvendte. Vi må se ut, ellers blir ikke vi sett, og heller ikke verdsatt, poengterer de.

Denosa har en viktig rolle å spille i regionen det sørlige Afrika.

– Vi har det største og rikeste sykepleierforbundet i regionen, med over 80 ansatte.



MANDELA: Thembeka Gwagwa og Ephraim P. Mafalo har et følelsesladd forhold til hjemlandets første svarte president.

– Vi må også passe på at ikke svarte, fargede, hvite og asiater grupper seg hver for seg, påpeker Mafalo.

Elsker Mandela

Etter at apartheid ble avskaffet i 1994, er en god del blitt bedre, men mye gjenstår.

– Det som har skjedd over mange århundrer kan ikke rettes opp i løpet av ti år.

I tillegg har nye problemer dukket opp, som emigrasjon av arbeidskraft.

– Spenningene er lavere. Men vi må hele tiden være på vakt mot forskjellsbehandling - både når det gjelder rase, klasse, kjønn og etnisitet, sier Mafalo.

Gwagwa snur seg mot Mafalo og spør:

– Har du hvite i ditt college?

– Nei. Ikke hvite, ikke indiske, ikke fargede. Slik er det fortsatt på landet.

– *Hva betyr Nelson Mandela for dere?*

De blir først tause. Så begynner Mafalo:

– Det går ikke å være objektiv. Hele landet elsker ham. Han har slåss for oss. Han har tolerert og tilgitt dem som har påført ham lidelser. Han er 90, men vi håper han lever og lever og lever. Men dør han, blir han husket.

Gwagwa forsetter:

– Mandela har assistert meg.

I den første tiden i forbundet opplevde hun flere sammenstøt mellom hvite og svarte i kampen om posisjoner.

– Jeg hang et bilde av Mandela på kontoret, slik at jeg kunne se ham fra alle vinkler.

Hun kunne ofte kjenne hevnlyst etter møter.

– Da så jeg på Mandela og tenkte: «Hvem er jeg hvis jeg må hevne meg, når Mandela ikke måtte?» Da fikk jeg fred med meg selv og med folk. Mandela er noe nær Gud, sier Gwagwa.



HJELP: Hva som skjuler seg av utfordrende saker for NPE til neste år, kan foreløpig bare overlates til fantasien.

Skjønnhetsfeil til NPE

Neste år vil gi helt nye utfordringer for Norsk pasientskadeerstatning. Vi snakker plastisk kirurgi og skjønnhetsoperasjoner.

Stortinget har bestemt at pasientskader som skjer i privat tjeneste også skal omfattes av erstatningsordningen som Norsk pasientskadeerstatning (NPE) forvalter. Forskriften har høringsfrist 1. oktober og er planlagt innført fra 1. januar 2009.

NPE regner med cirka 200 ekstra saker å behandle det første året.

Antakelig flere etter hvert.

– Det skal vi klare. Men utfordringen blir å knytte til seg spesialister som er gode på blant annet plastisk kirurgi. De må klare å skille mellom reell pasientskade og pasientens misnøye med det forventede resultatet, sier informasjonssjef Torill Svoldal Stæhr i NPE.

Også privat helsepersonell kommer til å bli berørt av nyordningen. De får ansvar for å informere pasientene om erstatningsordningen. Dessuten bortfaller plikten for privat helsepersonell til å tegne privat forsikring. I stedet får de plikt til å melde i fra om sin virksomhet og betale tilskudd til NPE.

– For de fleste vil det bli en dyrere ordning enn de har i dag, sier Stæhr.

Masaisko med dokumentert effekt!



Masai Barefoot Technology...

- bedrer kroppsholdning, gangfunksjon og balanse
- gir kroppen variasjon i fotavviklingen
- minsker belastningen på ledd og rygg
- aktiverer forsømt stabilisatormuskulatur
- kan hjelpe ved fot-, kne-, hofte og ryggplager

laget for deg som står og går på harde flater!



**NÅ MED
GORE-TEX!**

EFFEKTEN AV MBT ER VERIFISERT I STUDIER VED:



Sheffield Hallam
University, England



University of Calgary,
Calgary, CAN



MBT®

physiological footwear

Finn din forhandler på
www.masainorge.no

tekst **Marit Fonn, Nina Hernæs og Eivor Hofstad**
foto **Bo Mathisen**

DEBUTANT: Kari Anne Hakestad (bildet) er forskningskoordinator på ortopedisk senter på Ullevål sykehus. Hun holder også på med en master. For første gang skal hun på fagkongress. – Jeg skal stå på stand, forteller hun. Det er fordi hun er styremedlem i faggruppen for ortopedi.

Syke





Sykepleierkongressen 2008

Norsk Sykepleierforbund arrangerer fagkongress hvert tredje år. Årets er den åttende.

- Fra 17. – 19. september i Trondheim
- 1714 påmeldte
- 120 postere og 60 utstillere

Også på web-tv

Kongressen overføres direkte på web-tv på www.sykepleierforbundet.no. Innslagene kan også ses i ettertid.

pleierne dyrker faget

Sykepleierne forsker, kartlegger og dokumenterer stadig mer i hele helsevesenet. For eksempel har de funnet ut at:

- Sykepleiere unødig legger inn skrøpelige, gamle på sykehus (side 74)
- Kreft plager kvinner mer enn menn (side 76)
- Demente må observeres systematisk (side 77)
- Sykepleierstudentene regner feil – men det er håp (side 78)

Dette og mye mer skal sykepleierne legge fram på fagkongressen i Trondheim denne uken. ▶▶

▶▶ Står alene med ansvaret

Sykepleiere har ingen å konferere med når skrøpelige gamle blir syke. Derfor legges mange unødig inn på sykehus.

Poster nr.
93

Gro Næss har undersøkt hva som kjennetegner situasjonen når skrøpelige gamle kommer til akuttmottak fra sykehjem eller hjemmesykepleie.

– Dette er det forsket lite på, særlig hvilke behov de har for sykepleie, sier hun.

Ulike metoder

Til daglig er Næss høyskolelektor på Høgskolen i Vestfold, og underviser i videreutdanningen i aldring og eldreomsorg.

Hun står bak pilotstudien: «Hvilke sykepleiefaglige behov har skrøpelige gamle som kommer til akuttmottaket?» Her har hun kartlagt 83 gamle pasienter som i løpet av en måned i 2006 ble lagt inn i akuttmottaket til Sykehuset Vestfold i Tønsberg. Alle disse ble flyttet videre til medisinsk avdeling. I tillegg intervjuet Næss ti sykepleiere fra sykehjem eller hjemmesykepleie i ulike Vestfold-kommuner. Hensikten med pilotstudien er å blinke ut områder som er interessante å forske videre på. Funnene har gitt klare pekepinner.

Mangelfulle observasjoner

Gro Næss trodde selv at stort pleiebehov var årsak til at skrøpelige gamle legges inn på sykehus. Men sykepleierne i pilotstudien sier at årsaken også er at de trenger hjelp til å vurdere tilstand og videre behandling.

– Det er en svikt mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten og innad i kommunehelsetjenesten, mener hun, og illustrerer:

En hjelpepleier i hjemmesyke-

pleien melder at fru Hansen er tungpusten. Ansvarlig sykepleier drar og ser til henne. Hun kjenner henne ikke, fru Hansen er én av kanskje 600 pasienter hun og en annen sykepleier har ansvar for denne vekten. Sykepleieren leser i hjemmejournalen, men den er ikke oppdatert. Det er sen ettermiddag, og fastlegen er ikke tilgjengelig. Legevakten har ikke mulighet til å vurdere situasjonen, og sykepleieren er usikker. Hva skal hun

ansvar for å vurdere pasientenes medisinske tilstand og behov for behandling.

– Forskning viser at de som mottar hjemmesykepleie, sjeldnere oppsøker fastlege fordi sykepleierne ivaretar observasjon og vurdering av deres tilstand. Dette ansvaret er nytt, og jeg er opptatt av at det må defineres og vurderes.

Næss understreker at hun ikke legger skylden på sykepleierne, men på dagens system.

For mange gamle er det en belastning å komme på sykehus.

da gjøre? Jo, hun velger å legge pasienten inn på sykehus.

Det er jo forståelig?

– Ja, det er helt naturlig at hun gjør det.

Så kommer pasienten til akuttmottaket, og den eneste dokumentasjonen som følger med, er medisinalisten. Den er ikke oppdatert. Fru Hansen har kanskje ikke vært på sykehuset før, så noen journal finnes ikke.

– Man aner altså ingenting om hennes normale funksjonsnivå, og det betyr at man observerer henne på et mangelfullt grunnlag, påpeker Gro Næss.

I pilotstudien hadde bare 15 prosent av pasientene med seg noen form for sykepleiedokumentasjon. 6 prosent hadde både sykepleie- og legedokumentasjon.

Nytt ansvar

Hun er opptatt av at sykepleiere i kommunen har fått et større

– Det er ikke egnet til å ivareta skrøpelige gamle. De skal selvfølgelig legges inn på sykehus, men det skal være når de har behov for det, ikke fordi det er mangel på kompetanse til å vurdere situasjonen.

Ikke legenes feil

– For mange gamle er det en belastning å komme på sykehus. De er også utsatt for å utvikle akutt forvirring, som igjen er en stor belastning.

Pasientene som Næss kartla, hadde diagnoser som infeksjon, dyspné, hjertesvikt, brystsmertter og redusert allmentilstand. Mange av situasjonene kunne sykepleierne i kommunen håndtert, dersom de hadde hatt tilgjengelig kompetanse.

– Har fru Hansen for eksempel lungebetennelse, kan hun muligens behandles hjemme, mener Gro Næss.

– I alle fall burde det i mange tilfeller være mulig å vurdere det uten å sende henne til sykehus.

I dag varierer denne muligheten fra kommune til kommune.

Et markant funn er at det er store ulikheter kommunene mellom. Der det er etablert systemer for å ivareta skrøpelige gamles behov, er det færre som legges inn på sykehus.

– Studien synliggjør at enkelte sykehjem setter grensen ved tabletter. Skal pasientene ha intravenøs behandling, må de på sykehus. Men vi fant også hjemmesykepleie, der to sykepleiere har ansvar for 500 pasienter på en senvakt, som straks sa «ok» til å gi intravenøst.

– I hvor stor grad er dette et legeansvar?

– Observasjon og vurdering av pasienten er en viktig sykepleieoppgave. Men den medisinske behandlingen er legens ansvar. Det er også beslutningen om å legge pasienten inn i sykehus. Et godt samarbeid mellom lege og sykepleier er helt nødvendig for å sikre at iverksatt behandling blir fulgt opp. Men jeg må understreke at dette ikke handler om vrangvilje hos legene. Problemet er at det verken er system, rutiner eller ressurser til å ivareta disse oppgavene. Pasientgruppen har større behov for observasjon og behandling enn vi har erkjent.

Vurderer ulikt

Næss har ikke intervjuet sykepleierne i akuttmottaket, men gjennom kartleggingen av pasientene



FORSKER PÅ SKRØPELIGE GAMLE: Gro Næss ser på hva som skjer når de legges inn på sykehus. Foto: Høgskolen i Vestfold

som ble innlagt, kan det se ut som om sykepleierne her vurderte deres tilstand som bedre enn det sykepleierne i kommunen gjorde.

Mens sykepleierne i kommunen generelt vurderte deres funksjonsnivå ved innleggelse som lavt, mente sykepleierne i akuttmottaket at fire av ti kunne ivareta egen ernæring og litt under halvparten egen eliminering. Behovet for sykepleie knyttet til respirasjon og sirkulasjon var lite beskrevet i akuttmottaket.

– De så først og fremst gamle, skrøpelige pasienter som var forvirret, kommenterer Næss.

– Med tanke på at pasientene ikke hadde med seg dokumentasjon fra sykepleiere i kommunen, er det kanskje ikke rart. I tillegg til kunnskap om pasienten, kreves det kunnskap om spesielle behov og hensyn i vurderingen av skrøpelige gamle. Geriatrisk kompetanse er vanligvis ikke vektlagt i akuttmottak.

Vil vite mer

Gro Næss har formidlet resultatene sine både til akuttmottak og kommunehelsetjeneste.

– Noen er ikke enige i konklusjonene, men de fleste kjenner seg igjen.

Nå skal hun forske videre på

hva som kjennetegner skrøpelige gamles situasjon. Hvilken helsehjelp trenger de fra kommunehelsetjenesten?

Denne gangen skal perspektivet være tverrfaglig.

Hun vil også se på hvilken helsehjelp de får inne i sykehuset.

– Hva skjer med de gamle når de kommer på post? Hva slags behandling og sykepleie får de der, spør hun.

– Dette opptar meg veldig. Jeg mener god, virksom sykepleie er bærebjelken i omsorgen for de skrøpelige gamle. Men vi må ha et system som gir rom for nødvendig samarbeid. I første rekke med legene, men også andre faggrupper. Det skarpe skillet mellom første- og annenlinjetjenesten er ikke egnet til å skape det.

Pilotstudien kan lastes ned fra www-bib.hive.no

Pasientgruppen har større behov for observasjon og behandling enn vi har erkjent.



▶▶ **Kjønnsforskjeller** **hos kreftpasienter**

Poster nr.
60

Kvinner med leukemi eller lymfom sier de er mer plaget enn menn med samme kreftsykdommer. Syter de bare, eller vil tøffe menn ikke innrømme plagene?

Elin Børøund ved Senter for pasientmedvirkning og sykepleieforskning ved Rikshospitalet tror ikke det skyldes noen av delene.

Hun har analysert de elektroniske svarene fra 123 kreftpasienter (38 prosent kvinner og 61 prosent menn). De har selv angitt hvilke plager de hadde, samt grad av plagsomhet, uten at helsepersonell var til stede.

– Det er ingen grunn til å tro at kvinner syter eller at menn underreporterer. Imidlertid har kvinner ofte flere omsorgsoppgaver, slik at dette kanskje øker deres bekymringer for barn og familie, sier forskeren.

Resultatene viste at kvinnene rapporterer signifikant flere

problemer enn menn, både innen psykososiale og fysiske problemer.

– Kjønnsforskjellene var signifikante innen smerte, konsentrasjon/hukommelse, daglige gjøremål/personlig hygiene, humør/følelser og bekymringer. Vi så tendenser til forskjell på enda flere områder, men det må større utvalg til for eventuelt å avdekke disse, sier Børøund.

Kvinnene rapporterer også høyere grad av plagsomhet enn menn. Kjønnsforskjellene utjevner seg hos dem over 50 år. Sivilstatus har ingen innvirkning på menns rapportering, men for kvinner rapporterer de ugifte/enslige flere problemområder enn gifte/samboende.

Det er ingen grunn til å tro at kvinner syter.

Børøund mener funnene bør få betydning for hvordan man planlegger behandling og sykepleie for pasientene.

– Kunnskapen om kjønns spesifikke plager for ulike diagnoser kan bidra til at vi kan være mer målrettet ved innhenting av opplysninger fra pasienten, og på den måten kan skreddersy tiltak under oppholdet, sier Elin Børøund.

Hun ønsker å publisere resultatene i artikkelform etter hvert.

Engangsutstyr bedre enn flergangsutstyr

Selv i disse miljøtider viser det seg at engangsutstyr har flest fordeler. Flere undersøkelser og erfaringer fra klinikken underbygger dette, ifølge sykepleierne Siv Furuholm og Kristin Joan

Poster nr.
57

Skaarud, som har gjort en litteraturstudie på området.

Flergangsutstyr betyr mindre søppel, men også fare for smitte og slitasjeskader. Og det er dyrest i bruk, viser sykepleierne.

Les mer i fagartikkelen på side 84.

– Demente må observeres systematisk

Poster nr. 47

Det må god kartlegging til hvis demente skal få riktig behandling. Alka Rani Goyal vet hvilke verktøy sykehjempersonalet trenger til jobben.

– Med riktig intervensjon kan mange innleggelses på sykehus unngås, tror Alka Rani Goyal, fag- og kvalitetsrådgiver ved PPU, psykiatrisk divisjon ved Ullevål universitetssykehus.

Hun har fulgt opp 39 demente som ble innlagt på Ullevåls alderspsykiatriske avdeling. De kom enten hjemmefra eller fra sykehjem. Samtlige hadde atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens (APSD). Symptomene kan blant annet være vrangforestillinger, hallusinasjoner, aggresjon, angst, apati, depresjon, irritabilitet og søvnproblemer. De kommer hyppigere ettersom demenssykdommen utvikler seg.

Tre gode verktøy

Goyal fant at med systematisk observasjon gjennom verktøy som Neuropsychiatric Inventory (NPI, som måler APSD) og Cornell skala (som måler depresjon ved demens), er det mulig å gi riktig og individtilpasset behandling, slik at pasientene blir bedre.

Hun målte pasientene en uke etter innleggelse, samt like før utskriving. Gjennomsnittlig oppholdstid på avdelingen var 37 dager.

Av tolv variabler på NPI, var pasientene signifikant bedre på sju av dem ved utskriving. Over halvparten (61,5 prosent) hadde depressive symptomer ved innleggelsen, men

tallet var nesten halvert (35,9 prosent) ved utskriving.

– I tillegg vil jeg anbefale sykehjempersonalet å bruke døgnrytmeskjema. Sammen med Cornell skala og NPI har man da tre gode verktøy som er enkle i bruk, sier Goyal.

Obligatoriske kurs

Hun råder alle sykehjem å kurse nyansatte og ekstravakter i tillegg til å ha jevnlig oppdateringer for det faste personalet én til to ganger i året.

– Det bør være obligatorisk å lære seg å tolke symptomer og finne årsaken til dem, i tillegg til å gjøre systematiske observasjoner. Sykehjemmene må gjerne kontakte meg dersom de trenger noen til å undervise i bruk av NPI, Cornell og døgnrytmeskjema, sier Goyal som har undervist tidligere.

Mindre belastet personale

Goyal fant også at angst og depressive symptomer var signifikant høyere hos kvinner enn menn med moderat til alvorlig grad av demens. Pasientene innlagt fra institusjoner ble mindre deprimerte, mens pasienter innlagt fra eget hjem ble mindre irritable og labile etter oppholdet. Det ble også målt en signifikant reduksjon på den følelsesmessige belastningen for personalet under oppholdet.



UROLIG:– Ikke nøy dere med å si at en pasient er urolig. Tolk symptomene og finn årsaken bak dem, råder Alka Rani Goyal. (Arkivbilde fra en demensavdeling på Glemmen sykehjem i Fredrikstad).



►► Bommer på dose, mengde og styrke

Studenter stryker i medikamentregning. Men de som jobber målrettet består.

Poster nr. **53**

På Universitetet i Agder har strykprosenten i medikamentregning de siste årene ligget mellom 30 og 60 prosent. Det vil Arne Leland og Judith Narvestad Tollisen gjøre noe med. De to universitetslektorene har ansvar for undervisning i medikamentregning til sykepleierstudenter på studiestedene Arendal og Kristiansand.

En prosent feilfritt

De undersøkte hvilke regneproblemer studentene har og hvilke tiltak som kan redusere strykprosenten. De tok for seg fjorårets førsteårsstudenter. Først ga de dem en førtest før de hadde hatt undervisning. Å svare var frivillig. 188 av 240 studenter besvarte, én prosent feilfritt.

