

NYHET!

Alzheimers sykdom:^{*}

Ny tablettstyrke og praktisk dosering



STARTPAKKE

– Enkel titrering fra 5 mg til 20 mg med én tablett om dagen!

FOR PRODUKTBJOSJYRE, RING 91 300 800.



H. Lundbeck A/S
Strandveien 15
Postboks 361
1326 Lysaker
Tel.: 91 300 800
Fax: 67 53 77 07
www.lundbeck.no

www.ebixa.com

Ebixa[®]
memantin

^{*}Godkjent for moderat til alvorlig grad av Alzheimers sykdom.

Se preparatomtale side 80

Vi håper vi ALDRI kommer i mål

Når man lager et produkt som andre skal ha nytte av, så lønner det seg å lage noe som passer til nettopp deres interesser, ønsker og behov. Heldigvis finnes det alltid indikatorer som kan si noe om man har lykket eller ikke – og det er jo viktig.

Sykepleien er et blad for landets sykepleiere, og vi er stolte over å kunne fortelle at våre høye lesertall stadig vokser. Nå er det hele **193.000 mennesker** som leser bladet vårt – og hver av dem bruker

i gjennomsnitt **60 minutter** på å lese gjennom bladet hver gang de får det.

Om ikke det var nok, så er det også stadig flere som besøker nettsidene våre. På sykepleien.no er det i dag **60.000 unike brukere** hver eneste måned. Vi synes det er et sterkt kjennetegn på at vi har lykket.

Men vi innrømmer gjerne at vi ikke er i mål. Kanskje kommer vi ikke dit, heller. Å komme i mål – betyr ikke det egentlig

at man er fremme, at det ikke er plass til flere forbedringer? At man har gjort alt man kan, og at alt dermed er ferdig?

Nei, vi vil ikke komme i mål.

Vi vil bli bedre. Vi vil fortsette å gi våre lesere det de trenger, og beholde evnen til å fornye oss. På mange måter kan man jo også kalle dét et mål.

Kilde: Synovate 2008



sykepleien

Tidsskriftet Sykepleien: 193.000 lesere, www.sykepleien.no 60.000 unike brukere per mnd. Kontakt oss på tlf: 22 04 33 04 hvis du har noe på hjertet.



Høgskolen i Molde

Sykepleierutdanningen i Molde 50 år !

Tidligere studenter og andre interesserte inviteres til **åpen jubileumsfeiring med en egen fagdag på Høgskolen i Molde, torsdag 20. november 2008.**

Program, se hjemmesiden www.himolde.no eller ring 71214000.

Påmelding innen **10. november 2008** til studentservice@himolde.no eller tlf. 71 21 40 00.



www.HiMolde.no

Bjørn Arild Østby om skift og turnus

Stilling: Konstituert redaktør i Sykepleien

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

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

Working 9 to 5

Det var ikke sykepleierne Dolly Parton tenkte på da hun skrev sangen.

Jeg har en gammel kompis vestpå. Stolt viste han meg sin autorisasjon på at han endelig kunne titulere seg som offentlig godkjent sykepleier. Det var i 1981.

Ikke bare var han interessert i sykepleiefaget. Han hadde også et godt øye til en annen sykepleier. De har feiret sølvbryllup.

Den gangen på 1980-tallet måtte de to sykepleierne jobbe annen hver helg. Det var turnusen for den tids sykepleiere. Det gikk for de to nyforelskede sykepleierne. En frihelg sammen, og lunsj sammen i sykehuskantina helga de jobbet.

Så kom det første barnet. Stor glede. Men også en ny utfordring for familien. Hvordan kombinere det nye familielivet med jobb annen hver helg?

De kunne dele på jobbhelgene og være hjemme hver sin gang. Da ville de bare få helgene i feriene sammen. En annen løsning var at en av dem gikk over i en stilling med arbeidstid kun på dagtid og fri hver helg. Det siste var heldigvis mulig, slik at familien i alle fall fikk annen hver helg sammen.

Turnusen for sykepleierne ble endret utover på 1980- og 90-tallet. Det normale for sykepleierne ble å jobbe hver tredje helg. De institusjonene som forsøkte å opprettholde arbeid hver annen helg, fikk ikke søkere til ledige stillinger.