– Det forundret oss at det ble gjort mange elementære feil og at mange begreper var uklare. Dette er elementær regning. Eller, det trodde i hvert fall vi, sier Judith Narvestad Tollisen.

– Mange har uklare oppfatninger av begrepene dose, mengde og styrke, erfarer Arne Leland.

Dårlig rykte

De gjorde så en systematisk undersøkelse av resultatene ved førtesten, ordinær og utsatt eksamen. Gjen-

nom hele prosjektet så de på to områder: Studentenes regneferdigheter og undervisningsopplegget.

Tilbudet var ti timer undervisning. I tillegg kom tre gruppeveiledninger og tre timer praktiske øvelser i øvelsesavdeling.

Studentene fikk et spørreskjema og i tillegg intervjuet Leland og Tollisen utvalgte studenter som enten hadde svært få eller mange feil til eksamen eller som leverte feilfritt ved første forsøk. Et tydelig funn var at studentens syn på faget hadde betydning.

– Medikamentregning har fått mye negativ oppmerksomhet, og noen gir nok litt opp før de begynner, sier Leland.

Tre typer feil

Når de så på besvarelsene av førtesten, ordinær og utsatt eksamen, var det tre typer feil som gikk igjen:

- Begrepsforståelse (som dose, mengde, styrke)
- Regnefeil (som kommafeil og avrunding)
- Omregning (som å gjøre om milligram til mikrogram)

Må ville det

Undersøkelsen viser klart at nivåforskjellene er store. Leland og

Tollisen ser behov for å differensiere undervisningen.

Men Leland understreker at det også må legges et stort ansvar på studenten selv.

– I intervjuene med dem som hadde alt riktig til ordinær ek-

Noen gir nok litt opp før de begynner.

samen, kom det tydelig fram at de hadde jobbet med stoffet og bestemt seg for å klare det, forteller han.

– De som jobber, får det til, selv om de kanskje i utgangspunktet ikke var så flinke i matematikk.

Nyttig

Våren 2007 var det 33 prosent som strøk til ordinær eksamen. Det var færre enn tidligere år, men Judith Narvestad Tollisen understreker at de ikke er i mål ennå.

– Dette har vært med på å bekreftede hva som er nyttig i måten vi tilnærmer oss faget på, sier hun.

– Dette er en stor gruppe studenter med store variasjoner i kunnskapsnivå. Det er en utfordring i forhold til undervisningen, sier Arne Leland, som fortsetter å jobbe for mindre stryk.

– Bedre i hverdagsregning

Som ledd i samme prosjekt som Leland og Tollisen deltok i, skrev Leif Johannes Omland masteroppgave i matematikdidaktikk ved Universitetet i Agder våren 2008. Her undersøkte han hvilke problemer sykepleierstudenter møter i medikamentregning.

Omland gjorde en utforskende studie, der han både utførte en diagnostisk test i begynnelsen av semesteret, observerte undervisningen som ble gitt og intervjuet utvalgte studenter.

I den diagnostiske testen ga han blant annet studentene samme oppgave i to versjoner. Den ene var en vanlig medikamentregningsoppgave, som gikk på fortynning. Den andre handlet om hvor lang tid to menn ville bruke på å male et gjerde. Tallene og regneoperasjonene i de to versjonene var helt like. Studentene klarte den mer «hverdagslige» oppgaven bedre.

– I medikamentregning støter de på begreper som er uvante og vanskelige å sette seg inn i, erfarer han.

– I oppgaven om fortynning gjaldt det nok milligram per milliliter. Oppgaven om de som malte gjerdet var nok lettere å se for seg.

Omland så også på hvilke følelser og holdninger studentene hadde til faget på forhånd.

– Det var tydelig at de hadde hørt en del; at faget var vanskelig og at mange ville stryke. Men det var også noen som sa at de hadde hørt det var vanskelig, men ikke så vanskelig at det var umulig å klare.

Fagets negative rykte mener



Omland det går an å gjøre noe med.

– Men dette bør kartlegges bedre. Det vi har funnet ut, er at ryktet er dårlig, men ikke konkret hva det går ut på.

I etterkant av prosjektet stiller Omland spørsmål ved om prosjektets mål om mindre stryker heller burde vært et delmål.

– Skriftlige tester måler egentlig ikke kompetanse, men evnen til å løse skriftlige oppgaver. Målet må være at studentene har en relasjonell forståelse; at de forstår hvorfor de regner som de gjør. Ikke en instrumentell forståelse, for eksempel ved at de bare puffer formler, påpeker han.

– Men det kan være at studenter som opparbeider seg en instrumentell kompetanse i teorien, utvikler relasjonell kompetanse når de begynner å jobbe og må regne i praksis. Dette er en veldig sammensatt problemstilling, kommenterer Leif Johannes Omland.

Masteroppgaven kan leses på www.bibsys.no. Søk på Leif Johannes Omland.

**Studentene støter
på begreper som er
uvante og vanskelig å
sette seg inn i.**

Aftamed

Effektivt mot munnskold!
- fjerner smerten umiddelbart*



- Aftamed inneholder hyaluronsyre en kroppsegen substans
- Ingen kjente bivirkninger
- Fremmer tilheling av sår/blemmer
- Reduserer varigheten
- Kan brukes av barn og voksne
- Reseptfritt i apotek, hyllevare hos Alliance apotekene / www.net-apotek.no

*Aftamed inneholder et festemiddel (polykarbofil), dette legger seg som et "plaster" på såret.



VITAFLO

VitaFlo Scandinavia AB · Postboks 25 · 5329 Florvåg · www.vitaflo.net

►► Spør sykepleiere om kreft på nettet

Kreftpasienter trenger støtte og informasjon. Å komme til hos lege kan ofte ta tid. Her kan sykepleiere gjøre nytten: Via nettet kan de gi raske svar til bekymrede pasienter.

WebChoice er en nettjeneste for kreftpasienter i eget hjem. Tjenesten er utviklet ved Senter for pasientmedvirkning og sykepleieforskning (SPS) ved Rikshospitalet, og er foreløpig for bryst- og prostatakreftpasienter. 327 av dem har svart i en test at de er aller mest fornøyd med den delen av WebChoice der de kan

stille spørsmål til og få råd fra sykepleier.

Pasientene med tilgang til WebChoice har mindre fysiske og psykososiale symptomer og problemer enn kontrollgruppen.

SPS-sykepleierne Cornelia Ruland, Cathrine Stokke og Trine Andersen konkluderer med at en sykepleiebasert meldingstjeneste bidrar til at pasientene unngår unødige problemer og komplikasjoner. De får en bedre hverdag. Dessuten synliggjør en slik tjeneste sykepleiernes selvstendige rolle.

Poster nr.
28

Pasienter som pendler

Pasienter med akutt hjerteinfarkt og ustabil angina pectoris flyttes mellom lokalsykehus og universitetssykehus. Det skaper utfordringer for sykepleierne, som skal undervise pasientene om hvilke behov de har som følge av sykdommen.

Else Jørgensen fra Høgskolen i Molde og Bjørg Hole-Drabløs og Johanne Krogset fra Helse Nordmøre og Romsdal har sett nærmere på problemstillingen og utviklet begrepet «pendlerpasienten».

Poster nr.
38

Oppskrift på kreftplan

Slik får du kommunen til å opprette kreftsykepleierstilling(er):

Foreslå for kommunen at den oppretter en kommunal kreftplan. Helsepersonell er gode informanter for politikerne, og en god kreftplan vil være et godt arbeidsredskap både for helsepersonell, arbeidsgivere og politikere.

Dette bør den inneholde:

Innledning, mandat/avgrensning, kort sammendrag, arbeidsgrup- pens sammensetning, bakgrunn, sentrale anbefalinger/lover,

beskrivelse av dagens tilbud, behov for tiltak (hva må gjøres, hvilket personell, hvor, hvilke forutsetninger kreves, kompetanse), forslag til organisering av kreftbehandling og omsorg (hjemmesykepleie, kreftsykepleier i kommunen, ressursnyttjenettverk, fastlege, sykehjem, rehabiliteringsavdeling, dagsenter, lindrende enhet på sykehjem, andre samarbeidspartnere, for eksempel paliativ enhet på sykehus), økonomiske konsekvenser (kostnad og inntekt), planen vedtatt, plan for gjennomføring med tidsfrister.

Poster.nr.
122

1ST CARE-VIKARER ER TOPP MOTIVERTE VIKARER

- DE ER NEMLIG SYKEPLEIERSTUDENTER ALLE SOM ÉN

Hos 1st Care har vi mer enn 500 registrerte sykepleierstudenter, og derfor kan vi sende en motivert vikar til deg – raskt! Alle vikarer er kategorisert etter deres studie- og arbeidserfaringer. Når du booker en vikar, kan vi derfor matche dine behov 100 % med vikarens kompetanser. Ved å bruke 1st Care bidrar du til å gi sykepleierstudentene viktige erfaringer i studietiden – samtidig med at du kan sette ditt preg på den nye generasjonen i faget. **På www.1stcare.no kan du lese mer om hva som gjør at 1st Care er det første vikarbyrået i sitt slag.**



Du kan booke
1st Care-vikarer
på tlf. 22 33 66 40
hver dag fra kl.
06.00 til 24.00

1st Care
Sykepleierstudenter på vei til deg

Kunnskapsbasert master

En ny utdanning har sett dagens lys ved Høgskolen i Bergen. Intensivsykepleier Eva Torsvik er en av de 28 studentene som skal ta master i kunnskapsbasert praksis i helsefag.

Den 6. september startet Nordens eneste masterutdanning i kunnskapsbasert praksis i helsefag i Bergen.

Eva Torsvik er intensivsykepleier og assisterende avdelingssykepleier ved hjerteintervensjon-avdelingen på Haukeland universitetssykehus.

Hun tar utdanningen med støtte fra arbeidsgiveren og er fornøyd med at mastergraden går på deltid.

– At utdanningen er organisert slik at vi kan ha en fot i klinikken, passer meg perfekt. Jeg håper at jeg vil få nytte av utdanningen i den stillingen jeg har, og at jeg kan gi noe tilbake til arbeidsplassen min etterpå, sier hun.

Det er lagt opp til tre ukesamlinger i hvert semester. Normert tid til en mastergrad er to år, mens denne er på tre år siden den tas på deltid.

21 sykepleiere

Kravet til masterstudentene er at de har bachelor i helsefag eller tilsvarende, og et års relevant fulltidspraksis. De 28 som startet i høst, er sykepleiere, sosionomer, ergoterapeuter, fysioterapeuter og



NY TITTEL: Eva Torsvik er en av de 28 studentene som i 2011 blir landets første mastere i kunnskapsbasert praksis.



Norsk Helsenett

Norges elektroniske samhandlingsarena for helse- og sosialsektoren. Vi legger til rette for et helhetlig pasientforløp og bidrar til effektivisering av norsk helse- og sosialsektor.



bibliotekarer. 21 av dem er sykepleiere. Disse har igjen variert bakgrunn som jordmor, høyskolelærer, anestesisykepleie, intensivsykepleie, eldreomsorg og ledelse.

Målet er å lære å bruke forskningsbasert kunnskap og å få i gang fagutvikling på arbeidsplassen sin. Kandidatene loves allsidige kunnskaper innen forskningsmetode, forskning og vitenskapelig tenkning, men med særlig vekt på denne kunnskapens betydning for praksis. Etterpå er kandidatene også kvalifisert til opptak på doktorgradsprogram.

– Hvilke stillinger vil masterkandidatene kunne søke på etterpå?

– Vi tror de vil være ettertraktet for arbeidslivet etterpå. De vil være aktuelle for ulike deler av helse-sektoren, og de vil være opptatt av fagutvikling, forbedring, forskning og brukerperspektiv. De vil kunne lede og formidle prosjekter hvor implementering av kunnskapsbasert praksis står i fokus, eller andre prosjekter med fokus på kvalitets-

forbedring, sier intensivsykepleier og høyskolelektor Birgitte Graverholt ved Høgskolen i Bergen.

Headhundet fra England

– En mastergrad i kunnskapsbasert praksis vil utvikle fagområdet betraktelig. Den er også en strategisk og langsiktig satsning på samarbeidet med blant andre Helse Bergen og Bergen kommune, sa Monica Nortvedt på åpningsdagen.

Hun er leder ved Senter for kunnskapsbasert praksis som ble opprettet ved høgskolen i 2006.

Masterprogrammet blir ledet av førsteamanuensis Janet Harris, som har ledet en tilsvarende utdanning i Oxford før hun kom til Senter for kunnskapsbasert praksis i 2007.

– Hun er regelrett headhundet. Vi er meget godt ivaretatt med en sånn kapasitet. Dette betyr at vi kan tilby en mastergrad på et internasjonalt nivå. Målet er også at programmet skal tilbys internasjonalt på sikt, sier Graverholt.

Kilde: Høgskolen i Bergen



Populære helsestasjoner

Selv om ni av ti unge med psykiske vansker synes de blir mottatt på en positiv måte på helsestasjonene, ønsker syv av ti hyppigere hjelp. De fleste får tilstrekkelig med tid når de først får hjelp - bare 9 prosent ønsker mer tid i konsultasjonene.

Resultatene baserer seg på en undersøkelse blant helsestasjoner og skolehelsetjenesten i 56 kommuner.

Omkring 300 unge over 16 år har svart. Det er ikke skilt mellom helsestasjoner og helsestasjon for ungdom.

Kilde: Dagens medisin



Det er dumt å måtte sykmelde hele kroppen hvis det bare er armen som er vond

Betennelse i armen, vond rygg, psykiske problemer eller andre lidelser, er ikke nødvendigvis til hinder for å være i jobb. Ny sykmeldingsblankett gjør det lettere for lege, arbeidsgiver og arbeidstaker å få fram muligheter til å være i jobb på tross av helseplager:

Lege/sykmelder: Ny blankett gjør det lettere å beskrive hva som medisinsk sett er mulig. Gir klar melding om arbeidstakeren kan være i aktivitet eller ikke i sykdomsperioden. Kan be arbeidsgiveren gi tilbakemelding.

Arbeidsgiver: Får bedre informasjon om arbeidstakerens muligheter til å jobbe, men ikke diagnosen. Skal sammen med arbeidstaker tilrettelegge arbeidet med hensyn til de rådene som er gitt. Kan gi tilbakemelding til lege/sykmelder.

Arbeidstaker: Står i sentrum for kommunikasjonen. Bruker blanketten til å utveksle informasjon mellom lege/sykmelder og arbeidsgiver. Bidrar til at lege/sykmelder og arbeidsgiver ser mulighetene for at arbeidstaker fortsatt kan være i jobb.

Ny sykmeldingsblankett 1. september 2008.

Les mer på nav.no/raskeretilbake.



Raskere tilbake-telefonen for arbeidsgivere: **75 42 64 06**



Wivi-Ann Tingvoll,
Førstelektor,
Høgskolen i Narvik



Torill Sæterstrand,
Førstelektor,
Høgskolen i Bodø

På grunn av et stort antall pleiepasienter og få korttidsplasser blir rehabiliteringsplanene skjøvet til side.

www.sykepleien.no

Les mer og finn litteraturhenvisninger på
www.sykepleien.no

Søkeord:
skilsmissebarn
samlivsbrudd
samtalegrupper
samtalebilder

Sats på rehabilitering

Rehabilitering blir ikke prioritert verken i åpen omsorg eller i sykehjemmene.

Denne artikkelen bygger på en studie av viljen og evnen til gjennomføring av rehabilitering i kommunene. Hensikten med studien var å finne ut om innholdet i rehabiliteringstjenesten til eldre er i samsvar med definisjonen og kravet til rehabilitering i pleie og omsorgstjenesten i kommunene.

Ifølge Stortingsmelding nr. 21 (1) er helhetlig rehabilitering inndelt i ulike nivåer: Individ, gruppe og institusjonsnivå. Individnivået handler om den som er rammet av sykdom. Fokuset på dette nivået er å møte brukeren på hans/hennes nivå slik at brukerens egne krefter, evner og ønsker blir styrende for hele rehabiliteringsprosessen. Siden den enkeltes behov og ønsker er subjektive, bør denne prosessen være ulik når det gjelder utforming og innhold. Det andre nivået er gruppenivået. Det vil si at rehabilitering av for eksempel slagpasienter krever kompetanse fra flere faggrupper. Det tredje og siste nivået er institusjonsnivået. Den medisinske rehabilitering starter på sykehusene. De regionale helseforetakene skal etter forskrifter om rehabilitering, og lov om spesialisthelsetjeneste sørge for at innbyggeren tilbys nødvendig rehabilitering (2,3). Deretter blir pasienten enten sendt til rehabiliteringsinstitusjon eller kommunen, ettersom hvor det er plass til ham for videre oppfølging. I denne prosessen kreves det et nært samarbeid, både med hensyn til kompetanse og ressurser, mellom sykehuset og kommunehelsetjenesten.

Helhetstenkning

Ifølge Stortingsmelding nr 8 (4) har revirtenkning og de enkelte profesjoners roller forhindret fagpersonell i å se hverandres arbeidsområder. Et vellykket rehabiliteringsarbeid forutsetter at de ulike faggruppene tar inn

over seg hva helhetlig rehabilitering omfatter og at behovene og graden av assistanse vil variere fra person til person. Det hersker imidlertid uenighet og usikkerhet blant helsepersonell, og andre aktører som er involvert i rehabiliteringsprosessen, om hva som er sentralt i dette arbeidet og hvilke samarbeidsformer som er mest hensiktsmessig. I fagmiljøene er det forskjellige meninger om hva rehabilitering innebærer, hvilke funksjoner de ulike faggrupper skal ha, hvordan arbeidet skal organiseres og hvilken innsats som er nødvendig.

Bruker i fokus

Ifølge Normann, Sandvin & Thommesen (5) har alle med nedsatt funksjonsevne behov for sammensatt og koordinert bistand uavhengig av alder, om den nedsatte funksjonsevnen er av psykisk, fysisk eller sosial art eller en kombinasjon av disse og om funksjonsproblemet er medfødt eller ervervet. Hensikten med rehabiliteringsvirksomheten er at brukeren skal få bistand til å kunne delta i samfunnet på egne premisser og på lik linje med andre. En bedret funksjon er ikke alltid målet, mestring i rehabiliteringssammenheng handler om at brukeren får en opplevelse av å ha herredømme over egen situasjon. Informasjon er viktig ifølge Kjekken m.fl (6). De påpeker at jo bedre informert pasienten er om sin egen tilstand og sykdom desto større er sjansen for at de deltar i treningen.

Granbo & Helbostads (7) påpeker i sine forskningsprosjekter i sykehjem i Norge at diagnostikk og tilbud må individualiseres, noe som skiller seg fra oppfatningen av sykehjemmens beboere som en homogen masse. Det pekes på at både sykehjem og hjemmebasert omsorg lider under manglende faglig kompetanse og ressurser,

slik at hensynet til den enkelte ofte ikke blir ivarettatt.

USA-studiene til Leveille et al. (8) viser at økt kompetanse blant ansatte og tilrettelagte programmer om fysisk aktivitet fører til lavere frekvens av innleggelse i sykehus, en bedre hverdag og mindre bruk av beroligende medikamenter.

De refererte studiene viser at effekten av rehabilitering utvilsomt er god og at det er behov for en sammensatt og koordinert bistand. Det gjelder både på individ-, gruppe- og institusjonsnivå.

Metode

Ettersom denne studien skulle omhandle hvordan det var lagt til rette for rehabilitering av eldre og hvilke utfordringer det var i oppfølgingen av rehabilitering i kommunene, valgte vi å intervju totalt ti ledere i pleie- og omsorgstjenesten i Norge i 2006.

Analyseringen av datamaterialet er gjort i henhold til Kvaales (5) innholdsanalyse som er inndelt i tre faser; 1) selvforståelse, 2) kritisk forståelse basert på «common sence» og 3) teoretisk forståelse. Fortolkning av andre menneskers opplevelse av noe vil alltid innebære en utvælgelse. Det som velges ut av informantene selv er enten bevisst eller ubevisst; det som er betydningsfullt i øyeblikket eller som huskes i øyeblikket ved samtaler. Informantenes utsagn er allerede fortolket av dem selv, før de blir fortalt til intervjueren. På denne måten vil annen, og for noen kanskje like aktuell, informasjon tre i bakgrunnen. Når vi kodet intervjuene så vi etter data i intervjuene og fant fram til tema som så ble redusert ved å gruppere temaene. Intervjuene ble lest gjennom flere ganger av begge forskerne for å sikre mest mulig valid analyse.



STORT BEHOV: Mange pasienter blir skrevet ut av sykehuset for tidlig og har behov for rehabiliteringstilbud.
Illustrasjonsfoto: Colourbox.com

Plassmangel

Studien viser at tjenesten er presset på grunn av utskrivningsklare pasienter fra sykehus, mangelfull tverrfaglig oppfølging og manglende samhandling. Presset fra sykehusene side om å ta i mot utskrivningsklare pasienter skapte mange problemer på grunn av mangel på rehabiliteringsplasser. Flere hevdet at det var for få rehabiliterings- og korttidsplasser på sykehjemmene. Det kom frem at mange pasienter blir skrevet ut av sykehuset for tidlig og har behov for et rehabiliteringstilbud. De påpekte også at tidspreset er stort. Rehabilitering blir ikke prioritert verken i åpen omsorg eller i sykehjemmene. Stillinger for ergoterapeuter, aktivitører og fysioterapeuter var reduserte eller lagt ned. Det ble sagt at det heller ikke finnes konkrete handlingsplaner for fysisk og sosial aktivitet i tjenesten som sådan: «Vi prøver å spare små stillingsbrøker slik at vi får skrappt sammen nok penger til en halv stilling som aktivitør. Tidligere hadde vi tre stillinger innenfor rehabilitering, og nå har vi en igjen, vi vil kreve å få beholde stillingen. Men økonomien er dårlig.»

Sykere pasienter

Ifølge lederne er pasientene sykere ved innkomst enn tidligere. Man må prioritere å gi den nødvendige pleie og omsorg. De mener at kommunen ikke har råd til å ansette personale til rehabiliteringsoppdrag. Flere hevdet at de på grunn av ressursmangel ikke var kommet godt nok i gang: «Vi får nå pasienter fra rehabiliteringsinstitusjoner som har individuell plan (IP), men vi klarer ikke å innfri kravene.» Disse utsagnene illustrerer hvilke utfordringer pleie og omsorgstjenesten står ovenfor i den praktiske hverdagen.

Det kom også frem at det ikke var ergoterapeuter ansatt i kommunene. Størrelsen på kommunene influerte på den tverrfaglig kompetansen. I noen av kommunene var det ansatt fysioterapeuter som hadde inngått avtale med kommunen. De gikk i reduserte stillinger og inngikk ikke i samarbeid med noe team, verken i hjemmebasert omsorg eller på sykehjemmene. De ansatte fikk heller ingen direkte veiledning i hvordan de kunne trene opp pasientene.

I enkelte kommuner hadde sykepleielederne dårlig erfaring med

rehabiliteringstjenesten. De hevdet at ansatte i denne delen av tjenesten hadde en tendens til å sitte på kontor og skrive vedtak. I noen av kommunene kom det fram at de er klar over behovet for rehabilitering og at rehabiliteringsplaner er politisk vedtatt, men likevel skjer det lite. Rehabiliteringstilbudet er ennå ikke kommet på plass: «Det skal starte opp et rehabiliteringsteam til neste år, men vi er spente på hva det betyr i praksis!» På grunn av et stort antall pleiepasienter og få korttidsplasser blir rehabiliteringsplanene skjøvet til side.

Diskusjon

Funnene i denne studien viser at rehabiliteringen var lavt prioritert i de ti kommunene.

Utskrivningsklare pasienter fra sykehuset øver et stort press på kommunene. Kommunene sitter med et totalansvar og ofte vil spesialisthelsetjenesten være premissleverandør for hvor skillet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunenes ansvar går.

Pasienter skal ha et rehabiliteringstilbud i kommunen når de utskrives fra sykehuset. Dette kan få stor betydning for pasienten som blir liggende i sykehuset i påvente av tilbud fra kommunen. Når de utskrivningsklare pasientene kommer ut til kommunehelsetjenesten, så finnes det heller ikke der et godt nok tilbud. Ifølge Garåsen & Johnsen (9) må samhandlingsarenaene mellom sykehus og primærhelsetjeneste styrkes som følge av presset av utskrivningsklare pasienter. For å kunne lykkes med dette er det nødvendig å styrke tilbudene i kommunehelsetjenesten, opprette korttids- og rehabiliteringsplasser i sykehjem og sørge for at rehabiliteringstilbudene er av høy faglig standard.

Rehabilitering krever faglig bredde med ulik kompetanse. Ansettelse av tverrfaglig personell i omsorgstjenesten vil ha stor betydning for å få til en helhetlig rehabilitering. Rehabilitering i tilstrekkelig omfang og til rett tid, kan være en forutsetning

for å redusere den enkeltes hjelpebehov og dermed øke livskvaliteten for den det gjelder.

Konklusjon

Sykepleielederne mener kommunehelsetjenesten må prioritere rehabilitering. Mange utskrivningsklare sykehuspasienter har krav på et rehabiliteringstilbud i henhold til kommunehelsetjenesteloven. Mangel på fagpersonell har betydning for innføring av individuell plan. Samtidig er det viktig å øke kompetansen og arbeide med holdningsendring. Undersøkelsen viser at rehabilitering må forankeres både på individnivå med tilbud om individuell plan, gruppenivå med riktig kompetanse ut fra behovet for rehabilitering og på institusjonsnivå med tilbud om en rehabiliteringsplass på sykehjem i kommunen eller annen rehabiliteringsinstitusjon. Fremtidig satsning på rehabilitering i kommunehelsetjenesten har stor betydning for et godt kvalitetsmessig tilbud til de kroniske syke.

LITTERATUR

1. Stortingsmelding nr 21 (1998-99): Ansvar og meistring. Mot ein heilskapeleg rehabiliteringspolitikk. Oslo: Sosial og helsedepartementet.
2. Forskrifter om habilitering og rehabilitering (2001). Oslo: Sosial og helsedepartementet.
3. Lov av 1. januar 2001 nr.61 Spesialisthelsetjenesten med mer. Oslo: Lovdata. Sosial og helsedep. 2001.
4. Stortingsmelding nr 8 (1998-99). Handlingsplan for funksjonshemmet 1998-2001. delaktighet og deltakelse. Oslo: Sosial og helsedepartementet.
5. Kvale, S. Kvalitative forskningsintervju. Oslo: Universitetsforlaget, 2007.
6. Kjekken I, Dagfinrud H, Mowinckel P, Kvien TK, Finset A. Rheumatology Care: involvement in medical decisions received information, satisfaction with care, and unmet health care needs in patients with rheumatoid arthritis and ankylosing spondylitis. 2006;55 (3) 394-401.
7. Granbo Helbostad J. Hvordan ivareta sykehjemsbeboernes behov for bevegelse? Tidsskr Nor Legeforen 2006; 15(126): 1934-6.
8. Leveille SG, Wagner EH, Davis C, et al. Preventing disability and managing chronic illness in frail older adults: a randomized trial of a community-based partnership with primary care. J Am Geriatr Soc 1998 ; 46:1191-8.
9. Garåsen H, Johnsen. R Samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjeneste - erfaringer fra Trondheim. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 1198-200.



Siv Furholm, sykepleier, seksjon for fordøyelsessykdommer, medisinsk klinikk



Kristin Joan Skaarud, Fagutviklingssykepleier, Rikshospitalet HF, medisinsk klinikk

Alvorlige infeksjoner kan overføres ved endoskopiske undersøkelser.

www.sykepleien.no

Les mer og finn litteraturhenvisninger på www.sykepleien.no

Søkeord:
Gastroenterologi
Engangsutstyr
Flergangsutstyr
Endoskopi

Engangsutstyr gir

Studien viser at engangsutstyr er sikrere, billigere og lettere å bruke enn flergangsutstyr.

Hensikten med denne artikkelen er å belyse ulike sider ved bruk av engangs- og flergangsutstyr. Inflammatoriske tarmsykdommer, galleveislidelser, spiserørssykdommer og mistanke om maligne tilstander i mage- tarmkanalen kan diagnostiseres og behandles ved hjelp av fleksibel endoskopi. Tall fra pasientdatabasen FileMaker ved Gastroenterologisk undersøkelse-senhet, Rikshospitalet HF viser at det ble gjennomført 2684 endoskopiske undersøkelser i 2006.

Et endoskop er en bøyelig og styrbar slange med lys og kamera som overfører bilder til en skjerm. Ved nesten alle endoskopiske undersøkelser brukes tilleggsutstyr til diagnostikk/behandling, eller for å rengjøre endoskopet. Ved prøvetaking eller behandling brytes barrieren slimhinneveggen danner mellom fordøyelseskana-len og kroppen. Derfor er det viktig at instrumentene som brukes ikke er kontaminert med andre enn pasientens egen bakterieflora. Det er også fare for krysskontaminering av mikrober til pasienter og personale ved utilstrekkelig rengjort flergangsutstyr(1). Gjenbruk av utstyr krever omfattende rengjøring som er både arbeidskrevende og kostbar. Til tross for dette viser en undersøkelse fra 2005 at bruk av flergangsutstyr fortsatt er utbredt ved gastroenterologiske undersøkelsesenheter i Norge(2). 25 av 36 enheter brukte flergangs rensbørste. Selv ved kjent smitte brukte bare to av 59 enheter engangs biopsitang(2).

Artikkelen er basert på forskning og erfaring fra klinisk praksis. Kost-

nader til produksjon, emballasje og transport av tilleggsutstyret er ikke inkludert i artikkelen. Litteratursøk ble gjennomført høsten 2006 i databasene Pubmed, Medline, Cinahl, Internurse og Cochrane. Søkeordene var: Endoscopy, gastroenterology, infection, adults, colonoscopy, reprocessing, single use, reusable, disposable, PVC, polyvinylchloride, environment, pollution og waste.

Tilleggsutstyr og rengjøringsprosedyrer

Tilleggsutstyret brukes i diagnostisk og terapeutisk øyemed og er komplekst oppbygget med hulrom og hengsler og er tilpasset endoskops lange, fleksible arbeidskanal. Utstyret kan ha en diameter på inntil 2,5 mm og være opp til 480 cm langt. En flergangs biopsitang har en overflate som er konstruert som en tett spiral av rustfritt stål. Spiralen kler en wire som går fra et håndtak til et hengsleledd, som åpner og lukker kjevene. Kjevene består av rustfrie skåler og mellom skålene stikker det ut en pigg som penetrerer slimhinnen. Dette komplekse designet er representativt for mye av flergangsutstyret og gjør rengjøringen vanskelig.

Vaskeprosedyren omfatter cirka ti minutter manuell vask, og 40 minutter maskinell vask og desinfeksjon før transport til Avdeling for Sterilforsyning. Der brukes cirka 2,5 arbeidstimer på steriliseringsprosedyren (3). Avdeling for sterilforsyning henter og leverer utstyr en gang per dag. Under deler av prosedyrene prosederes flere enheter samtidig i begge avdelinger.

Hygiene, helse, miljø og sikkerhet

Det forekommer infeksjoner ved endoskopiske undersøkelser, selv om det er sjelden (4). Det er dokumentert smitte av salmonella, pseudomonas og hepatitt B og C ved endoskopier. En fransk studie fra 2005 viste at defekte flergangs biopsitenger med knekkdannelse kan føre til slitasje og lekkasje på endoskopkanalen, slik at smittestoffer kan samle seg inne i endoskopet og kontaminere det (5). Rizzo (2000) demonterte 48 flergangs biopsitenger og fant rester etter biologisk materiale i alle (1).

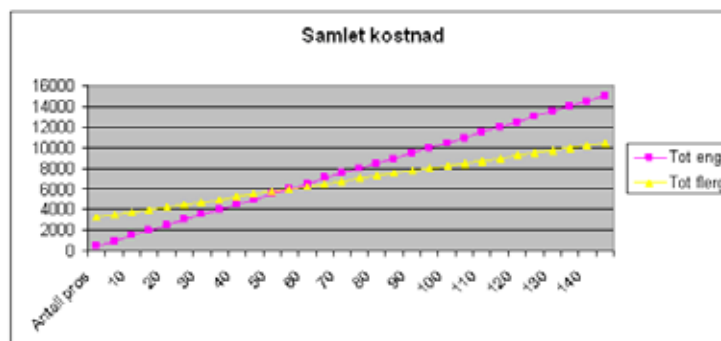
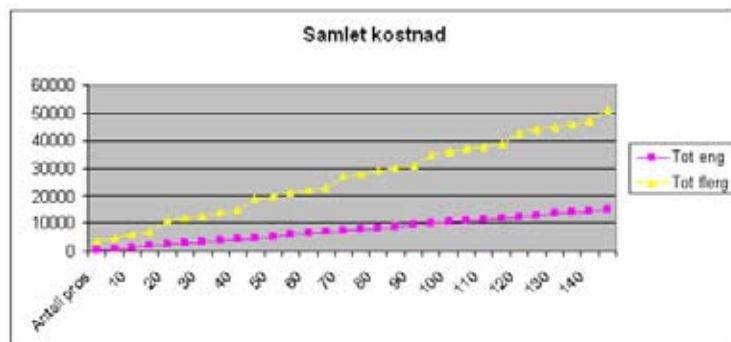
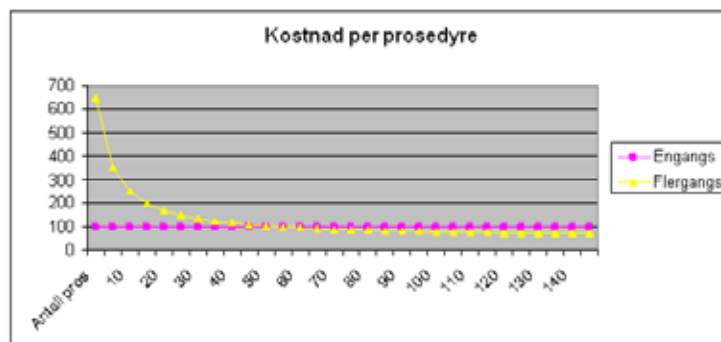
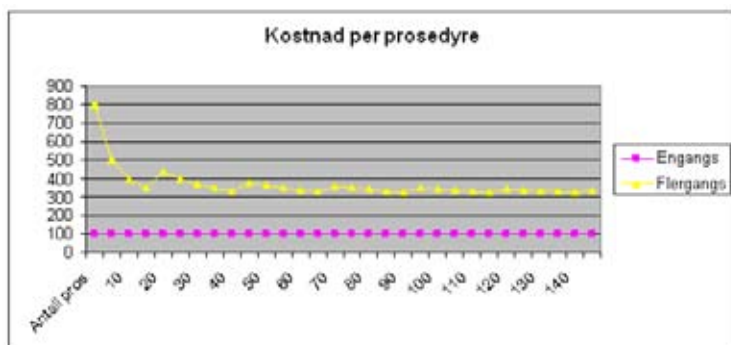
I styrende dokumenter for instrumentbehandling er det beskrevet: «instrumenter der koagulert belegg har satt seg fast, selv etter intensiv rengjøring (for eksempel med børste eller ultralydsbehandling) må sorteres ut, fordi det er umulig å garantere adekvat funksjon og hygiene relatert til disse» (6). Internasjonale retningslinjer anbefaler personalet å bruke personlig beskyttelsesutstyr som hansker, munnbind, øyebeskyttelse og plastfrakk med lange ermer under arbeidet med tilleggsutstyr i endoskopipro-sedyrene. Det anbefales at vaske-/desinfeksjonsprosedyren foregår i egnede rom med tilstrekkelig ventilasjon (7).

Økonomi

Studier fra 1996 til 2001 viser at når en flergangs biopsitang brukes mer enn et visst antall ganger (fra sju til flere enn 20), blir den mer kostnadseffektiv enn engangsutstyr (8-11). Prisene på engangsutstyr har imidlertid falt mye de siste to-tre årene, mens prisen på flergangsutstyr har holdt seg stabil over flere år. Rapporten avdelingen utarbeidet viser at en engangs biopsitang koster i 2006, mellom kr 99 og kr

flere fordeler

Grafene nedenfor viser disse to scenariene:



► Lite slitasje, billig repressering:

- Pris flergangstang 3000,00
 - Pris engangstang 100,00
 - Kostnad repressering 50,00
 - Antall gjenbruk flergangs **200**
- Totalkostnad 150 pros:**
- Engangs 15000,00
 - Flergangs 10500,00

► Mye slitasje, dyrere repressering:

- Pris flergangstang 3000,00
 - Pris engangstang 100,00
 - Kostnad repressering 200,00
 - Antall gjenbruk flergangs **25**
- Totalkostnad 150 pros:**
- Engangs 15000,00
 - Flergangs 51000,00

120, en flergangs biopsitang koster mellom kr 2900 og 3400 (12). Å reparere en defekt biopsikanal i et endoskop kostet i 2006 fra kr 12.000 til 16.000 (13). Leie av endoskop kostet kr 325 pr dag.

Kostnadene til repressering av utstyr er vanskelig å beregne, men estimert daglig steriliseringskostnad er kr 1250 i vår sterilisentral (3). Her steriliseres flere typer tilleggsutstyr samtidig. I tillegg kommer 50

minutters arbeid med manuell og maskinell rengjøring og pakking ved egen avdeling. Helseisikoen som er knyttet til mangelfull rengjøring må iberegnes, selv om det er vanskelig å kostnadsberegne den.

Diskusjon

Hygiene

Alvorlige infeksjoner kan overføres ved endoskopiske undersøkelser, selv om det er vanskelig å knytte

dette spesifikt til flergangsutstyr og rengjøringsprosedyrer av disse. Pasienter med lavt immunforsvar, kunstig hjerteklaff eller neutropeni, og de som gjennomgår behandling med immunosuppressiv kjemoterapi, er spesielt utsatt for smitte. Personalet kan bli smittet gjennom håndtering av utstyret under selve undersøkelsen og i den etterfølgende rengjøringsprosedyren (14). DNA og en del annet biologisk materiale

ødelegges ikke av desinfeksjons- eller steriliseringsprosedyrer alene, den forutgående manuelle og maskinelle rengjøringen er altså helt avgjørende for å redusere risikoen for smitte. Rizzo (2000) og Yang (2000) viser i sine studier at biopsitenger er vanskelig å rengjøre adekvat (1,9). Det antas at det samme gjelder for annet flergangsutstyr som er bygget opp på samme måte som en biopsitang. Det er altså ingen studier

som beskriver infeksjonsforekomst relatert til rengjøring av flergangsutstyr spesielt. Dette kan skyldes at det har foreligget internasjonale retningslinjer for å redusere risikoen av endoskoprelaterte infeksjoner siden 1988, med minimum standard for vask og høygradig desinfeksjon av utstyret (4).