Nå skriver vi 2008 og opplever at det kommer forslag om at helsearbeidere som jobber turnus igjen må finne seg i å jobbe annen hver helg. Holden-utvalget som la fram sin utredning «Skift og turnus – gradvis kompensasjon for ubekvem arbeidstid» mener nemlig «det er nødvendig med en viss økning i helgfrekvensen i mange turnusplaner».

Hvorfor i all verden?

Jo, for å rette opp en urettferdighet – ufri-

villig deltid – må sykepleierne selv bære belastningen med å jobbe flere helger. Ja, sånn går det også an å løse ett problem – med et nytt. Bente Stenberg-Nilsen er fornøyd. Hun er fagsjef i arbeidsgiverorganisasjonen KS. Fagsjefen får følge av viseadministrerende direktør Anne-Kari Bratten i arbeidsgiverorganisasjonen Spekter.

Det er ikke vanskelig å forstå leder Lisbeth Normann i Norsk Sykepleierforbund når hun sier nei til denne måten å løse deltidsspørsmålet på. Ettertraktet og nødvendig arbeidskraft som ønsker det, må kunne få tilbud om helstilling uten å jobbe flere helger.

Arbeidsgiverne sier og skriver at de ønsker å redusere uønsket deltid. Men da må altså arbeidstakeren godta å jobbe flere helger. Samtidig er det uaktuelt for de samme arbeidsgiverne å likestille skift og turnus. Skift- og turnusarbeid er ulike arbeidstidsordninger, og har ikke noe med kjønnsdiskriminering å gjøre, mener Spekter.

I stedet for å se seg blind på antall timer nattarbeid og timer søndagsarbeid, burde arbeidsgiverne heller være opptatt av ulempene ved å jobbe turnus kontra skift. Jeg tar for gitt at arbeidsgiverne ønsker friske ansatte som makter å stå i stillingen.

Alle trenger hvile. Også sykepleierne. Arbeidsmiljølovens grense for hviletid mellom to arbeidsøkter er minimum 11 timer. De fleste av turnusene som sykepleierne følger, har ofte kortere hviletid mellom to vakter. Det gjør arbeidet ekstra belastende, uten at det er tatt hensyn til i utredningen. Ifølge professor Steinar Holden bør dette løses ved å lage turnusplanene på en annen måte. Enkelt og greit!



Mye kan sikkert gjøres bedre. Men jeg er ikke overbevisst om at arbeidsgiverne har tatt alvoret i skift/turnus-spørsmålet inn over seg. Til Dagbladet i vår sa blant annet tidligere nevnte viseadministrerende direktør i Spekter: – Skiftarbeidernes arbeidsuke er kortere fordi de har mer ubekvem arbeidstid.

Seniorforsker Nina Amble ved Arbeidsforskningsinstituttet mener noe annet: – Det er flere fordeler med å jobbe skift enn turnus. De som jobber skift, har gleden av å være på et lag, og blir nærmest som en familie. Turnusarbeiderne derimot, vet aldri hvem de skal jobbe sammen med. Det er alltid mange vikarer på jobb, og man blir ikke like godt kjent.

Så selv om skiftarbeiderne har flere nattevakter, har de bedre arbeidsmiljø og bedre betingelser.

Argumentene synes dessverre å treffe lukkede arbeidsgiver-ører. Strategien fra den kanten er den samme som tidligere: Utsett, utsett... Det er å håpe at politikerne snart ser dette, og gjør noe. Det går ikke lenger å skjule seg bak et eller annet pågående utvalgsarbeid.



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

Fungerende ansvarlig redaktør

Bjørn Arild Østby
tlf. 22 04 33 59 / 92 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 sykepleierne 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 Miljøvern med helsegevinst
- 9 **Vi bare spør:** Patricia Benner
- 10 Folk
- 13 – Få sykepleiere får redusert arbeidstid
 - Mest uttelling for ubekvent arbeid
 - – Skift og turnus likestilles ikke
 - Kampsak siden 1993
- 16 – Lærer mye av brukerne
- 19 Iplos-statistikk: Viser kun tendenser
- 20 Sykehusinfeksjoner dreper flere tusen
- 23 Slakter MRSA-veileder
- 24 **Dokumentar:** Må regne med vold på jobben
- 30 – Ikke et likestillingsbudsjett
- 33 Smertelige kjønnsforskjeller
- 34 **Tett på:** Bjarne Håkon Hanssen
- 38 **Hør her:** Internasjonal med eller uten rammeplan?
- 48 **Bøker:**
 - Forfatterintervjuet: Kristin Marie Berstad
 - Månedens bøker
 - Bokomtaler
 - 9 spørsmål til Svein Torgeir Dale
- 54 Jatt med demente
 - Tolk atferden
 - Ti tips
- 56 Prevensjon på ny liste
- 56 Fremmer hudkontakt
- 57 Friskere med dyr?
- 58 Inngrep gir risiko
- 58 Hpv-vaksine gir moralsk hodebry
 - Har plikt til å avverge
- 72 Hagesykepleie for pårørende
- 73 Fagnotiser
- 74 **Dilemma:** Hvor har det blitt av sykepleiespråket?
- 76 **Fagkronikk:** Ny veileder øker smittefaren
- 79 Fagnyheter
- 80 Fagnotiser
- 81 **Refleks:** Martine Aurdal
- 82 Siden sist
- 83 Meninger
- 84 Quiz
- 85 Før

57

**Fag i utvikling:**

- 40 **Fagtema:** Terapeutisk hypotermi
 - Kalde hjerter og lave doser
 - Hypertermibehandling etter hjertestans
- 62 Få ekstravasale infeksjoner ved liten kreftpoliklinikk
- 64 Bedre kommunikasjon med kreftpasienter
- 68 Oppfatter pasienten det du sier?
- 86 Sykepleien JOBB – ledige stillinger
- 101 Meldinger, skoler og kurs
- 104 **NSF:**
 - Nordiske sykepleiere krever handlingsplan for likelønn
 - Superstudium for tillitsvalgte
 - KS inn i likelønnskampen
- 106 **Lisbeth Normann** om likelønn

Kalde hjerter på Ullevål

Terapeutisk hypotermi har blitt standard behandling for personer som ikke våkner etter hjertestans og vellykket hjerte- og lungeredning. Men når kroppen kjøles ned, skjer en rekke fysiologiske ting som sykepleiere må vite om.



Foto: Erik M. Sundt

40

Miljøvern med helsegevinst

Det som skader miljøet, skader ofte også mennesker. Derfor har premature og nyfødte på Haukeland universitetssykehus fått en ny type ernæringssonde.



Mange pasienter kommer i nær kontakt med medisinsk utstyr på sykehus. For eksempel får de infusjoner, transfusjoner og næring gjennom plastslanger. Dette utstyret er ofte fremstilt gjennom kompliserte prosesser og kan ha innhold som skader miljøet. Men kan det også skade pasientene?

Kartlegging

For halvannet år siden begynte seksjon for ytre miljø i Helse Bergen å kartlegge medisinsk utstyr med mulig miljøskadelig innhold. Utgangspunktet var å se på stoffer som påvirker naturen. Men ifølge miljøkonsulent Kristin Patterson så de fort en sammenheng.

– Det som skader naturen, kan også skade mennesker, sier hun.

Ftalater

Patterson begynte med å kartlegge pvc-produkter, som brukes i mye av utstyret i hele helsevesenet.

Pvc er en type plast som i utgangspunktet er hard, og som mykgjøres så den egner seg for eksempel som infusjonsslanger. Til det brukes ofte ftalater. Ftalater er en gruppe stoffer som også går under navnet «hormonhermere», fordi de antas å påvirke hormonbalansen hos mennesker og dyr. Flere av ftalatenes er klassifisert som reproduksjonsskadelige.

I Norge er ftalater for eksempel

LANG SONDE: Emilie i Bergen har ernæringssonde av polyuretan.



Ftalater

En gruppe stoffer som hovedsakelig brukes til å mykgjøre plast. Skaper miljøutfordringer i bruk og under destruksjon. Dyreforsøk viser at noen ftalater kan påvirke forplantningsevnen. Mistanke om at ftalater kan forstyrre hormonbalansen og påvirke kjønnsutviklingen. Kan utgjøre nesten 50 prosent av medisinsk utstyr fremstilt av pvc.