Helse miljø og sikkerhet

En fordel med flergangsutstyr er at det genererer lite søppel i motsetning til engangsutstyr. Noe av engangsutstyret kan inneholde polyvinylklorid (PVC), som er helseskadelig ved forbrenning(15). Bruk av PVC og ftalater, som tilsettes PVC for å gjøre det mykere, blir i økende grad unngått både i Europa og USA. Rikshospitalet ønsker å begrense bruken av engangs PVC-produkter, grunnet mulige uheldige miljøkonsekvenser. Gode alternativer finnes, og krav fra forbrukerne gjør at de fleste produsenter leverer alternativer. Slitt flergangsutstyr med knekkdannelse og slark er vanskeligere å håndtere enn nytt utstyr som er stramt og glatt. Rizzo (2000) sammenlignet første gangs bruk av flergangs biopsitenger og engangs biopsitenger. Denne studien viste en signifikant favor for engangs biopsitenger (1).

For å unngå at utstyret kommer i berøring med gulvet og sprer smitte kveiles utstyret sammen og strekkes ut igjen flere ganger i løpet av både undersøkelsen og vaske-/desinfeksjonsprosedyren. Erfaringer fra klinisk praksis viser at håndtering av utstyret er med på å gi slitasskader hos personalet. Det er ikke gjort funn som underbygger dette i litteraturgjennomgangen. Ved bruk av engangsutstyr unngår personalet helseskader som eksponering for kjemikalier og smittestoffer samt at den kroppslige slitassen reduseres. Det meste av engangsutstyret er

belagt med en plastkappe som gir fin og glatt innføring i endoskopet. Engangsutstyr er også stivere og har ikke slark eller sløvhet slik som flergangsutstyr kan ha. I klinisk praksis ved Gastroenterologisk undersøkelsesenhets på Rikshospitalet, brukes engangs- fremfor flergangsutstyr i de fleste tilfeller.

Økonomi

En kostnadsberegning av en flergangs biopsitang inkluderer innkjøpspris, levetid, og vaske- / desinfeksjons- og steriliseringsprosedyrer. I tillegg må en inkludere kostnader til kjemikalier, virkningen av disse på mennesker og miljø, strømforbruk, tidsbruk, slitasje på personell ved håndtering av utstyret og lønnskostnader. For å vise kostnadsforholdene mellom engangs- og flergangsutstyr, benyttes to scenarier. Det første viser lite slitasje av flergangs biopsitang og gjenbruk på 200 ganger, med lave represseringskostnader, kr 50. Det neste med mye slitasje av flergangs biopsitang, altså lite gjenbruk, 25 ganger og med høye represseringskostnader, kr 200. Scenariene benytter samme pris for flergangstang kr 3000, engangstang kr 100. Verdiene for repressering og antall gjenbruk av flergangsbiopsitang varierer, da disse er de usikre verdiene i sammenligningen. I scenario 1 benyttes verdier som maksimalt begunstiger flergangsutstyr, og scenario 2 benyttes verdier som minimalt begunstiger flergangsutstyr. Kostnadsberegningene for totalt antall 150 prosedyrer inkluderer kostnadene til nykjøp av flergangstenger.

Ved mye slitasje og dyrere repressering er kostnaden med flergangsutstyr kr 51000 for totalt 150 prosedyrer, i motsetning til engangsutstyr som koster kr

15000. Ved liten slitasje og billigere repressering er kostnaden med flergangsutstyr kr 10500 for totalt 150 prosedyrer, i motsetning til engangsutstyr som koster kr 15000. Egne erfaringer tilsier at kostnaden for en repressering er mer enn kr 50, og refererte studier viser at antall gjenbruk er lavere enn 200.

Konklusjon

Med den usikkerheten som er erfart, trekkes konklusjonen at engangsutstyr kommer økonomisk fordelaktig ut i forhold til flergangsutstyr. Arbeidsmiljøavdelingen ved Rikshospitalet sier at: «Til tross for at det blir en økt belastning for ytre miljø, anbefales det at en bytter fra flergangs- til engangsutstyr. Dersom en i tillegg bytter til et engangsprodukt som ikke inneholder PVC vil det også være miljømessige fordeler» (15). Engangsutstyr har i tillegg en infeksjonsforebyggende effekt da det kastes etter bruk og hele vaske-/desinfeksjons og steriliseringsprosedyren elimineres. Kostnadsvurderingen må i tillegg til innkjøpspris også inkludere alle kostnader ved repressering av flergangsutstyr. Prisutviklingen på engangsutstyr innebærer at dette er i ferd med å bli et ikke bare enklere, sunnere og sikrere alternativ, men også billigere.

Tusen takk for velvilje og støtte til Gastroenterologisk Undersøkelsesenhets ved Seksjon for Fordøyelsesykdommer, Rikshospitalet HF, og til Tone Rustøen ved senter for Pasientmedvirkning og Sykepleieforskning.

LITTERATUR

- Rizzo J, Bernstein D, Gress F. A performance, safety and cost comparison of reusable and disposable endoscopic biopsy forceps: a prospective, randomized trial. *Gastrointest Endosc* 2000; Mar;51(3):257-61.
- Lindøen V. Spørreundersøkelse. 2005.
- Gule HG. Rikshospitalet. Brev fra Avdeling for Sterilforsyning. Upubl. matr. 2006 Nov 9.
- Lisgaris MV. The Occurrence and Prevention of Infections Associated with Gastrointestinal Endoscopy. *Current Infectious Disease Reports*; 2003.
- Corne P, Godreuil S, Jean-Pierre H, Jonquet O, Campos J, Jumas-Bilak E, et al. Unusual implication of biopsy forceps in outbreaks of Pseudomonas aeruginosa infections and pseudo-infections related to bronchoscopy. *J Hosp Infect* 2005; Sep;61(1):20-6.
- Riktig Instrumentbehandling. prEN ISO 15883. 2004.
- Nelson DB, Jarvis WR, Rutala WA, Foxx-Orenstein AE, Isenberg G, Dash GR, et al. Multi-society guideline for reprocessing flexible gastrointestinal endoscopes. *Infection Control & Hospital Epidemiology [NLM - MEDLINE]* 2003; Jul;24(7):532.
- Muscarella LFP. Biopsy Forceps: Disposable or Reusable? *Gastroenterol Nurs* 2001; Mar;24(2):64-8.
- Yang R, Ng S, Nichol M, Laine L. A cost and performance evaluation of disposable and reusable biopsy forceps in GI endoscopy. *Gastrointest Endosc* 2000; Mar;51(3):266-70.
- Kozarek RA, Raltz SL, MERRIAM LD, Sumida SE. Disposable versus reusable biopsy forceps: a prospective evaluation of costs. *Gastrointest Endosc* 1996; Jan;43(1):10-3.
- Kozarek RA, Attia FM, Sumida SE, Raltz SL, Roach SK, Schembre DB, et al. Reusable biopsy forceps: A prospective evaluation of cleaning, function, adequacy of tissue specimen, and durability. *Gastrointest Endosc* 2001; Jun;53(7):747-50.
- Sakshaug K, Karlson H. Rikshospitalet. Økonomirapport. 2006. Ref Type: Unpublished Work
- Nordahl O. Reparasjonskostnad. 1-12-2006. Ref Type: Unpublished Work
- Kruse A, Rey J-F. Guidelines on cleaning and disinfection in GI endoscopy. Update 1999. The European Society of Gastrointestinal Endoscopy. *Endoscopy* 2000 Jan;32(1):77-80.
- Stokkeland O, Havellen T. Rikshospitalet. HMS-rapport. Upubl. matr. 2006.



NSF Unique

5,50% sparerente fra første krone



- Ingen begrensninger i antall uttak
- Gebyrfrie varekjøp over hele verden
- Gebyrfri regningsbetaling på nettet
- Kredittreserve på inntil kr 75.000,-

Vil du vite mer?

Se www.nsf-unique.no eller kontakt Kundeservice på tlf. 815 00 073.

Nominell rente 12,40% årlig. Effektiv rente ved bruk av kreditt: 50.000 (13,80 %) - 25.000 (14,48 %) - 10.000 (16,53 %)

* Betingelser pr. mai 2008. Renten følger renteutviklingen i Norges Bank.

A Norspan «Mundipharma»

Analgetikum ved sterke smerter.
ATC-nr.: NO2A E01

DEPOTPLASTER 5 µg/time, 10 µg/time og 20 µg/time: Hvert depotplaster inneholder: Buprenorfin 5 mg (6,25 cm²), resp. 10 mg (12,5 cm²) og 20 mg (25 cm²), hjelpestoffer.

Indikasjoner: Behandling av sterke opioidfølsomme smerter, som ikke responderer tilfredsstillende på ikke-opioid analgetika.

Dosering: Påføres hver 7. dag. Ikke egnet til behandling av akutte smerter. **Voksne ≥18 år:** Laveste dose, 5 µg/time, brukes som startdose. Under oppstart og titrering bør pasienter i tillegg bruke de vanlige anbefalte dosene av korttidsvirkende analgetika etter behov. Dosen bør ikke økes før etter 3 dager, når maks. effekt av en gitt dose er oppnådd. Påfølgende doseøkninger kan titreres ut fra behov og respons. Dosen kan økes ved å bruke et større depotplaster eller 2 depotplaster på forskjellige steder. Et nytt depotplaster skal ikke settes på samme sted påfølgende 3-4 uker. Pasienter bør følges grundig for vurdering av optimal dose og behandlingsvarighet. **Nedsatt leverfunksjon:** Pasienter med nedsatt leverfunksjon bør følges godt opp, og ved alvorlig nedsatt leverfunksjon bør alternativ behandling vurderes. Depotplasteret påføres ikke-irritert, intakt hud på yttersiden av overarmen, øvre del av brystkassen, øvre del av ryggen eller siden av brystkassen, og ikke på hudområder med store arr. Påføres et hudområde som er nesten hårfritt eller har relativt lite hår. Hvis ingen er tilgjengelige, skal håret på området klippes med saks, ikke barberes. Påføringsstedet kan vaskes med rent vann. Såpe, alkohol, olje, lotion eller slipemidler må ikke brukes. Huden må være tørr før depotplasteret påføres. Umiddelbart etter at depotplasteret tas ut av den forseglede posen fjernes det beskyttende laget, og depotplasteret presses godt på plass med håndflaten i ca. 30 sekunder, slik at det blir fullstendig kontakt, spesielt rundt kantene. Depotplasteret skal sitte på kontinuerlig i 7 dager. Hvis et depotplaster faller av skal et nytt påføres. Bør ikke brukes lenger enn absolutt nødvendig. Hvis langtidssmerbehandling er nødvendig, bør det foretas grundig oppfølging (med opphold i behandlingen ved behov) for å fastslå videre behov. Da den analgetiske effekten vedvarer en viss tid etter fjerning av depotplasteret, bør ikke andre opioider gis før etter 24 timer. Unngå å utsette påføringsstedet med depotplaster for eksterne varmekilder som varmepute, varmelampe, badstue, varmt bad og oppvarmet vannseng da absorpsjonen av buprenorfin kan øke. Feber kan gi økte plasmakonsentrasjoner av buprenorfin og øke risikoen for opioidreaksjoner.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for buprenorfin eller noen av hjelpestoffene, opioidavhengighet og narkotikaseponering, tilstander hvor respirasjonssenter og -funksjon er betydelig hemmet eller kan bli det, MAO-hemmere siste 2 uker, myasthenia gravis, delirium tremens, graviditet.

Forsiktighetsregler: Brukes med forsiktighet ved krampelidelser, hodeskade, sjokk, nedsatt bevissthet av ukjent årsak, intrakranielle skader eller økt intrakranielt trykk og alvorlig nedsatt leverfunksjon. Signifikant respirasjonshemming har vært forbundet med buprenorfin, spesielt i.v. Anbefales ikke til analgesi i umiddelbar postoperativ periode eller i andre situasjoner med smal terapeutisk indeks eller raskt svingende analgetisk behov. Buprenorfin har mindre avhengighetstendens enn rene agonistanalgetika. Da det er observert euforiske effekter, bør det utvises forsiktighet ved kjent eller mistenkt stoffmisbruk. Kronisk bruk kan gi utvikling av fysisk avhengighet. Ev. abstinensyndrom er vanligvis lett, starter etter 2 dager, kan vare inntil 2 uker og omfatter uro, angst, nervøsitet, søvnløshet, hyperkinesis, skjjelving og gastrointestinale plager. Bilkjøring og bruk av maskiner frarådes dersom reaksjonsevnen er påvirket, spesielt ved behandlingsstart, doseøkning og kombinasjon med andre CNS-dempende midler.

Interaksjoner: Må ikke brukes samtidig med eller første 2 uker etter MAO-hemmere. Samtidig bruk av CYP 3A4-hemmere kan gi økt effekt. Samtidig bruk av enzymindusere (f.eks. fenobarbital, karbamazepin, fenytoin, rifampicin) kan gi redusert effekt. Bør brukes forsiktig sammen med benzodiazepiner, som kan forsterke respirasjonshemming med fare for død, andre CNS-dempende midler, som andre opioidderivater (f.eks. morfin, dektropropoxyfen, kodein, dektrometorfan, noskapin), visse antidepressiva, sedative H1-reseptorantagonister, alkohol, anxiolytika, antipsykotika, klonidin og beslektede substanser. (I: NO2A opioider)

Graviditet/Amming: Overgang i placenta: Skal ikke brukes under graviditet. Overgang i morsmelk: Bør ikke brukes under amming.

Bivirkninger: Hyppige (>1/100): Gastrointestinale: Forstoppelse, munntørhet, kvalme, oppkast, buksmerter, diaré, dyspepsi. Hud: Kløe, erytem, utslett, svetting, eksanter. Luftveier: Dyspné. Metabolske: Anoreksi. Neurologiske: Hodepine, svimmelhet, søvnløshet, parestesi. Psykiske: Forvirring, depresjon, søvnløshet, nervøsitet, angst. Sirkulatoriske: Vasodilatasjon. Øvrige: Kløe på administreringsstedet, tretthet, asteni, smerter, perifert ødem, reaksjon, erytem og utslett på administreringsstedet, ødem, brystmerter. **Mindre hyppige:** Neurologiske: Sedasjon, smaksforvrengning. Psykiske: Søvnforstyrrelser, rastløshet. Sirkulatoriske: Sirkulasjonsforstyrrelser (som hypotensjon og i sjeldne tilfeller sirkulasjonssvikt). Urogenitale: Urinretensjon, vannlatingsforstyrrelser. Øvrige: Utmattelse. **Sjeldne (<1/1000):** Gastrointestinale: Pyrosis (halsbrann), brekninger. Hud:

Lokale allergiske reaksjoner med klare tegn på inflammasjon (ved forsinkede allergiske reaksjoner bør behandlingen seponeres), pustler, vesikler. Hørsel: Øresmerter. Luftveier: Respirasjonshemming, hyperventilering, hikke. Neurologiske: Svekket konsentrasjonsevne, nummenhet, balanseproblemer, taleforstyrrelser, muskelfascikulasjon. Psykiske: Psykoselignende effekter (f.eks. hallusinasjoner, angst, mareritt), nedsatt libido, avhengighet, humørsvingninger. Sirkulatoriske: Høretokter. Syn: Synsforstyrrelser, tåkesyn, øyelokkedem, miøse. Urogenitale: Redusert ereksjon. Øvrige: Alvorlige allergiske reaksjoner, abstinenssymptomer.

Overdosering/Forgiftning: Symptomer: Respirasjonshemming, sedasjon, døsighet, kvalme, oppkast, sirkulasjonssvikt, uttalt miøse. **Behandling:** Fjern ev. plastre, oppretthold respirasjon, kroppstemperatur og væskebalanse. Oksygen, vasopressorer, andre symptomatiske tiltak og nalokson 5-12 mg i.v. ved behov.

Egenskaper: Klassifisering: Opioidanalgetikum. **Virkningsmekanisme:** Sentral smertestillende effekt. Partiell opioidagonist på my-reseptorer samt antagonist på kappa-reseptorer. Hvert depotplaster avgir buprenorfin i fast mengde i inntil 7 dager. «Steady state»-konsentrasjon oppnås under første påføring. Etter fjerning av depotplasteret faller buprenorfinkonsentrasjonen med ca. 50% i løpet av 12 timer (10-24 timer). **Absorpsjon:** Buprenorfin fra depotplasteret diffunderer gjennom huden. Biotilgjengelighet ca. 15%. **Proteinbinding:** Ca. 96%. Etter i.v. administrering utskilles buprenorfin og dets metabolitter i gallen, og distribueres i løpet av minutter til cerebrospinalvæsken, hvor konsentrasjonen synes å være ca. 15-25% av tilsv. plasmakonsentrasjon. **Metabolisme:** Levermetabolisme, via CYP 3A4- og UGT 1A1/1A3-enzymene. Aktiv metabolitt: Norbuprenorfin. **Utskillelse:** Galle- og nyreutskillelse.

Andre opplysninger: Brukte depotplaster brettes sammen med det klebende laget innover og kastes forsvarlig og utilgjengelig for barn.

Pakninger og priser:
5 µg/time: 4 stk. kr 272,70
10 µg/time: 4 stk. kr 459,40
20 µg/time: 4 stk. kr 797,30

Refusjon: Se Refusjonslisten, NO2A E01. For kroniske sterke smerter må det søkes om individuell refusjon etter § 3a, benytt skjema NAV 05-14.09. For palliativ behandling i livets slutfase, f.eks. kreftmerter, gjelder § 2, refusjonskode 90.

April 2008



Mundipharma AS
Vollsvæien 13 C
1366 Lysaker
Telefon: 67 51 89 00
Telefaks: 67 51 89 01
www.mundipharma.no



Hilda Riddervold,
Kreftsykepleier,
Medikamentell enhet,
Radiumhospitalet.



Elin Høy,
Avdelingssykepleier,
Medikamentell enhet,
Radiumhospitalet.



Pernille Varre,
Fagutviklings-
sykepleier,
Medikamentell enhet,
Radiumhospitalet.

Vi må bort fra at viktig informasjon gis under visittgang.

Samtaler om sykdom og behandling

Vellykket prosjekt der tilrettelegging av informasjonssamtale ble gjort før behandlingsstart av førstegangsinnlagte pasienter med diagnosen lymfekreft.

Pasienter med lymfekreft gjennomgår omfattende og langvarig kjemoterapi, ofte med etterfølgende strålebehandling. Hovedmålet med prosjektet var å bedre pasientens og pårørendes mestring av sykdommen, behandling og konsekvensene av denne. Et delmål var at strukturerte informasjonssamtaler skulle være til hjelp for sykepleier og lege i informasjonsarbeidet. Det viktigste i informasjonssamtalen er innholdet, men uten god organisering og koordinering kan informasjonssamtalen lett bli en salderingspost. Underveis i prosjektet viste det seg at sykepleiernes tilrettelegging var uvurderlig for gjennomføring av

informasjonssamtalene. Evaluering av prosjektet viste at pasienter og deres pårørende ønsker informasjon i form av en planlagt samtale.