Kilde: Institutet för miljömedicin, Karolinska Institutet

ikke tillatt i leketøy for barn under tre år. For medisinsk utstyr er det ingen restriksjoner, fordi dette sorterer under et annet lovverk.

Ikke akutt fare

Mens pvc først og fremst skaper miljøproblemer før og etter bruk, regnes ftalater i plastprodukter som problem også i bruk. Det skyldes at ftalaterne ikke er kjemisk bundet, og dermed lekker fra produktene. For eksempel kan man se at ernæringssonder i pvc-plast blir stive etter noen dagers bruk.

Patterson presiserer at ftalater ikke utgjør noen akutt helsefare, men man mistenker at det kan påvirke reproduksjonen på sikt. Helse Bergen valgte derfor å kartlegge produktene som brukes på Barneklubben og i dialyseavdelingen.

– Barna skal leve lenge etter at de har hatt utstyret i kroppen. Og dialysepasientene eksponeres for disse produktene over lang tid, forklarer hun.

På Barneklubben var det 19 produkter som var laget av pvc og tilsatt ftalater. På dialyseavdelingen ti.

Mange meninger

Barneklubben rangerte pvc-utstyret etter hvilken grad pasientene ble eksponert for det. Ernæringssonder til premature og nyfødte ble rangert øverst. Jobben ble å finne alternativer. Meningene er mange og det er ingen sentrale regelverk å forholde seg til.

– Dessuten var sondene i pvc valgt ut fra gode grunner, sier Patterson.

– Kvaliteten er god og de er billige.

I samarbeid med nyfødteksjonen startet jakten. Valget falt på sonder i polyuretan, som er et annet plastprodukt. Sonder av silikon ble også prøvd ut, men forkastet. Polyuretan ble valgt fordi de ikke måtte byttes så ofte og de var godt merket.

– Men er polyuretan et mye bedre alternativ?

– Kan ikke si det er fantastisk mye bedre. Også dette er et plastprodukt som er fremstilt gjennom krevende prosesser. Men det er litt bedre.

– Ulemper?

– De er dyrere.

Godt alternativ

Kari Tøsdal, assisterende enhetsleder ved nyfødteksjonen, forteller at de var spente på de nye sondene.

– Men vi hadde også erfart at pvc-sondene ble veldig stive etter tre dagers bruk.

Derfor var rutinen å skifte dem to ganger i uken.

Sondene av polyuretan synes hun er myke og fine. De kan også brukes lengre. Avdelingen har toppen tre uker som rutine. Erfaringen hennes er at de er like myke etter to uker.

– Er det noen ulemper med å bruke sonder av polyuretan?

– Nei. Eller en liten en: De er

veldig lange. Mye av sonden ligger utenfor barnet, og kan være litt for tilgjengelig for små fingre.

En fordel er at disse sondene også finnes i FC4-størrelse. Dermed har sykepleierne et alternativ som er enda tynnere enn før.

– Spesielt for de aller minste, som er under kiloet, er det fint med en sonde som ikke blokkerer hele nesegangen, erfarer Tøsdal.

– Innebar kartleggingen og utprøvingen mye jobb for dere?

– Nei. Miljøavdelingen drev det, og så var en sykepleier fra oss med og gikk gjennom utstyret vi hadde.

Må ta miljøansvar

– Så hva nå?

Kristin Patterson forteller at miljøavdelingen har laget en innkjøpsguide, som nå prøves ut. Den skal hjelpe innkjøpsavdelingen og de ansvarlige med å velge mest mulig miljøriktig. Det er ikke alltid alternativene finnes, noen er også for dyre, forteller hun. Hun mener økt bevissthet er viktig.

– Ved å etterspørre alternativer, oppdrar vi også produsentene, og jeg opplever at de er veldig positive.

Patterson synes det er rart det ikke er mer oppmerksomhet på miljø i helsevesenet.

– Helseforetakene har ansvar for mer enn akkurat de ukene pasientene er hos oss. Vi må

tenke fremover og bidra til at de også holder seg friske i fremtiden, sier hun.



PRØVDE UT: Kari Tøsdal er fornøyd med valget av nye sonder.

– Ikke bare å bytte ut

– Alternativene til pvc må undersøkes.

Helge Stiksrud i Pvc-forum Norge er opptatt av at pvc må ses i en helhetssammenheng. Han peker på at det å fjerne pvc nærmest er blitt et symbol på å erklære seg grønn.

– Det er viktig at alternativene undersøkes like nøye som pvc, sier han.

– Hvis ikke kan man risikere å sitte igjen med noe som har like negative effekter som det man forsøkte å fjerne.

Stiksrud trekker også frem den gode kvaliteten til pvc-plast.

– Ett eksempel er infusjonsslanger. Det er viktig at de ikke kommer i klem. Pvc har nettopp den egenskapen at de ikke gjør det.



Pvc (polyvinylklorid)

En type plast. Regnes for å skape miljøutfordringer både ved produksjon og destruksjon. Inneholder karbon og klor.



Verv og vinn!

Nå har du mulighet til å styrke NSF, samtidig som du skaffer deg flotte vervepremier. Verv en sykepleier og få en tøff klokke, dame- eller herreur. Ønsker du deg heller en termokanne eller iPod nano, kan du spare vervingen til du har fått vervet flere.

Hva koster medlemskap i NSF?

Kontingent for medlem i arbeid er 1,45 % av brutto lønn. Maks kr 370,- per mnd. + ev. obligatorisk grunnforsikring kr 128,- per mnd. Nyutdannede har halv kontingent i de to første år som sykepleier. Rabatter på forsikringer og bruk av medlemsfordeler dekker ofte mesteparten av medlemskontingenten. Les om fordelene nedenfor.

Vi kjenner ditt yrke og jobber for deg!

Dine medlemsfordeler er:

- Et stort og slagkraftig **fellesskap**
- Tilbud om medlemskap i 32 **faggrupper**
- 3000 **tiltillsvalgte** bistår deg på de fleste arbeidsplasser
- **Sykepleien** (18 utgaver)
- Bilaget **SykepleienForskning** (4 ganger per år)
- **Juridisk bistand**
- **Godkjenning** av sykepleiefaglige veiledere og kliniske spesialister i sykepleie
- **Stipender og legater** til reise, utdanning og forskning
- **Kurs og kongresser**
- **Kursopphold** på Ressurssenteret Villa Sana, Modum Bad
- **Eget forsikringskontor** med forsikringsordninger til medlemspris
- Gunstige tilbud på **banktjenester** i DnB NOR
- **Sparing** og **kreditt** med NSF's Unique konto
- Fordelaktige **mobilavtaler** med NetCom
- **Bensinrabatt** hos Esso
- **Eurocard Gold** hos Europay
- Tilgang til NSF's **nettbutikk** med medlemsprodukter
- Tilbud om **gratis medlemskap** i Landslaget for offentlige pensjonister (LOP)

Norsk Sykepleierforbund er den eneste landsomfattende fagorganisasjonen for autoriserte sykepleiere, spesial-sykepleiere, jordmødre og helsesøstre. Nå kan du bidra til å styrke din egen organisasjon ytterligere ved å verv nye medlemmer. Medlemmer i NSF er en del av et slagkraftig fellesskap som ivaretar sykepleiernes lønns- og arbeidsvilkår. Sykepleieres interesser og rettigheter i tilknytning til blant annet ansettelse, lønn, permisjoner,

arbeidstid og eventuelle yrkesskader blir ivare tatt. NSF er et sykepleiefellesskap som setter faget, dets utvikling og plass i utdanningssystemet og helsevesenet på dagsorden.

Medlemmer kan søke juridisk bistand dersom det oppstår problemer knyttet til arbeidsforholdet. Juridisk bistand kan også gis i enkelte typer straffesaker, for eksempel ved feil medisinerings.