Lov om pasientrettigheter (1), lov om helsepersonell (2), Grunnlagsdokument for Fagområde sykepleie ved Det Norske Radiumhospitalet (nå Rikshospitalet, Kreftklinikken Radiumhospitalet) (3) og Kreftforeningen (4) peker på pasient og pårørendes rett til informasjon. Nye pasientundersøkelser viser at det stadig er mangelfull informasjon til pasient og pårørende (5). Det er dokumentert at informasjon er viktig for mestring. Å forstå situasjonen, ha tro på at det finnes en løsning og forsøke

å finne denne, er elementer som inngår i mestring (6). Kunnskap om sykdommen, behandling og hvilke utfordringer dette medfører kan bidra til å mestre påkjenningene (7).

Teori

I litteraturen vektlegges betydningen av undervisning og informasjon til pasienter. Vi ønsket å finne ut hva som er skrevet om sykepleierens oppgaver før, under og etter en informasjonssamtale. En oversiktsartikkel i Critical Care Medicine 2001(8) beskriver praktiske gjøremål som er viktig for gjennomføringen, men som kanskje sykepleieren ser på som

www.sykepleien.no

Les mer og finn litteraturhenvisninger på www.sykepleien.no

Søkeord:

Lymfekreft
Informasjon
Mestring
Informasjonssamtale



VIKTIG ROLLE: Sykepleiers ansvar under informasjonssamtalen er å fokusere på det psykososiale aspektet ved behandlingen. Foto: Søren Skaby/chiliarkiv.dk

mindre viktig: Tilrettelegging av samtalen, koordinering med lege, pasient og pårørende. Finne tidspunkt og sted, klargjøre informasjonsmateriell og gjøre seg kjent med pasientens sykdom og behandling. Alt dette er helt vesentlig for en god samtale. Oppfølging er nødvendig for å bevare samarbeid og tillit gjennom hele behandlingsperioden. Artikkelen viser til en studie som har kartlagt hvilke hindringer sykepleieren støter på i planlegging og gjennomføring av familiesamtaler. Hindringene som beskrives kan deles inn i to barriereområder. Det ene er systembarrierer som går på manglende eller dårlige rutiner i posten, dårlig

organisering, liten bemanning og dårlige fysiske forhold som for få rom. Den andre barrieren er den menneskelige, og handler om pasienter og pårørende, sykepleier og leger. For helsepersonell dreier det seg om holdninger, kunnskap, evner og vilje til å kvalifisere seg for informasjonsoppgaven.

En artikkel gjengitt i *Oncology Nursing Forum* 2004 (9) understreker sykepleierens viktige funksjon i pleien av pasienter med hode- og halskreft. Her beskrives fem roller som får betydning for pasientens livskvalitet og -lengde. Blant disse rollene framheves den administrative, evnen til undervisning og informasjon, viktigheten av å

være en god kliniker og evnen til å samarbeide med andre instanser. Sykepleieren bør kjenne til pedagogiske prinsipper og vite hva som hemmer og fremmer undervisning og informasjon. En forutsetning for god kommunikasjon i kreftomsorgen er kunnskap om psykiske reaksjoner ved alvorlig sykdom. En god kliniker bruker sykepleieprosessen som et arbeidsredskap, har kunnskap om pasientens sykdom, konsekvenser og behandling og handler ut fra det.

Metode

Pasientgruppen i prosjektet hadde nyoppdaget lymfekreft. Det ble gjennomført informasjonssamtaler

med 41 pasienter og 89 pårørende. Sykepleierne og legene ved posten deltok. Av sykepleierne var det fortrinnsvis pasientansvarlig sykepleier som stod for gjennomføringen av samtalen. Sykepleierne skulle ha jobbet minst ett år i posten før de hadde ansvaret for samtalen.

Pasient og pårørende fikk muntlig og skriftlig orientering om tilbudet med informasjonssamtale ved innleggelse. De ble også informert om samtalens innhold og oppfordret til å forberede seg, for eksempel ved å skrive opp eventuelle spørsmål på forhånd.

Det ble utarbeidet sjekklister for den praktiske gjennomføringen. Dette gjaldt forberedelse, gjennom-

Sykepleieren bør kjenne til pedagogiske prinsipper og vite hva som hemmer og fremmer undervisning og informasjon.

føring og evaluering. Når ting var gjort ble punktet haket av på listen. Slik visste alle hvor langt man var kommet i forberedelsene, noe som var særlig viktig hvis andre skulle overta. Punkter på lista var alt fra om pasientene hadde fått tilbud om samtale, om tid og sted var ordnet og til at samtalerommet skulle være ryddet, skiltet og luftet før informasjonssamtalen.

Rammen rundt samtalen skulle inngi trygghet og følelsen av å være ventet, og av at personalet var forberedt. Det var viktig at pasienten traff sykepleier og lege som var kjente og oppdaterte. Nødvendig skriftlig materiale skulle ligge klart, og informasjonstiden var fordelt mellom sykepleier og lege. Informasjonssamtalen skulle starte presis og vare en klokke time. Sykepleier og lege skulle samles for å planlegge samtalen og møtes etterpå for refleksjon. Malene ble utarbeidet på bakgrunn av litteratur og praktisk erfaring (8,9). Innholdet i informasjonssamtalen var todelt, en medisinsk del og en sykepleiedel. Legene formidlet det medisinske aspektet, mens sykepleierne fokuserte på det psykososiale. For eksempel hvordan mestre hverdagen i behandlingsperioden og hvordan informere barna og deres omgivelser.

Sykepleier skrev sammendrag av informasjonssamtalen. Det ble skrevet etter en ferdig laget mal, med åpen plass for individuelle notater. Pasienten fikk kopi av sammendraget. Informasjonssamtalene ble evaluert med spørreskjema til pasient, pårørende, sykepleier og lege. Svaralternativene var standardiserte med mulighet for kommentarer. Svarprosenten var nær 100

prosent fra alle deltagende parter. Vi vil her presentere pasient og pårørendes opplevelse og sykepleierens rolle i informasjonssamtalen.

Resultater

Undersøkelsen viste at pasienter og pårørende var fornøyde med informasjonssamtalene, både innholdsmessig og måten de ble gjennomført på. Begge parter tror samtalen har betydning for hvordan de vil mestre situasjonen og opplever det som svært viktig at pårørende er til stede. Noen kommentarer understøtter dette: «Tror det er riktig å ha med pårørende. Det virker betryggende for dem å få informasjon. Det er ikke lett å få med all informasjon selv, da kan pårørende være til hjelp med å huske». «Viktig for meg, viktigere for mine pårørende».

23 informasjonssamtaler ble holdt før behandlingen startet, 14 under og fire etter første behandling. Flere kommenterte at det var lite gunstig å ha informasjonssamtalen mens behandlingen pågikk. 11 samtaler foregikk inne på pasientrom. Pasienter og pårørende kommenterte det som uheldig. Ellers opplevde pasientene det skriftlige sammendraget av informasjonssamtalen som nyttig. De brukte sammendraget til å huske hva som ble sagt og til å orientere andre i familien om informasjonen som var gitt. Dette resultatet samsvarer med en tidligere undersøkelse gjort på Rikshospitalet (16).

God planlegging av samtalen var viktig. Sykepleierne brukte gjennomsnittlig 28 minutter på å planlegge og forberede seg til samtalen den dagen samtalen fant sted. På forhånd hadde sykepleierne brukt

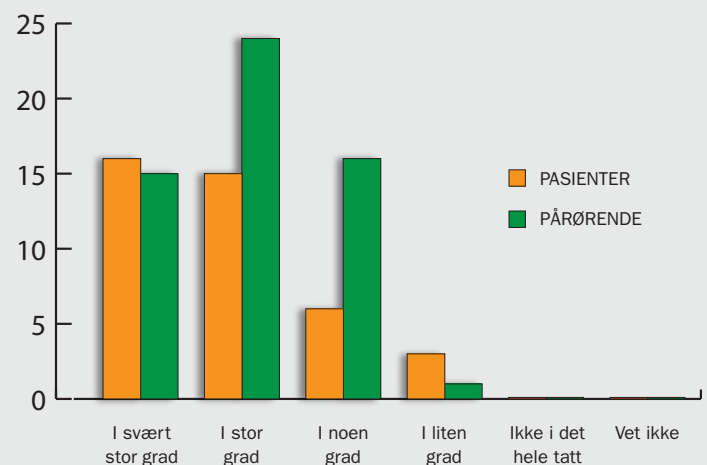
tid på å koordinere og tidfeste samtalen. Det var ofte vanskelig å finne tidspunkt kombinert med oppstart av behandlingen for alle.

Sykepleierne er for det meste lyttende når legen informerer. De bidrar med oppklarende spørsmål og spør om ting de vet pasienten lurer på. I tillegg supplerer de med skriftlig materiale og skriver notater fra samtalen. Informasjonssamtalen var planlagt i to deler, en halv time til lege og en halv time til sykepleier. Men omfattende medisinsk informasjon og spørsmål fra pasienter og pårørende tok det meste av timen. I 27 av 41 samtaler hadde sykepleieren ansvaret for siste del av informasjonstimen. Disse samtalen varte fra fem–30 minutter. Sykepleierne anså det som meningsfullt å ha en egen del av informasjonen selv om den i noen tilfeller ble

kortvarig. Følgende kommentarer uttrykker dette: «Svært viktig at jeg i etterkant kunne oppklare, presisere behandling og oppfølging, kunne gjenta og korrigere informasjon om bivirkninger». «Det var nyttig for familien å snakke om psykiske og sosiale konsekvenser». «Ved å følge malen kunne jeg ta opp det legen ikke hadde sagt noe om, som tretthet, slitenhet og seksualitet». «Vi hadde en helt annen og nødvendig vinkling. Snakket mye om reaksjoner pasient og pårørende hadde».

Sykepleierne brukte mal både under forberedelsene og informasjonssamtalen. Malen fungerte både som huskeliste og veileder. I 17 av informasjonssamtalene opplevde sykepleieren det var vanskelig å skrive sammendrag. De begrunnet det med for liten tid, støy på arbeidsrom, for få PCer og stadige

Tror du denne samtalen har betydning for hvordan du mestrer situasjonen dere står opppe i?



avbrytelser. Noen var også uvant med å skrive.

Diskusjon

Informasjonssamtalens betydning for pasient og pårørende

Planlagt og strukturert informasjonssamtale har betydning for pasientens og pårørendes mestringsevne. Pasientens behandling, behandlingens frekvens, tidsramme og behandlingssted er viten som må deles med pasient og pårørende. Den individuelle reaksjonen på behandlingen i form av bivirkninger er mer uforutsigbar. Men dette er også viktig og noen ganger livsnødvendig kunnskap for pasienten. Ved å kjenne til behandlingens bivirkninger vil man være forberedt og kan komme problemene i forkjøpet (6).

Det er og en stor fordel at pasient og pårørende får informasjon sammen (7). Vi vet at mennesker i krise bare oppfatter deler av det som blir sagt, og da er det godt at det også er andre der til å lytte. En godt informert pasient har også større forutsetning for å være delaktig i egen pleie og behandling, noe som øker reell pasientmedvirkning.

Vi tilstrebet å kjenne pasienten og om mulig også pårørende på forhånd. De fleste av samtaler ble holdt i et egnet rom med åpenhet og god atmosfære. Avsatt tid ble overholdt, calling og telefoner var avslått. Selv om informasjonssamtalen var strukturert etter mal, var det rom for å stille spørsmål. Randall Curtis (8) peker på at disse elementene er svært viktige for at en samtale skal bli vellykket. Vår undersøkelse bekreftet dette. Pasient og pårørende uttrykker stor tilfredshet

med måten samtalen ble gjennomført på. De gangene informasjonen ikke var godt nok forberedt ble det kommentert av flere på evalueringsskjema. For eksempel når vi gjorde samtalen på pasientrom, etter at behandlingen var igangsatt eller at det var forstyrrelser underveis.

Den tillit og kontakt som ble oppnådd var av stor betydning for resten av behandlingstiden. Det ble lettere både for pasient og pårørende å henvende seg til de som hadde deltatt i informasjonssamtalen enten direkte eller via telefon.

Når en i familien får kreft berører det alle som står personen nær. Pårørende får nye og uvante roller og står overfor store utfordringer. Det forventes at pårørende skal være sterke og støttende, mens de kanskje selv gjennomlever krise. Det er ikke uvanlig at pasient og pårørende oppfatter sykdomssituasjonen forskjellig og snakker forbi hverandre (3). Får man informasjonen sammen er utgangspunktet bedre for felles forståelse. Helsevesenet har forventninger til pårørende. Dersom de skal være en ressurs for sine nærmeste og helsevesenet trenger de informasjon og støtte. Jf. Pasientrettighetsloven § 3-3.

Tilrettelegging av informasjonssamtalen

Gamle rutiner, tradisjoner og regler er vonde å vende. Randall Curtis (8) beskriver hvilke faktorer som kan gjøre det vanskelig å gjennomføre endringer (se litteraturliste). For oss var det å finne tidspunktet for samtaler et problem. Praksis ved posten var å starte behandling snarlig etter prøvesvarene forelå og diagnosen var stilt. Denne praksisen resulterte i at 18 av 41 samtaler

ble gjort etter at behandlingen hadde startet. (En oppklaring: pasienten var alltid informert av lege før behandlingsstart, men uten pårørende til stede og gjerne under visitt). Kommentarene forteller oss at informasjonsformen ikke er likegyldig. Vi tror det kan ha betydning for hvordan informasjonen blir oppfattet og forstått.

En innvending mot å endre praksis var også pasientens ønske om å komme i gang med behandling. De ønsket rask oppstart, men også å få en god informasjonssamtale før behandlingstart. Fagpersonalet har ansvar for å legge til rette for en god start på et langt behandlingssopplegg. Informasjonssamtalen er et viktig moment for å oppfylle kravet om omsorgsfull og faglig forsvarlig praksis (2).

Konklusjon og konsekvenser for praksis

Prosjektet viste klart at tiden er inne til å endre rutiner slik at de blir i samsvar med forventninger i samfunnet og i tråd med de krav myndighetene stiller til informasjonsformidling. For reell pasientmedvirkning er det av betydning at behandling diskuteres i en planlagt samtale, hvor pasient og pårørende har mulighet til å komme med egne tanker og spørsmål. Det gir også alle parter mulighet til å forberede seg. Vi må bort fra at viktig informasjon gis under visittgang. Sykepleierens rolle er å organisere, koordinere samtaler og å delta i selve informasjonsformidlingen. Prosjektet dreide seg om en samtale i et langt behandlingsforløp. Visjonen for framtiden er at informasjonssamtaler blir lagt inn som faste avtaler gjennom hele forløpet.

LITTERATUR

1. LOV 1999-07-02 nr 63 Lov om pasientrettigheter.
2. LOV 1999-07-02 nr 64 Lov om helsepersonell.
3. Grunnlagsdokumentet for fagområde sykepleie ved Det Norske Radiumhospitalet (2002).
4. Den norske kreftforening «Til deg som er pårørende» Oslo 2005.
5. PasOpp-rapport nr 1 2007. Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten.
6. Reitan Anne Marie, Schjølberg Tore Kr. Kreftspsykepleie. Akribe Forlag Oslo 2000 Anne Marie Reitan: Krise og mestring.
7. Havik OE. En modell for psykiske reaksjoner ved somatisk sykdom. Hvordan kan vi best forstå og ivareta pasientens psykologiske behov? Nordisk Psykologi 1989; 41 (3): 161-176.
8. Curtis JR, Patrick DL, Shannon SE, Treece PD, Engelberg RA, Rubenfeld GD. The family conference as a focus to improve communication about end-of-life care in the intensive care unit: Opportunities for improvement. Crit Care Med 2001; 29, (2).
9. Raymond Scarpa, MA, CNS, AOCN: Advanced Practice Nursing in Head and Neck Cancer: Implementation of Five Roles. Oncology Nursing Forum 2004;31, (3).
10. Hoel LL, Haugland K, Eie I. Skriftlig referat fra informasjonssamtale med lege og sykepleier, gitt foreldre som har barn med nyopplaget kreft. Vård i Norden 2001; 21(59): 45-48.
11. Selmer ÅW. Pasientinformasjon-undervisning. En utfordring for sykepleiere. Vård i Norden 1997;17(1): 11-17.
12. Wilkinson S. Factors which influence how nurses communicate with cancer patients. Journal of Advanced Nursing 1991; 16: 677-688.
13. Wilkinson S. Schering Plough Clinical Lecture. Communication: It makes a difference. Cancer Nursing 1998; 22(1): 17-20.
14. Dalland O. Pedagogiske utfordringer for helse- og sosialarbeidere. Oslo: Universitetsforlaget, 1999.
15. Faulkner A Magurire P. Å samtale med kreftpasienter og deres familie. Oslo: Tano Aschehoug, 1998.
16. Hjortedal P, m. fl. Internet og legepasientforholdet fra «takk» til «hvorfor?» Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119(29): 4339-4341.

Høring om ernæring



Foto: Colourbox

Underernæring blant pasienter skal reduseres. Som et tiltak lager Helsedirektoratet nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring. Et utkast til retningslinjer er sendt ut på høring, og frist for å komme med synspunkter er 1. november.

Kilde: Helsedirektoratet

B-vitamin uten effekt for hjertesyke

3 090 vestlandske hjertepasienter har i flere år enten fått tilskudd med B-vitamin eller placebo. De har deltatt i en studie som skulle undersøke mulige positive effekter av B-vitaminer. I tidligere befolkningsundersøkelser er det sett en sammenheng mellom lave verdier av B-vitamin i blod og forekomst av og risiko for hjertesykdom. Men studien, som er utført av en forskergruppe fra Haukeland universitetssykehus og Stavanger universitetssykehus viser ingen sikker gunstig eller ugunstig effekt av B-vitaminene når det gjelder dødelighet eller sykdomsutvikling.

Kilde: Helse Bergen



Foto: Colourbox

Luftveissymptomer er alvorlig

Symptomer fra luftveiene er en risikofaktor for tidlig død. Det viser doktorgradsarbeidet til overlege Anne Frostad ved Aker universitetssykehus. Symptomer som hoste, piping i pusten og tungpustethet ved gange i motbakke, på flatmark eller i ro, er en av de vanligste grunnene til å oppsøke lege i dag. Ifølge studien Frostad har gjort, gir alle slike symptomer en risiko for tidlig død. Sterkest sammenheng viste hun for dem som hadde oppgitt alvorlig tungpustethet, men også problemer med hoste utgjorde en risiko. Slike symptomer kan være tegn på betennelse i lunger og luftveier og kan opptre før andre tegn på sykdom. Studien er en befolkningsstudie med 20 000 kvinner og menn fra Oslo utgjorde datagrunnlaget.

Kilde: Universitetet i Bergen

Øreverk gir overvekt?

Fem ulike studier tyder på en sammenheng mellom infeksjoner i ørene som barn og overvekt som voksen. Årsaken kan være skader på nerven chorda tympani, som går gjennom mellomøret, og som er knyttet til smak. En teori er at infeksjoner i mellomøret kan gi skader på denne nerven, og gi økt appetitt på mat med høyt innhold av energi og fett. Både en forsker bak en av studiene og flere fagfolk uttrykker skepsis til funnene.