Gratis
ved 1 verving

Klokke
Moderne og lekker klokke i rustfritt stål med lærrem. Citizen urverk.
Verdi 590,-



iPod nano
Populær og brukervennlig iPod nano fra Apple. Plass til 500 sanger. 2 GB. 1,5-tommers LCD-skjerm med farger og bakgrunnsbelysning.
Verdi: kr 1.290,-



Stelton termokanne
Termokanne i stål, 1 liter, prisbelønnet for sin design. Enhåndsbetjent med vippepropp.
Verdi 890,-

Vervepremiene gjelder ikke for verving av studentmedlemmer

VERVEKUPONG

Kryss av for dame- eller herreur: Dame Herre Jeg sparer vervingen Vervepremiene gjelder ikke for verving av studentmedlemmer

VENNLIGST BRUK BLOKKBOKSTAVER

Ververs navn:	Ververens medlemsnr.:
Navn på nytt medlem:	
Har du vært medlem tidligere?	Tidsrom:
Fødselsnummer (11 siffer)	
Adresse:	
Postnr:	Poststed:
E-post:	
Telefon privat:	Mobil:
Eksamensdato:	
Sykepleierhøgskole/sted:	
Arbeidsgiver:	
Arbeidssted:	
Ansatt dato:	
Avdeling:	
Stillingsbenevnelse:	
Medlemmer i lønnet arbeid innbetaler kontingenten ved månedlige trekk i lønn	



Adressaten betaler for sending i Norge
Deltakeren er forbeholdt

Norsk Sykepleierforbund
Svarsending 1016
0090 Oslo

Patricia Benner

Alder: 66 år

Aktuell som: Professor i sykepleie på universitetet i California. Har nettopp vært i Norge og forelest i Bergen og Oslo.

BAKGRUNN:

Benner har i løpet av karrieren reist i 40 land og presentert forskningen sin. Hun har skrevet ni bøker, men er mest kjent for «Fra novise til ekspert», som mange norske sykepleiere har lest.

Hvorfor er du i Norge?

– Jeg samarbeider med professor Kristin Heggen ved Universitetet i Oslo om forskning på sykepleierutdanning. I Bergen skal jeg være med på 100-årsmarkeringen av sykepleierutdanningen der.

Og du foreleser begge steder?

– Ja, om et stort forskningsprosjekt jeg leder. Vi har sett på styrker og svakheter i sykepleierutdanningen gjennom 30 år i USA. Snart kommer dette ut i bokform. Her anbefaler vi mer klinisk undervisning. Klasseromsundervisningen er den dårligste.

Hvor mange ganger har du vært i Norge?

– Å, jeg har mistet oversikten. Kanskje åtte. Det skal bli flere.

Hvordan står det til med sykepleieryrket for tiden?

– Norge er et lyspunkt. Norske sykepleiere verdsetter omsorg og det relasjonelle. Nordmenn har et kritisk blikk på teknologi – og et bredt syn på sykepleieforskning.

Hva er forskjellen på amerikansk og norsk sykepleie?

– Amerikanerne er mer influert av teknologi og naturvitenskap. Den norske sykepleierutdanningen er mer humanistisk og underlegger seg ikke så lett den medisinske tankegangen. Danmark er lik Norge. Sverige er litt likere oss.

Noe spesielt som bekymrer deg?

– Åååhh, jeg er bekymret for kvaliteten i utdanningen og gapet mellom akademia og klinikk. Og mangelen på interesse for forebygging.

Noe spesielt som overrasker deg?

– Norden utpreger seg med å gjøre institusjonene mer hjemlige, som fødeavdelinger og sykehjem. Jeg husker et pasientrom på et sykehjem i Finland. Det var forbausende fantasifullt innredet.

Hvor mange sykepleiere har lest deg, tror du?

– Vet ikke. Men jeg hørte nettopp at i Japan har de solgt 77 000 av boken «Fra novise til ekspert». Det overrasket.

Mange norske har lest deg. Hva synes du om det?

– Det er gledelig. Jeg hadde ikke trodd at livshistorier ville krysse grenser på den måten. Teorier, ja, men ikke fortellinger.

Oversatt til hvor mange språk?

– 12, tror jeg.

Råd til dagens utøvende sykepleiere?

– Sørg for å lære mer og mer. Og mer. Vær nøye med hvilket arbeidssted du velger. Stedet må ha kvalitet i sykepleien.

Hva er du mest fornøyd med å ha utrettet?

– Det må være de 48 doktorandene jeg har fått fram og det bidraget vi sammen har gitt til å forstå sykepleiepraksis.

Du er 66, har du tenkt å pensjonere deg?