Kilde: forskning.no

Datakortet – bevis på hva du kan!

Dokumenter datakunnskapene dine med Datakortet. Det gjør deg mer ettertraktet for arbeidsgivere og du får selv oppfrisket dine datakunnskaper.



Hvordan får du Datakortet?

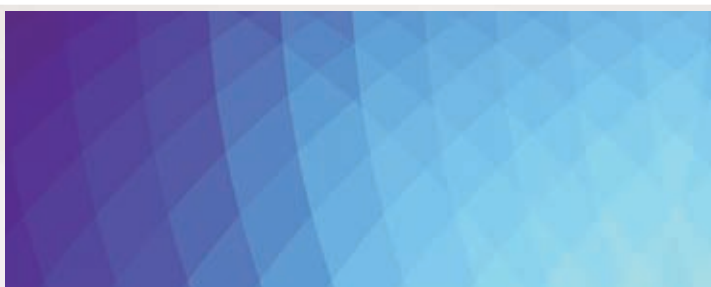
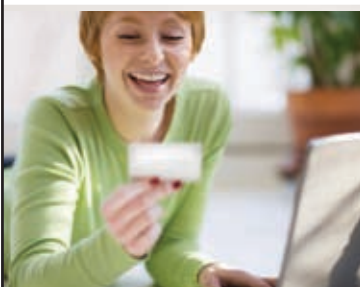
1. Kontakt ditt nærmeste Testcenter
2. Avtal tid og ta testene
3. Få kompetansebevis og kort

Testsentrene tilbyr også kurs for dem som ønsker det. Og det finnes opplæringsmaterieill for selvstudium.

Datakortet består av 7 moduler:

- Grunnleggende IT-forståelse
- Bruk av datamaskin og operativsystem
- Tekstbehandling
- Regneark
- Database
- Presentasjon
- Internett og e-post

Datakortet/European Computer Driving Licence (ECDL) er verdens mest utbredte, leverandøruavhengige sertifisering av grunnleggende IT-kompetanse. I Norge finnes det rundt 300 testcentre som tilbyr testing og kurs. **Se www.datakortet.no**



Bevis på hva du kan!

Marie Aakre om verdighet

Leder, Rådet for sykepleieetikk, skriver hver måned i Sykepleien

Alder: 60 år

Fra: Trondheim

Utdannet sykepleierleder, -lærer og -veileder



De mange krenkelsers

I møtet med helsepersonell opplever mange pasienter seg krenket.

Det ringer på og hun åpner døra ikledd bare morgenkåpen. Hun hadde ventet på hjemmesykepleien for å få assistanse til dusjing. Utenfor står en ung mann av utenlandsk opprinnelse som hun aldri har møtt før. Han snakker dårlig norsk, men bekrefter at han kommer fra hjemmesykepleien. Hun kjenner hun blir utrygg og beklemt, men synes ikke at hun har noe valg. Hun støtter seg på rullatoren og går hinkende inn på badet. Foran en ukjent ung mann kler hun av seg bleier, brystprotese og nattkjole og ber han skru på dusjen. Hun kommer seg inn i kabinettet og ber om vask på rygg og nedentil, da hun har plager med urinlekkasje og diaré. Han virker svært ubekvem, og etter en kort «kattevask» springer han på dør.

Denne fortellingen fikk jeg fra en pårørende. Mitt spørsmål er: Var dette en krenkelse?

Møtet

Etikken springer ut av det grunnleggende i møter mellom mennesker. Det er naturlig å oppleve andre menneskers sykdomssituasjon som et krav om hjelp og ivaretagelse. Det er naturlig å bli berørt når viktige verdier står på spill, og det er naturlig å forsøke å forstå andre menneskers situasjonsopplevelse som syke eller hjelpetrengende.

Trond Berg Eriksen skriver at «på et visst nivå som går forut for språket og begrunnelsene finnes det åpenbart en sympati». Det gir mening å gjøre andres liv meningsfullt.

Skjer stadig

Møtet mellom sykepleieren og pasienten skal skjerme både verdigheten og den skjøre

sårbarheten. Men stadig dukker små og store fortellinger om krenkelsers opp i etikkarbeidet. De bekrefter at ukloke valg og respektløs atferd stadig skjer. Det ser jeg også blant henvendelsene vi får til Rådet for sykepleieetikk. Her er flere eksempler:

Er det etisk å vekke to pasienter klokken 05 om morgenen for å gi morgenstell? Bemanningen hos oss tilsier at dagvaktene ikke rekker å stelle.

Er det etisk holdbart å sette sprøyter gjen-

Hvis hele kulturer venner seg til å gå på akkord med verdighetskravene kan det bidra til å sette krenkelsers i system.

nom klærne på pasientene slik at det går fortere?

Er det uverdigs å mate tre personer samtidig? Jeg gruer meg til å ringe på for å få bekkens. Nattevaktens er så aggressiv.

Jeg merker så godt når de steller meg at de ikke bryr seg. Jeg føler meg som en ting, ikke som et menneske.

Det er ikke heis til min fastleges kontor, og jeg er ikke sterk nok lenger til å komme meg opp trappa.

Uten beklagelse eller gode begrunnelsers ble jeg strøket fra operasjonsprogrammet tre ganger, samme dag som jeg skulle ha stor hjerteoperasjon.

Til refleksjon

I vårt verdihefte «Å komme hverandre i møte»

ved St. Olavs Hospital står følgende refleksjonstekst:

Du krenker meg ikke. Du er helsearbeideren. Du har lært noe om folkeskikk. Du har evne til å respektere og forstår hvordan du skal unngå å krenke andre. Du valser ikke over meg med din faglighet, din profesjonalitet og din mangel på tid. Du ser menneskeverdet hos det for tidlig fødte barnet. Stoltheten hos det større barnet, ukrenkeligheten hos den funksjonshemmede, og både sårbarheten og selvstendigheten hos den voksne er synlige for deg. Du ser den eldres og den døendes verdighet.

Verdighet

Det er grunn til bekymring hvis verdighet forbindes mer med døden enn med livet.

Verdighet (dignity) har mye med hvordan man blir sett på. Verdighet i møtet har betydning for både indirekte og direkte behandlingseffekt. Sykepleiere har et terapeutisk mandat. Ordet terapi betyr blant annet «å legge nøye merke til», og det handler mer om relasjonen enn intervensjonen. Kommunikativ etikk er terapi. Behandlerkulturer ser ut til å være lite flinke til å gi livet og enkeltmennesker plass, og skaper trange rammer for det respektfulle møtet.

Eric Casell, professor i helsevitenskap, bruker begrepet «Dignity Therapy» knyttet til bruk av livsfortellinger. God brukermidvirkning og bevisste omsorgskulturer skaper rom for de grunnleggende livsvilkår som altfor ofte kommer i skyggen. Vi vet det er stor forskjell på instruerende og inviterende tilnærming. Det viktigste er invitasjonen til å få komme med sin fortelling.

Individuell lidelse

Det er grunn til bekymring hvis verdighet forbindes mer med døden enn med livet.

Lydhørhet er et sentralt ord i verdighetsarbeid. Hvordan kan vi fremme medfølelsen for det mest elementære? Enhvers lidelse er først og fremst individuelt utformet og unik, enten den synes å passe inn i en anerkjent diagnostisk kategori eller ikke. Det er ikke mulig for en sykepleier å se det den andre ser eller fullt ut forstå den andres forståelse.

Sykepleietjenester skal både basere seg på brukerens forståelse, valg og ansvar, og kravene til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp. Brukerne er trengende – de er hjelpetrengende. Når vi standardiserer tjenester og individualiserer ansvar kan de mest sårbare rammes.

Sett språk på dilemmaene!

Å møte etiske dilemma hører med til profesjonelt arbeid. I slike situasjoner blir den enkeltes dømmekraft avgjørende. Når våre faglige verdier, ikke er mulig å ivareta, velger vi det minste av flere onder.

Grunnlaget for all sykepleie skal fortsatt være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Det går an å bli blind i tause kulturer. Jeg er redd stadige krenkelser kan ha blitt en akseptert del av omsorgskulturer flere steder, og at de etiske dilemma sjelden blir formulert. Hvis hverdagskulturen venter seg til å gå på akkord med verdighetskravene, kan det bidra til å sette krenkelser i system.

Travelhet som grusomhet

Jeg tenker ofte på hvorfor mange eldre ikke vil på sykehjem. Det er jo så godt å bli ivaretatt og så mye som er flott der. Hva skyldes det stadige negative omdømmet, og hva skal til for å snu det? Er det de stadige små og store krenkelser som vedlikeholder et dårlig rykte? Travelhet kan bli grusomhet, og vi må erkjenne at det



Sykepleierens møte med pasienten skal skjerme verdigheten og sårbarheten. Illustrasjonsfoto: Scanpix

finnes ondskap i trange pleiekulturer. Vi vet at moralsk praksis fremmer arbeids glede, og at det er helsefarlig både for pasienter og ansatte å gå på akkord med respektfull praksis.

Makt i en rolle

Refleksjonen i praksis skal hjelpe oss til å være oppmerksomme. Oppmerksomme på alt som kan hemme oss i å se om vi gir plass til det grunnleggende menneskelige og helhetlige. Vi trenger en stadig bevissthet om makten i våre roller fordi likeverdstanden er truet i all praksis. Der makt og avmakt møtes er årvåkenheten helt avgjørende. Både posisjonsmakten, den faglige og språklige makten og ikke minst godhetsmakten kan såre, krenke og gi sterk opplevelse av avmakt.

Den reflekterende praktiker kan bare fungere i de rette handlingsrom. I den nasjonale etikk-satsingen i norske kommuner er refleksjonsrommene det mest sentrale. Se på hjemmesiden til KS, www.ks.no/etikk, og les mer om temaet «etikk i helse og omsorg». Det er store behov for å utvikle etikkkompetanse og dømmekraft i praksis.



Månedens dilemma

Til refleksjon med kolleger oppmuntrer jeg igjen til å stoppe opp ved følgende spørsmål om menneskeverdet:
Hvilket menneskesyn preger vår hverdagskultur?
Hvordan skjermer vi den enkeltes verdighet her hos oss?
Hvis det skjer krenkelser i vår enhet, hva må vi snakke om da?
Hva opplever vi som respektløst?
Hva skal til for å styrke verdighetsarbeidet hos oss?

Send din mening på epost interaktivt@sykepleien.no, eller skriv til Sykepleien, boks 456 Sentrum, 0104 Oslo. Du kan også lese inn din reaksjon på telefon 22 04 33 65. Reaksjoner fra leserne trykkes i neste nummer.



C1

Gardasil® «Sanofi Pasteur MSD»

Vaksine mot humant papillomavirus. ATC-nr.: J07B M01

INJEKSJONSØSKJE, SUSPENSJON: Hver dose inneh.: Humant papillomavirus (HPV) type 6 L1-protein ca. 20 µg, type 11 L1-protein ca. 40 µg, type 16 L1-protein ca. 40 µg, type 18 L1-protein ca. 20 µg, natriumklorid, L-histidin, polysorbat 80, natriumborarat, aluminium (som amorf aluminiumhydroksyfosfat sulfatadjuvans) 225 µg, vann til injeksjonsvæsker.

INDIKASJONER: Vaksine som skal forhindre høygradig cervical intraepitelial neoplasji, (CIN 2/3), cervixcancer, høygradig vulvudysplastiske lesjoner (VIN 2/3) og kjønnsvorter (condyloma acuminata) som har årsakssammenheng med humant papillomavirus (HPV) av typene 6, 11, 16 og 18. Indikasjonen er basert på effekt hos voksne kvinner fra 16 til 26 år og påvist immunogenisitet hos 9 til 15 år gamle barn og ungdom. Beskyttelseseffekt er ikke undersøkt hos menn. Bruken av Gardasil skal følge offentlige anbefalinger.

DOSERING: Primær vaksinasjon: 3 separate doser på 0,5 ml gis ved måned 0, 2 og 6. Ved en alternativt vaksinasjonsplan gis den 2. dosen minst 1 måned etter den 1. dosen, og 3. dose gis minst 3 måneder etter 2. dose. Alle 3 dosene må gis innenfor en periode på ett år. Behovet for boosterdose er ikke klarlagt. **Barn:** Ikke anbefalt hos barn <9 år pga. utilstrekkelige data vedrørende immunogenisitet, sikkerhet og effekt. Gis intramuskulært, fortrinnsvis i overarmens deltoidmuskel eller i det øvre anterolaterale området på låret. Må ikke injiseres intravaskulært. Subkutan og intradermal administrering er ikke undersøkt, og anbefales derfor ikke.

KONTRAIKASJONER: Overfølsomhet for innholdsstoffene. Ved symptomer som tyder på overfølsomhet, må det ikke gis flere doser. Vaksinasjon utsettes hos personer som lider av akutt, alvorlig febersykdom. Mindre infeksjon, som en lett øvre luftveisinfeksjon eller lett feber, er ikke kontraindikasjon for vaksinasjon.

FORSIKTIGHETSREGLER: Hensiktsmessig medisinsk behandling må alltid være tilgjengelig i tilfelle sjeldne anafylaktiske reaksjoner. Det er usikkert om alle som får vaksinen beskyttes. Vaksinen beskytter bare mot sykdommer som forårsakes av HPV-typer 6, 11, 16 og 18. Anbefalte forsiktighetsregler for beskyttelse mot seksuelt overførbare sykdommer må følges. Beskytter ikke mot eksisterende HPV-infeksjoner. Har ikke terapeutisk effekt og er derfor ikke indisert som behandling for cervixcancer, høygradige cervix-, vulva- og vaginaldysplasi eller kjønnsvorter, eller for å hindre utviklingen av andre etablerte HPV-relaterte lesjoner. Vaksinasjon er ikke erstatning for regelmessig cervixscreeningundersøkelse, og regelmessig screening iht. lokale anbefalinger er fortsatt viktig. Det foreligger ikke data om bruk hos personer med svekket immunrespons. Personer med svekket immunrespons, uavhengig av årsak, kan ha redusert respons på vaksinen. Må gis med forsiktighet ved trombozytopeni eller annen koagulasjonssykdom, fordi det etter en i.m. injeksjon kan oppstå blødning. Varighet av beskyttelsen er ikke kjent. Vedvarende beskyttelseseffekt har vært påvist i 4-5 år etter fullført primær vaksinasjon på 3 doser.

INTERAKSJONER: Kan gis sammen med hepatitt B-vaksine på et annet injeksjonssted, på samme tidspunkt. Andel personer som oppnådde et beskyttende nivå av anti-HB >10 mIU/ml ble ikke påvirket, men anti-HBs geometrisk middelverdi var lavere når vaksinen ble gitt samtidig. Den kliniske betydningen av dette er ukjent. Samtidig bruk med andre vaksiner har ikke vært undersøkt. Bruk av hormonelle prevensjonsmidler synes ikke å påvirke immunresponsen på Gardasil.

GRAVIDITET/AMMING: Overgang i placenta: Begrensede data indikerer ingen sikkerhetsrisiko, men bruk under graviditet anbefales ikke. **Overgang i morsmelk:** Kan gis til ammende.

BIVIRKNINGER: Hyppige (>1/100): Feber. Reaksjoner på injeksjonsstedet: Erytem, smerte, hevelse, hemoragi, pruritus. **Sjeldne (<1/1000):** Hud: Urticaria. Luftveier: Bronkospasme. Muskelskjelettsystemet: Uspesifikk artritt.

OVERDOSERING/FORGIFNING: Symptomer: Ved for høy dosering synes bivirkningsprofilen å være sammenlignbar med det som er observert ved enkelt-doser.

EGENSKAPER: Klassifisering: Rekombinant, adsorbent, ikke-innefølsom vaksine laget av høyrensende viruslignende partikler (VLP) fra hoved L1-kapsidproteinet hos HVP-type 6, 11, 16 og 18. Produsert i gjærceller vha. rekombinant DNA-teknologi. VLP inneholder ingen virus-DNA og kan ikke infisere celler, reproducere eller forårsake sykdom. **Virkningsmekanisme:** HPV infiserer bare mennesker, men forsøk på dyr med analoge papillomavirus antyder at L1 VLP-vaksiner beskytter ved utvikling av en humoral immunrespons. Terapeutisk serumkonsentrasjon: Minimum beskyttende antistofnivå er ikke identifisert. Innen 1 måned etter 3. dose hadde 99,9% antistofftiter mot HPV 6, 99,8% mot HPV 11 og HPV 16, og 99,6% mot HPV 18. Eksakt varighet av immunitet etter primær vaksinasjon med 3 doser er ikke fastslått. Bevis på immunologisk hukommelse ble sett hos vaksinerte personer som var antistoffpositive for relevant humant papillomavirus (type 6, 11, 16 og 18) ved vaksinasjonen. I tillegg viste en undergruppe av vaksinerte personer som fikk en tilleggsdose 5 år etter vaksinasjon, en hurtig og sterk antistoffrespons (tegn på immunologisk hukommelse) som var større enn anti-HPV geometrisk middelverdi etter 1 måned etter den 3. dosen i primær vaksinasjonen. Basert på klinisk immunogenisitetssammenligning kan en anta at vaksinen også har beskyttelseseffekt hos jenter fra 9-15 år. Immunogenisitet og sikkerhet er vist hos gutter 9-15 år. Beskyttelseseffekt er ikke evaluert hos menn.

OPPBEVARING OG HOLDBARHET: Oppbevares i kjøleskap (2-8°C). Må ikke fryses. Beskyttes mot lys.

ANDRE OPPLYSNINGER: Hele den anbefalte vaksinedosen må benyttes. Ristes godt før bruk. Etter risting er innholdet en litt uklar, hvit suspensjon. Innholdet i sprøyten inspiseres visuelt for partikler og misfarging før injeksjon. Kast legemidlet dersom det inneholder partikler eller er misfarget. Bruk én av de vedlagte kanylene til vaksinasjonen. Sikkerhetsmekanismen vil ikke aktiveres med mindre hele dosen er gitt! Sikkerhetsmekanismen er ment å dekke kanylen etter at vaksinator har injisert vaksinen og sluppet stempel. Må ikke blandes med andre legemidler. Destruksjon: Ikke anvendt legemiddel eller avfall bør destrueres i overensstemmelse med gjeldende bestemmelser.

PAKNING OG PRISER: Endosesprøyte med sikkerhetsmekanisme og to kanyler: 0,5 ml kr 1181,10

Sist endret: 16.08.2007

HPV 16 og 18 er ansvarlig for omtrent 70% av tilfellene av høygradig cervical intraepitelial neoplasji (CIN 2/3) og adenocarcinoma in situ (AIS) av høygradig vulvudysplasi (VIN 2/3) hos unge kvinner for menopause.



Dilemmasvar

Hold samvittigheten utenfor

«Med rett til å si nei?» er tittelen på forrige nummers dilemma.

Jeg synes at sykepleiere (og annet godkjent helsepersonell) skal utføre den jobben de har påtatt seg som sykepleiere innenfor landets lover og regler.