– Ja, fra min stilling ved universitetet i San Francisco, men ikke fra mitt akademiske virke. Jeg gleder meg til å kunne arbeide roligere og konsentrere

meg om å forske. Og bruke mer tid med mine herlige barnebarn.

Leste i avisen Varden at datteren din har vært gatemusikant i Porsgrunn denne sommeren?

– Ja, det var en fantastisk opplevelse for henne.

tekst og foto Marit Fonn





foto Høgskolen i Bergen

Edelt metall til Britt Hamre

Jordmor og førstelektor ved Høgskolen i Bergen, Britt Hamre, har fått kongens fortjenstmedalje i gull. Overrekkelsen skjedde i september da Høgskolen i Bergen feiret sitt 100-årsjubileum. Hamre har blant annet tilrettelagt universitetsbasert utdanning for sykepleiere i Betlehem i Palestina, vært prosjektleder for utprøving av jordmorutdanning over tre semestre og vært Jordmorforbundets internasjonale kontakt fra 1993 til 2006. Tresemestersmodellen dannet seinere grunnlaget for jordmorutdanningens første nasjonale rammeplan, som dagens toårige utdanningssystem baserer seg på.

Vi siterer Inger Johanne Pettersen

– Dette er en lek med tall fra helseministeren.

Professor Inger Johanne Pettersen mener statsbudsjettets styrking av sykehushøkonomien på 6,5 milliarder i realiteten bare er 600 millioner.
Kilde: Dagbladet

Ny sjef i Nokut

Snart skal et par nye øyne holde overoppsynet med kvaliteten på sykepleierutdanningene i landet. Sivilingeniør Terje Mørland (36) blir ny direktør i Nokut den 8. desember i år. Han kommer fra Universitetet i Oslo, der han fra 2005 har vært forskningsdirektør med ansvar for stabsfunksjoner innen forsknings- og universitetspolitikk og forskningsadministrative tjenester.

Tidligere har han vært i Norges Forskningsråd som spesialrådgiver i området for miljø og utvikling, divisjon for store satsinger og divisjon for innovasjon.

Nokut er et uavhengig statlig organ for akkreditering og evaluering av høyere utdanning, godkjenning av utenlandsk utdanning og fagskoletutdanning. Mørland blir sjef for 51 ansatte.

Skotte til ICN

Den internasjonale sykepleierorganisasjonen ICN har fått ny administrerende direktør. David Benton, en skotsk sykepleier, avløser Judith Oulton som hadde posten i 12 år. Benton har arbeidet i ICN siden 2005 som konsulent innen sykepleie og helsepolitikk, og har hatt ledende stillinger i en rekke organisasjoner de siste 20 år. Han har mottatt flere priser for sitt arbeid.



foto ICN



foto Laila Nygård

Frivillighet ble belønnet

Lokalforeningen i Oslo av stiftelsen «Livsglede for eldre» ble nylig tildelt 100 000 kroner for sitt arbeid for å glede eldre. Sykepleier og leder av lokalforeningen, Silje Solbakken (til venstre), forteller at de prøver å snu holdningen om at eldreomsorg er kjedelig.

– Vi mener tvert imot at det er inspirerende å jobbe med eldre. Det gir mye tilbake, sier hun.

Lokalforeningen har rundt 200 frivillige medarbeidere som jobber gratis med å besøke eldre og ta dem med ut. Ledsagerne er elever eller studenter som skal bli helsefagarbeidere eller sykepleiere, og de får erfaringen godkjent som praksis.

Foreningen har hatt driftsutgifter på bare 9 000 kroner på et år, så prisen fra Sparebank 1 blir et stort bidrag i kassa. Solbakken mottok prisen sammen med sykepleier Aina Therese Fjeld (til høyre).