Jeg synes at sykepleiere ikke skal ha reservasjonsrett til det ene og/eller det andre. For å si det litt mer spissformulert kan sykepleiere holde sin samvittighet, sin tro, sin avmakt for seg selv. Når de plages med samvittighetskvaler må de kontakte noen andre for å snakke om det, men det går ikke an å ha en reservasjonsrett. Sykepleiere skal bistå mennesker som henvender seg til helsevesenet på en nøytral måte uten å ta hensyn til farge, religion, kjønn, og så videre. Her kan det føyes til: Uten å ta hensyn til sykepleierens egen samvittighet.

Tror sykepleiere at Florence Nightingale eller Cathinka Guldberg aldri har lurt på hva de holdt

på med? Men de hjalp sårede, syke uten å ta hensyn hvilken bakgrunn de hadde.

Jeg synes det er helt bak mål å ha en reservasjonsrett, og jeg synes også at Sykepleierforbundet må komme mer på banen for å fjerne slike rettigheter. Jeg synes det er et etisk dilemma at slike rettigheter er oppkonstruert i dette rike vestlig landet som tar hensyn til sykepleierens samvittighet, men ikke til pasientens rettigheter som de har etter loven. For hvis en sykepleier ikke kan jobbe et eller annet sted på grunn av sin samvittighet, ja, da er jeg enig med dem som sier at man må skifte jobb, slik de ble sitert i artikkelen.

Tross alt kan norske borgere hvert fjerde år velge nye politikere som kan endre lover og regler.

Hugo de Ridder, 280808



Nei til mobil

Mobil har ingen ting med jobb å gjøre, aller minst i en operasjonsstue, det provoserer kraftig at dette tillates av foresatte.

Med beste hilsen Are Jon Rotlid



Gjesteskribent Gøhril Gabrielsen

Yrke: Sykepleier

E-post: gohril@studiom7.no



Tenner og død til besvær

– Mor dør! Hun dør!

Han sitter lut på stolen, bøyd over et bord med en tallerken foran seg.

Innimellom store, slurpende skjeer med suppe kaster han raske blikk mot sengen i hjørnet hvor en avmagret, døende kvinne ligger; hans kone gjennom snart seksti år.

– Mor dør! roper han igjen, kontant og sorgløst, om ikke annet er det en realistisk beskrivelse av det som er i ferd med å skje. Han graver seg iherdig ned i suppen, den er tydeligvis svært god eller så er han veldig sulten. Den får i alle fall mer oppmerksomhet enn kona som nå er i ferd med å avslutte sitt jordiske liv.

Min kontaktsykepleier har en stresset dag. Vi har så vidt kommet i gang med dagvakt, det trekkes i henne fra flere kanter, og i tillegg har hun meg på slep inn og ut av skylle-, medisins- og vaktrommet. Hun prøver så godt hun kan å forklare og diktere, og jeg prøver så godt jeg kan å forstå og gjøre tingene rett. Hun har akkurat plassert ektemannen til den døende kvinnen i en stol ved vinduet, suppen blir servert på god avstand fra hans hustru som vi nå tar pulsen på.

Etter noen minutter sovner hun inn, hustruen, moren, den gamle kvinnen. Først ved slutten av vakt får vi tid til å stille liket av henne. Vi er presset på tid, men jeg hjelper til så godt jeg kan med den siste vask, oppbinding og tamponering. Ved en tilfeldighet oppdager min kontaktsykepleier kvinnens tenner i en nattbordskuff. Hun tar gebisset opp, stirrer med en tenksom mine på likets innfalne munn og ferdig oppbundne ansikt.

– La de pårørende få tennene. Både mannen, sønnen og datteren er her, sier hun og

nikker mot et rom rett over gangen.

Hun legger gebisset i hendene mine med en bestemt bevegelse. Jeg stirrer forbauset på fortenner, hjørnetenner og undertenner, gulnet og slitte etter mange års trofast tjeneste i kvinnens munn.

– Ja vel? sier jeg prøvende til hennes forslag. Men full av respekt som jeg er for sykepleierens autoritet og den uvante situasjonen, gjør jeg selvfølgelig det jeg blir bedt om.

Bank, bank.

– Ja? De pårørende stirrer på meg, oppløst i tårer og med et spørrende blikk.

– Jeg kommer bare med gebisset til moren deres, sier jeg medfølelse.

– Gebisset? Hva skal vel vi med gebisset? spør datteren bryskt.

Uforstanden i helsesektoren går stadig bedre tider i møte

Jeg kaster et raskt blikk på de gjenglemte tennene som smiler bredt mot familien fra et stykke papir i hendene mine.

Jeg forstår poenget hennes. Ja, egentlig forstod jeg det allerede da jeg fikk dem overbrakt. Hva skal vel de pårørende med morens gamle tenner? Men likevel, kanskje oppgitt og forvirret av stress og den forunderlige situasjonen med suppe og død og oppbinding, går jeg bort til posen med den avdødes klær og plasserer gebisset på toppen av en kåpe.

– Jeg legger det her, sier jeg så høflig jeg kan,

kanskje neier jeg også. Og så forlater jeg rommet diskret og på sømmelig vis.

Jeg har for lengst avsluttet min sykepleierkarriere, og mye av mitt tidligere arbeid er blitt ganske fjernt. Men noen situasjoner har brent seg fast, deriblant denne, som nærmest er et lattervekkende eksempel på uforstand. Og jo oftere jeg tenker på den, jo eldre jeg blir, desto mer skeptisk blir jeg til selv å måtte dø på et sykehus. Ganske enkelt fordi uforstanden i helsesektoren går stadig bedre tider i møte. En ting er alle nedskjæringer og innstramminger og alle andre slags beskjæringer som rammer kvaliteten på omsorg generelt. Men min største engstelse, når endeliktet omsider nærmer seg, vil være hvem, eller retttere sagt **om** det vil være noen som registrerer at jeg er døende, eller enda mer skremmende; at jeg er død. Som én blant hundretusenvis i den fryktede eldrebølgen, samt det faktum at stadig færre vil utdanne seg til sykepleiere, går jeg ikke akkurat døden lyst i møte.

I tillegg vil jeg, som en skjebnens ironi, eller som en slags straff for uforstanden jeg utviste den gangen, komme til å trekke mitt siste pust midt i middagsrushet, på en overbefolket korridor med gamle og senile, attpåtil i en seng som jeg av plassmangel må dele med en annen gammel og skrøpelig kropp. Og som et siste spark til min uomtenksomhet, vil trolig min sengekamerat snappe gebisset mitt ut akkurat i det jeg utånder, og deretter ta til å slurpe i seg den etterlengtede suppen. Slurp, slurp. Jo, det blir stadig hardere tider. Men - who cares? Ikke de unge, ikke politikerne og aller minst jeg. Som død, vel å merke.

SYKEPLEIENS ØVRIGE GJESTESKRIBENTER I 2008:



Trude Aarnes
Jordmor og privatpraktiserende sexolog.



Jon Hustad
Journalist i Dag og Tid



Anders Folkestad
Leder i Unio



Martine Aurdal
Journalist i Dagbladet



Konstituert ansvarlig redaktør
Bjørn Arild Østby
tlf. 22 04 33 59
bjorn.arild.ostby@sykepleien.no

MAGASINET



Journalist/gruppeleder
Marit Fonn
tlf. 22 04 33 68
marit.fonn@sykepleien.no



Journalist
Nina Hernæs
tlf. 22 04 33 67
nina.hernes@sykepleien.no



Journalist
Eivor Hofstad
tlf. 22 04 33 71
eivor.hofstad@sykepleien.no



Journalist
Susanne Dietrichson
tlf. 22 04 33 53
susanne.dietrichson@sykepleien.no



Fagredaktør
Torhild Apall Dybvik
tlf. 22 04 33 76
torhild.apall@sykepleien.no

JOB



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



Journalist
Kari Anne Dolonen
tlf. 22 04 33 69
kari.anne.dolonen@sykepleien.no

JOB



Journalist/webredaktør
Lily Kalvo
tlf. 22 04 33 66
lily.kalvo@sykepleien.no

DESK/LAYOUT



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



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



Grafisk formgiver
Hilde Rebaard Evensen
tlf. 22 04 33 57
hilde.rebaard.evensen@sykepleien.no



Grafisk formgiver
Sissel Vetter
tlf. 22 04 33 58
sissel.vetter@sykepleien.no

ANNONSER



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



Markedskonsulent, produkt
Lise Dyrkoren
tlf. 22 04 33 72
lise.dyrkoren@sykepleien.no



Markedskonsulent, stilling
Finn Simonsen
tlf. 22 04 33 52
finn.simonsen@sykepleien.no

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

«Finn tre feil!» Til redaktøren.

Jeg takker for et interessant blad som jeg alltid tar tid til å lese.

Jeg har jo vært sykepleier en stund, men er ikke helt gammel årgang ennå. Likevel synes jeg alltid at det er kjekt med de historiske tilbakeglimtene som jevnlig presenteres. I det siste nr. av Sykepleien Magasin (11) har dere et flott bilde av tre staute sykepleiere (s 79). Artikkelen har tittelen «Festkleddede diakonisser» og under bildet står det «Tre diakonisser på Landsutstillingen i Bergen år 1928». Jeg vil tro at tittelen heller skulle være «Festkleddede sanitetssøstre». Hvis ikke er dette et bilde av tre diakonisser forkledd som sanitetssøstre. Bildet viser tydelig sanitetssykepleierens «logo» som er Trekløveret. Dette er den dag i dag Norske kvinners sanitetsforenings logo, så vidt meg bekjent. Så her har nok ikke kildegranskningen vært grundig nok. Teksten under bildet korresponderer derfor heller ikke så godt med bildet. Det som ellers står om diakonissene i teksten lyder kjent, men jeg vil likevel poengtere at Diakonissehuset i Oslo, som riktignok ble stiftet i 1868, ikke kan gå under betegnelsen Diakonissehjemmet i Oslo. Det hadde navnet Diakonisseanstalten i Kristiania, med det senere navnet Diakonissehuset (i Oslo). (Kilde: Martinsen, K. (1984) Freidige og uforsagte diakonisser. Et omsorgsyrke vokser frem 1860-1905. Oslo: Aschehoug/Tanum-Norli). Jeg synes også at det er viktig å vise til historiske kilder når historien omtales. Disse mangler her.

Dette til orientering. Kanskje en korrigering vil være på sin plass?

Kristin Kavli Adriansen, medl. 303578

Sanitetssøstre!

I Sykepleien nr. 11/08 brakte vi bildet av tre stramme sykepleiere i den historiske spalten «Før». Diako-



Faksimile fra Sykepleien nr. 11/2008

nisser, trodde vi, staselig oppstilt i anledning landsutstillingen i Bergen i 1928. Bildet hadde vi lånt fra Billedsamlingen ved Universitetet i Bergen. Flere av våre lesere har i ettertid ringt oss og indignert forklart at dette så visst ikke er diakonisser, men sanitetssøstre. At vi ikke så trekløveret på ermet og hodeplagene! Vi burde nok ha stusset ved dette, men har heller tankeløst viderefremmet informasjonen som fulgte bildet. Nå har både Sykepleien og Billedsamlingen i Bergen lært, sistnevnte har rettet informasjonen i sitt arkiv.

Redaksjonen

Rettelse om MRSA

I Sykepleien nr. 1, side 17, kom vi i skade for å gi et inntrykk av at det ikke er meldeplikt for MRSA i Norge. Det er det i høyeste grad, gjennom MSIS (meldingssystem for smittsomme sykdommer) ved Folkehelseinstituttet. Det er meldeplikt både for infeksjoner og bærerskap. Også Danmark har meldeplikt for MRSA.

Redaksjonen

Mer om Aud

Leste med interesse intervjuet med Aud Blankholm, som blant annet bidro til ettertanke. Så mye har forandret seg – på alle måter – fra Helga Dagsland («Vi må se opp og frem») til i dag. Imidlertid var artikkelen noe feilaktig



med hensyn til første streik. I 1969 var jeg elevrådsleder (dette het sikkert formann da – jeg husker ikke) på Statens sykepleieskole, og vi var eneste skole i landet uten pliktår. Dette likte ikke sykehusene – og vi reagerte mot varslet pliktår med en 3-dagers streik!

Utrolig med reaksjoner! For det første var det en nasjonal støtte – både praktisk og verbalt. Videre ble det stor departemental oppstandelse – og forstanderinnen Augusta Sewerin på Rikshospitalet var så rasende det gikk an å være i full uniform. Uten strålende støtte fra daværende rektor Aud Brumoen, er det ikke sikkert vi hadde klart å gjennomføre denne streiken slik vi gjorde. Hun var en støttepilar av rang – og samtalene vi hadde på hennes kontor, var å vise meg stor tillit. OG: Enden på visa var avvikling av pliktåret over hele landet!

Et år – eller to – etter var den første streiken blant sykepleiere – under Anne Lise Bergenheims ledelse. Det er lenge siden – i år. Men kort tid siden i mitt minne.

Vennlig hilsen Liv Jerven

Ja, det stemmer at sykepleierne streiket før Aud Blankholms tid. Det Blankholm var først ute med, var å lede sykepleierne i streik i regi av Norsk Sykepleierforbund. Den såkalte Sykepleieraksjonen -72 ble ganske riktig ledet av Anne Lise Bergenheim. Aksjonen ble ikke offisielt støttet av Sykepleierforbundet.

Redaksjonen

Neste nummer

Kollega som tyv

Hva gjør du om du mistenker at en kollega stjeler fra medisinskappet? I neste nummer av Sykepleien får du tipsene fra sykehuslederen, kollegaen – og tyven selv.

Kjære NSF

... eller en annen fagforening som faktisk bryr seg:

Hva er det som skjer? Hvor er kampviljen? Begynner rett og slett å bli ganske oppgitt. Jeg og mange av mine kollegaer har sett oss lei på at forbundet vårt viser liten kampvilje for økt lønn og hele stillinger. Flere kollegaer har meldt seg ut, noe som jeg er imot. Mens andre inkluderer meg selv er på leting etter et annet forbund, som faktisk taler sykepleiernes sak. Leste ved starten av årets lønnsforhandlinger at NSF skulle kreve 25-45 000 kroner økning i minstelønn. Jeg fikk 20 000 (hadde jeg hatt full stilling). Med økte renteutgifter siste år på snart 15 000 og overgang fra student til ordinært medlemskap i NSF, sitter jeg igjen med under 2400 kr i lønnsposen. Tør jeg spørre hva dette med at en stor del av lønnsforhandlingene skulle forhandles lokalt på hvert enkelt helseforetak var? Trudde hele poenget med en fagforening var å stå samlet? Syns dette stinker av ansvarsfraskrivelse fra dere i NSF sentralt! Videre lurer jeg på hvor NSF og den lokale representanten er hver gang det utlyses en ny 75 prosent

stilling? (Kan ikke huske sist jeg så en full stilling utlyst i mitt helseforetak) Til tross for at et av årets krav i lønnsforhandlingene var at det kun unntaksvis skulle ansettes i reduserte stillinger. Det kravet med størst økonomisk betydning for sykepleiere flest. Jeg er lei av å ta ekstravakter på kort varsel, ugunstige overganger på grunn av disse og i verste fall jobbe fire nattevaktshelger på rad, for så å oppleve «ekstravakttørke» i 2 måneder. Lei av å ikke vite hva jeg har i lønnsposen neste måned! Lei av å ikke kunne ha fri uten å bekymre meg over neste måneds regninger. Lei av å ikke kunne ta tre uker sammenhengende ferie fordi jeg da mister muligheten til å jobbe ekstra og må leve på 75 prosent lønn påfølgende måned. Jeg lurer på hvor lenge jeg egentlig orker dette kjøret? Da jeg valgte sykepleieryrket visste jeg ikke at jeg samtidig sa fra meg muligheten til å stifte eller tilbinge helger med familien. Vi som har valgt denne utdannelsen har lagt ned betydelig innsats og penger og fortjener en forutsigbar arbeidssituasjon. Her skal dere få et krav til neste års lønnsforhandlinger: Hvis det ikke legges til rette for fulle stillinger til de som ønsker det, så skal vi streike ut av milde helvete! Andre fagforeninger

hadde gjort det. Kanskje vi bør satt oss i respekt, slik at arbeidsgiver med skrekk husker streiken anno 2009! Alle husker vel «flygelederstreiken»? Om ikke annet bare for å skape blest rundt en uholdbar situasjon for mange unge. Har ringt rundt til venner og bekjente i flere helseforetak som bekrefter at situasjonen langt fra er unik hos meg.

Hilsen en av mange som syns det er på høy tid å sette hardt mot hardt!

- Ikke oppnådd noen ting!

I Sykepleien nummer 11 «Lønnsoppgjøret for helseforetakene er ferdig» ser vi et strålende bilde av Anne-Kari Bratten i Spekter og NSF-leder Lisbeth Normann. I artikkelen fremstilles det som om sykepleierne i helseforetakene har fått et flott lønnsoppgjør, mens sykepleierne i Spekter i realiteten kun fikk gjennomslag for helligdags tillegg etter klokken 12.00 dagen før skjærtorsdag. Punktum. Ved hjelp av formuleringer som «ut over lønnstilleggene har medlemmene blant annet fått bedre ulempe tillegg», og «rammen for oppgjøret ligger om lag på nivå med offentlig sektor for øvrig», skapes det et bilde av at vi har fått noe vi slett ikke har fått.



Opplever hele artikkelen som en støtteerklæring til forbundsleder for å dekke over det faktum at forbundsledelsen ikke har oppnådd noen ting. Fy skam dere, både Normann og redaksjon/journalist i Sykepleien.

Hilsen Inger Kårvand, medlem nr. 0459750

Svar: Vi gjør oppmerksom på at artikkelen det siktes til sto på NSF sine egne sider i bladet, som redigeres av deres informasjonsavdeling og ikke Sykepleiens redaksjon.

Red.



Quiz Er du en kompetent sykepleier ?

Ta vår aktuelle og nådeløse kunnskapsquiz.



1 Hvor mange bein er det i menneskekroppen?

- A: 206
- B: 1066
- C: Avhenger av om det er mann eller kvinne

2 Hva er tularemi?

- A: Blodig sekret fra abscess
- B: Harepest
- C: Bare tull

3 Hva står NIC for?

- A: Nurses in International Cooperations
- B: Nursing Interventions Classification
- C: Nursing is Interesting and Compelling

4 Hvor i kroppen ligger krokbeinet?

- A: Hånden
- B: Foten
- C: Ryggen

5 Hva er borborygmi?

- A: Ufrivillig luftavgang
- B: For tidlig sædavgang
- C: Rumling i magen

6 Hvor ligger Nasjonalt senter for telemedisin?

- A: Telemark
- B: Tromsø
- C: I Telenors lokaler på Fornebu

7 Hva skjer under en eksplorasjon?

- A: Undersøkelse
- B: Eksplosjon
- C: Utvidelse

8 Hva er tussis?

- A: Kroppsform som ligner på Tussi i «Ole Brumm»
- B: Hoste
- C: Et annet ord for akutt delirium

9 Hvor ligger Helsebiblioteket?

- A: På Hamar
- B: På Vestlandet
- C: På nettet

10 Hva slags sykdom er oppkalt etter Vladimir Mikhailovitsj Bekhterev?

- A: En kronisk magebetennelse
- B: En revmatisk sykdom
- C: En forstyrrelse i stoffskiftet

😊 **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.)



Kan denne få tularemi?

Foto: Colourbox

C Daivobet® LEO

Middel mot psoriasis.

ATC-nr.: D05A X52

T SALVE: 1 g inneh.: Calcipotriol 50 µg, betametasondipropionat tilsv. betametason 0,5 mg, flytende parafin, polyoksypropylen-15-stearyleter, α-tokoferol, hvit vaselin til 1 g. **Indikasjoner:** Behandling av stabil plaque psoriasis vulgaris egnet for lokal terapi. **Dosering:** Påsmøres det affiserte område 1 gang daglig. Den anbefalte behandlingsperiode er 4 uker. Etter denne periode kan gjentatt behandling med Daivobet initieres etter legens anbefaling. Maks. daglig dose 15 gram, maks. ukentlig dose 100 gram. Behandlet område skal ikke være mer enn 30% av kroppens overflate. Anbefales ikke til barn eller ungdom <18 år. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdstoffene. Pga. innholdet av calcipotriol er preparatet kontraindisert hos pasienter med forstyrrelser i kalsiumstoffskiftet. Pga. av innholdet av kortikosteroid er preparatet kontraindisert ved viruslesjoner i huden (f.eks. herpes eller varicella), sopp- eller bakterieinfeksjoner i huden, infeksjoner forårsaket av parasitter, hudmanifestasjoner i forbindelse med tuberkulose eller syfilis, rosacea, perioral dermatitt, akne vulgaris, atrofisk hud, atrofisk striae, skjørhet av hudvev, iktyose, akne rosacea, hudsår-/skader, perianal og genital kløe. Ved guttat, erytrodermisk, eksfoliativ og pustulos psoriasis. Ved alvorlig nyreinsuffisiens eller alvorlig leversykdom. **Forsiktighetsregler:** Unngå applikasjon og utilsiktet overføring til hodebunn, ansikt, munn og øyne. Hendene må vaskes etter hver påsmøring. Samtidig behandling med andre steroider må unngås. Hemmet binyrebarkfunksjon eller innvirkning på den metabolske kontroll av diabetes mellitus kan forekomme pga. systemisk absorpsjon. Applikasjon på store områder av skadet hud, under okklusjon, på slimhinner eller i hudfoder bør unngås, da det øker det systemiske opptak av kortikosteroider. Huden i ansiktet og genitalia er svært følsom for kortikosteroider. Langtidsbehandling av disse kroppsdeler bør unngås. Disse områdene bør behandles med svakere steroider. Når lesjonene blir sekundærinfisert bør antimikrobiell behandling gis. Behandlingen med kortikosteroider bør stoppes om infeksjonen forverres. Når en behandler psoriasis med topiske kortikosteroider kan det være en risiko for utvikling av den pustulose form eller «rebound»-effekt ved seponering. Det er økt risiko for lokale og systemiske kortikosteroidbivirkninger ved langtidsbehandling. Behandlingen bør seponeres hvis bivirkninger oppstår som følge av lang tids bruk av kortikosteroider. Det er ingen erfaring med bruk av produktet i hodebunnen. Det er ingen erfaring med samtidig bruk av andre psoriasismedler gitt lokalt eller systemisk, eller samtidig bruk av fototerapi. **Graviditet/Amming:** Overgang i placenta: Det foreligger ingen data for bruk til gravide. Bør derfor kun brukes under graviditet der fordelene synes større enn risikoen. Overgang i morsmelk: Betametason går over, men risiko for barnet synes lite sannsynlig ved terapeutiske doser. Det foreligger ingen data på overgang av calcipotriol i melk. Forsiktighet bør utvises ved forskrivning til ammende. Skal ikke smøres på brystene ved amming. **Bivirkninger:** Hyppige (>1/100): Hud: Kløe, utslett, sviende følelse i huden. Mindre hyppige: Hud: Smerte i huden eller irritasjon, dermatitt, erytem, forverring av psoriasis, follikulitt, pigmentforandringer i huden på applikasjonsstedet. Sjeldne (<1/1000): Hud: Pustulos psoriasis. Calcipotriol: Rapporterte bivirkninger omfatter lokale reaksjoner, kløe, hudirritasjon, en sviende og stikkende følelse, tørr hud, erytem, utslett, dermatitt, eksem, forverring av psoriasis, fotosensitivitet og overfølsomhetsreaksjoner inkl. meget sjeldne tilfeller av angioedem og ansiktsoedem. Systemiske effekter ved lokalbehandling kan i meget sjeldne tilfeller forårsake hyperkalsemi eller hyperkalsiuri. Betametason: Lokale reaksjoner kan inntre, særlig ved langvarig anvendelse, inkl. hudatrofi, teleangiectasi, striae, follikulitt, hypertrikose, perioral dermatitt, allergisk kontaktdermatitt, depigmentering og kolloid milia. Ved behandling av psoriasis er det en risiko for utvikling av den pustulose form. Systemeffekter ved lokalbehandling av kortikosteroider er sjelden hos voksne, men de kan være alvorlige. Adrenokortikal suppresjon, katarakt, infeksjoner og økt intraokulært trykk kan forekomme, særlig ved langtidsbehandling. Systemeffekter sees oftere ved okklusjonsbehandling (plast, hudfoder), ved påsmøring av store områder og ved langtidsbruk. **Overdosering/Forgiftning:** Symptomer: Bruk av mer enn anbefalt dose kan føre til forhøyet serumkalsium, som faller raskt når behandlingen seponeres. Overdreven langvarig bruk av topiske kortikosteroider kan hemme binyrebarkfunksjonen og gi sekundær adrenal insuffisiens, som normalt er reversibel. Behandling: Adrenal insuffisiens behandles symptomatisk. Ved kronisk toksisitet skal preparatet seponeres gradvis. Oppbevaring og holdbarhet: Åpnet tube må brukes innen 12 måneder. Pakninger og priser: 30 g kr 273,10, 60 g kr 474,80, 120 g kr 915,20

Refusjonskoder:

ICPC: S 91 - Vilkår nr. 25
ICD: L 40 - Vilkår nr. 25

Sist endret: 28.05.2008

Svar: 1A 206, 2B Harepest, 3B Nursing Interventions Classification, 4A Hånden, 5C Rumling i magen, 6B Tromsø, 7A Undersøkelse, 8B Hoste, 9C På nettet, 10B Revmatisk sykdom



Skjermbildefotografering på slutten av 1940-tallet.

Første landsomfattende screening

Fra 1700 -1800-tallet ble tuberkulose koblet til ideer om døden som noe vakkert og heltedmodig. De lungesyke ble tildelt egenskaper som om de var finere og mer sjelfulle enn andre. De var så tynne, bleke og tandre at de nesten var gjennomsiktige. Det var som om de var mer ånd enn legeme!

Realistiske beskrivelser av sykdommen gir ikke assosiasjoner i retning av noe vakkert:

«Nesen er spids og tynd, kindbenene er fremstående og kindene er rødplettede, øjnene er dyptliggende og glinsende. Hudfargen er bleg og blygraa; de slappe kinder lejrer sig omkring tænderne som hos en leende. Kort sagt ansigtets utseende er som et ligs.» (Historie. Populærhistorisk magasin nr. 1/93).

Tuberkulose er en av de eldste sykdommer vi kjenner til. Men først i 1882 fant man tuberkulosebakterien og bevis for at sykdommen var smittsom. Det tok enda lang tid før tuberkulosepasientene kunne få effektiv behandling. Det ble lansert utallige kurer, men dessverre var resultatene ofte nedslående. I løpet av de seksti årene fra 1895 til 1955 kostet sykdommen en kvart million nordmenns liv.

I 1900 ble «Lov angående særegne foranstaltninger mot tuberkulose Sykdomme» vedtatt. Holdningen overfor sykdommen var klar; smitekilder skulle oppspores, isoleres og i den grad der var mulig fjernes slik at smitten ikke ble spredt.

Ifølge stortingsmann Wollert

Konow (Høgre) «et af de sterkeste indgrep i den personlige frihed som vor slægt nogen sinde vil komme til at votere over». (Historisk helsestatistikk).

I 1940 ble skjermbildefotografering tatt i bruk i tuberkulosearbeidet. At det var nazister som etablerte tilbudet, ga skjermbildefotograferingen en litt skjev start. Hjemmefronten mente det var et nazistisk påfunn.

Etter krigen begynte representanter fra Statens skjermbildefotografering å reise land og strand rundt, med buss og båt, for å ta bilder av befolkningen. Årlig ble rundt 300 000 nordmenn fotografert. Filmene ble brakt til Oslo for fremkalling og gransking. Dette var Norges første landsomfattende screeningundersøkelse.

Fotograferingen krevde mye planlegging. Tre konsulenter ved sentralkontoret hadde som jobb å reise rundt å besøke hver kommune før skjermbildefotografering skulle skje i kommunen, og de avtalte fellestransport for innbyggerne til lokalet der fotograferingen skulle foregå. Det ble satt inn annonser i avisene og hengt opp plakater. Vel 90 prosent av innbyggerne møtte fram.

Rundt 1960 mente fagfolkene at det ikke lenger var behov for denne type landsomfattende totalundersøkelser. Og ved slutten av 1980-tallet var det bare 6 prosent av den voksne befolkningen som fikk tilbud om skjermbildefotografering. De siste selektive skjermbildene ble avsluttet i 1999.



Helsetjenester må

Forbundsledelsen fortsetter ferden rundt i Norge for å se og lære om de ulike utfordringer og løsninger sykepleiere har i vårt langstrakte land.

I løpet av de siste ukene har forbundsledelsen besøkt Nordland, Troms og Finnmark. Besøket i Nord viser tydelig at problemstillingene i helsesektoren langt fra er de samme over alt. Behovet for en person som kan fremme, koordinere og implementere standarder og rutiner for sykepleietjenesten på et overordnet plan er stor. Samtidig er det viktig å erkjenne at beslutninger som tas i Oslo på helseorganisering, ikke nødvendigvis er overførbare til andre deler av landet som har en helt annen befolknings- og geografisk struktur.

Skreddersøm i praksis

I Brønnøysund, for eksempel, fikk ledelsen erfare sykepleiernes endringsvillighet og interesse for å finne frem til gode løsninger i kommunen. Blant annet har fødestuen vært truet med nedleggelse, fordi fødestallene har gått ned de siste årene.

På den andre siden finnes det flere pasienter som har måttet reise langveis hver dag for å ta dialyse. Jordmødrene har derfor hentet frem sin sykepleiekompetanse og vært med på å opprette en ny dialyseenhet i Brønnøysund. Denne drifter de



PÅ BESØK I FINNMARK: Lisbeth Normann, fylkesleder Trond Einar Olaussen, Jan-Erik Nilsen, Heidi Boine og Unni Hembre.

sammen med sykepleiere fra hjemmesykepleien og sykehjemmet. Fem pasienter slipper nå å dra inntil tre timers reise hver vei hver dag.

I tillegg har disse driftige jordmødrene/sykepleierne opprettet en spesialistpoliklinikk, som betyr at spesialistene fra sykehusene i Helse-Nordland kan komme til pasientene i Brønnøysund i stedet for vice versa. Pasientene får et bedre og billigere helsetilbud, arbeidsplasser er berget og sykepleierne/jordmødrene får et større fagmiljø i lokalsamfunnet.

Samhandling på tross av systemet?

Forbundsledelsen har også merket seg hvor avhengig spesialisthelsetjenesten, kommunehelsetjenesten og sykepleiehøgskolene er av hverandre. En nedleggelse av et lokalsykehus, kan bety at høgskolen også får utfordringer fordi praksisplassene til studentene er truet. Når kommunehelsetjenesten reduserer antall sykepleiere, får dette store konsekvenser både for høgskolen som mister praksisplasser og for spesialisthelsetjenesten som ikke får skrevet ut pasienter

til hjemmetjenesten. Denne gjensidige avhengigheten på mindre steder, må vurderes når beslutninger om samhandling skal tas fremover. I Narvik for eksempel, vil den foreslåtte reduksjonen i kommunehelsetjenesten, ha store konsekvenser for det totale helsetilbudet.

Smart teknologi gir smart sykepleie

Ny teknologi viser seg å være spesielt nyttig på steder der avstandene er store og befolkningen bor spredt. Nasjonalt senter for

skreddersys

telemedisin i Tromsø har utviklet teknologiske løsninger som gjøre hverdagen til pasientene lettere og sykepleien langt mer effektiv. For eksempel kan en sykepleier i hjemmetjenesten ta bilde av et leggsår som overføres direkte til en spesialist milevis unna, som igjen kan gi sykepleieren en umiddelbar tilbakemelding på hvordan han/hun skal behandle såret. På denne måten kan sykepleieren lett koordinere behandlingen rundt pasienten, og pasienten er spart for en lang og kostbar reise til sykehuset og for unødige belastninger.

Større krav til akuttmedisin

Geografisk er Finnmark større enn Danmark, men kun 1,6 prosent av den norske befolkningen bor der. Pasientene kommer ofte på natten eller i helgenene og trenger krevende teamfunksjoner når det er færrest på jobb. Ikke uventet har det vist seg at dødeligheten etter traumer derfor er høyere i Finnmark enn andre steder i landet. Ved optimal skadebehandling, derimot, har fagfolk estimert at kan 25-30 prosent flere kan overleve. Men da er det essensielt at alle behandlingsledd i akuttfasen fungerer optimalt, nettopp fordi det vil ta noe tid før alle er på plass. Helsepersonellet i Finnmark har selv tatt ansvar og utarbeidet et treningsopplegg «BEST» som innebærer hyppige øvelser for å være maksimalt samkjørte i en akuttfase. Disse øvelsene har vist seg å være svært effektive for å få ned dødeligheten etter traumer, og er allerede blitt duplisert til andre steder i landet. Fylket har også en AMK sentral som koordinerer den prehospitalt akuttberedskapen i fylket.

10 000 NSF-studenter

NSF Students årlige besøksrunde til alle landets utdanningsinstitusjoner har gitt rekordoppslutning.



SJEF: En fornøyd NSF studentleder, Tone Moan.

Godt over 90 prosent av høstens kull har meldt seg inn i NSF. Dette bringer det totale antallet studentmedlemmer over den magiske 10 000-grensen.

Ved landets sykepleierutdanninger er besøket fra NSF Student blitt en naturlig del av oppstarten av studiet. Representantene fra NSF ønskes velkommen både av lærere og studenter. NSF har en historisk og naturlig plass i sykepleierutdanningen, og det er tydelig at de nye studentene raskt opplever NSF som det selvsagte valget.

Fagforeningstilknnytning for studentene er viktig av mange idealistiske og overordnede grunner, men like

viktig er de profesjonsrelaterte fordelene studentmedlemskapet tilbyr den enkelte student. Tilbakemeldinger fra studentmedlemmene forteller at studentmedlemskapet bidrar til en raskere identitetsbygging til yrket, samt en opplevelse av samhold og tilhørighet til yrkesgruppen de skal inn i. Jevn tilgang på fagstoff, muligheter for å engasjere seg i fagpolitisk studentarbeid, tilgang til fagkonferanser og lignende, bidrar til dette.

NSFs studentorganer utgjør den eneste fagspesifikke struktur for sykepleierstudenter i Norge. Dette gir studentorganiseringen en unik innsikt i hva som rører seg i sykepleierutdanningene over hele landet.

NSF på nett

På Norsk Sykepleierforbunds egen nettside finner du saker NSF og sykepleierne er engasjert i. Gå inn på www.sykepleierforbundet.no/sistenytt og les mer.

Forventer tydelige prioriteringer

– Unio går inn i justeringsoppgjøret med forventning om at Oslo kommune tydelig prioriterer utdanningsgruppene, og særlig undervisningspersonalet, i tråd med føringene fra meklingen, sier forhandlingsleder for Unio-Oslo Ellinor Gilberg. Unio leverte krav til Oslo kommune 5. september.

Forhandlingsløsning i HSH-HUK-området

Natt til fredag 29.8. endte lønnsforhandlingene i tariffområdet Handels- og Service-næringsens Hovedorganisasjon (HSH)-HUK-området med en forhandlingsløsning.

Forbundsleder Lisbeth Normann

Stilling: Forbundsleder i NSF

E-post: lisbeth.normann@sykepleierforbundet.no



Et avgjørende år

Mange tror at vi har oppnådd likestilling i Norge. Det har vi ikke.

Til tross for at norsk lov sier at «kvinner og menn i samme virksomhet skal ha lik lønn for samme arbeid eller arbeid av lik verdi», er ikke virkeligheten slik. Kvinnedominerte yrker blir ikke verdsatt like mye som mannsdominerte, og lønnsgapet er spesielt stort mellom yrkesgrupper

med høy utdanning. Vi vet at mannsdominerte yrker med samme utdanningslengde og ansvar som sykepleiere får over 100 000 mer i lønn i året. Vi vet at mannsdominerte yrker innad i kommuner og sykehus tjener 50 000 mer enn sykepleiere med samme utdanning og ansvar. Og det er ikke bare vi som vet dette – regjering, storting og hele fagbevegelsen vet dette.

Det er nettopp dette likelønnskommisjonen tar tak i sine tiltaksforslag som de overleverte regjeringen i februar. De mener likelønnskampen må begynne et sted, og den må begynne der hvor lønnsgapet er størst.

Derfor foreslår kommisjonen en lønnsrett på 3 milliarder øremerket kvinnedominerte yrker med 2-4 års høyere utdanning. Dette vil utjevne lønnsgapet med 15 prosent. En start. Videre har Unio foreslått en lønnsloftsplan som skal gå over ti år, hvor kvinnedominerte yrker blir prioritert. Det er kun gjennom slike grep man kan gjøre noe med den vedvarende urettferdigheten.

I det siste har noen i fagbevegelsen sagt at de ikke vil

støtte en slik stegvis strategi for å oppnå like lønn. Noen mener at hvis ikke alle kvinnedominerte yrker får samme løft samtidig, så vil de ikke støtte dette, underforstått «hvis ikke vi får vår del av kaka, støtter vi ikke forslaget». Hvis disse holdningene får lov til å leve videre vil det være en sabotasje av likelønnskampen. Effekten av å spre likelønnsputten tynt utover vil være minimal, og vi vil være tilbake der vi startet. Likelønnskommisjonen er krystallklar; lønnsgapet må tettes steg for steg, og vi må begynne der hvor gapet er størst. For hvis solidariteten erstattes av interessekamp mellom forbundene, da kan politikere som ikke ønsker å prioritere likelønn lene seg tilbake og ikke foreta seg noe. Og taperne er nok en gang de kvinnedominerte yrkene – og kvinner generelt. Sammen må vi derfor jobbe for å motivere alle som deler vårt verdisyn, alle som er villig til å bli med på det historiske gjennombruddet for likelønn i år.

Året vi står foran kommer til å bli avgjørende for om noe av dette overhodet blir realisert. Hvis ikke likelønnskommisjonens forslag får gjennomslag blant de politiske partiene og fagbevegelsen, kan vi se langt etter et gjennombrudd for likelønnsaken. I løpet av året må vi derfor klare å sette likelønn på dagsorden, inn i partiprogrammene og statsbudsjettene. Skal vi klare dette må hele sykepleierforbundet, medlemmer, tillitsvalgte og ledelse, kjempe sammen. Og vi må samarbeide tett med alle andre som er villig til å handle nå. Det er handling som må til, for politikk handler ikke om å ha rett, men å få rett.