Godt for magen

BioQ er en ny frisk melkedrikk fra Q-Meieriene, som er laget av skummet melk og tilsatt fiber fra sikorirot og havre. BioQ syrnes med yoghurt-bakterier og tilsettes den probiotiske melkesyrebakterien *Lactobacillus reuteri* Protectis. Denne er utviklet av BioGaia, som har studert effekten av *Lactobacillus reuteri* i nærmere 20 år. Kliniske studier har vist at en daglig dose på 100 mill. av *Lactobacillus reuteri* bakterier (2 glass BioQ pr dag):



- virker gunstig på mage/tarm
- reduserer faren for mage/tarm infeksjoner, som diarè og bivirkninger ved antibiotika behandling
- reduserer kolikk hos spedbarn
- reduserer forstoppelse hos eldre
- har positiv effekt på munnhelsen

BioQ kommer i tre friske smaker: Blåbær & bringebær, blåbær & aloe vera og bringebær & tranebær
For mer informasjon www.bioq.no eller biogaia.com

 – litt friskere



Snart 60 år.
Man tror det er løgn.



NATUSAN® INSTITUSJON - hudpleie siden 1949

Skift/turnusrapporten:

– Få sykepleiere får redusert arbeidstid

Holden-utvalgets modell for å likestille skift og turnus er mer rettferdig enn dagens ordning. Men NSF-leder Lisbeth Normann venter med å sprette champagnen.

Utvalgets forslag gjelder bare for sykepleiere som jobber tredelt turnus. I tillegg åpner utvalget for at sykepleiere må jobbe oftere enn hver tredje helg.

– Det er ikke Sykepleierforbundet med på. For oss er dette et viktig politisk prinsipp. Man må finne andre løsninger, sier Lisbeth Normann, leder i Norsk Sykepleierforbund (NSF).

Rapporten ble lagt fram 3. oktober.

Bare en halvtime kortere

Ifølge forhandlingsavdelingen i NSF er det for tidlig å si noe om hvor mange sykepleiere som vil bli berørt av lovendringen.

– Det er imidlertid ikke snakk om de store reduksjonene i arbeidstid. De som omfattes vil sannsynligvis få redusert arbeidsuken med en halv til én time. Det er få sykepleiere som tilfredsstillende utvalgets krav for å få redusert arbeidstiden fra 35,5 timer til 33,6 timer i uken, sier seniorrådgiver i NSF's forhandlingsavdeling, Kirsten Nesgård.

Ingen får økt arbeidstid

– Det ligger en garanti i utvalgets forslag om at ingen sykepleiere risikerer å måtte jobbe mer enn de gjør i dag, sier Normann.

Forslaget om redusert arbeidstid vil først og fremst gjelde sykeplei-

ere som jobber på spesialavdelinger i tredelt turnus. Det vil si anestesio- og intensivsykepleiere, jordmødre og sykepleiere på akutt-avdelinger.

Hviletid

Såkalt kort hviletid er vanlig i sykepleiernes turnuser. På dette feltet har NSF ikke fått gehør.

Lovens grenser for hviletid mellom to arbeidsøkter er minimum 11 timer. De fleste av turnusene som sykepleierne følger, har hviletid ned til 8 timer.

– Det er svært belastende for helsen, noe utvalgets forslag ikke tar hensyn til. Så vidt vi kan se, bes ledelsen ved sykehus om å organisere

seg bort fra kort hviletid. Det er nok mange som har prøvd på det uten hell, sier Normann.

Normann mener det er umulig å stå i et slikt yrke med tredelt turnus arbeidslivet igjennom.

– Har du familie og er eneforsørger kan jeg ikke forstå at det er mulig å få det til. Derfor synes jeg det er nedslående at utvalget ikke ser at liten hviletid er belastende og burde kompenseres, sier Normann.

Dårlig søvn

– Mens industrien er organisert slik at de jobber én uke kveld, én uke natt og én uke dag, og dermed oppnår tilstrekkelig hviletid mellom arbeidsøkter, skifter vaktene

svært ofte i sykepleiernes turnuser. Stadig skiftende døgnrytme og kort hviletid mellom vaktene fungerer på sikt utmattende på lik linje med mye nattarbeid fordi søvnkvaliteten blir dårlig, sier hun.

Ingen penger

Utvalget regner med at innføringen av den nye modellen vil totalt berøre 51 000 arbeidstakere. De fleste er i helsesektoren, men også transportbransjen blir berørt. En innføring vil gi 435 millioner i økte lønnskostnader og kreve 770 nye årsverk. Lisbeth Normann var spent på om statsbudsjettet bar preg av at modellen skal innføres. Hun ble derfor skuffet over ikke å finne en eneste krone satt av til dette.

– Kvinner har ventet på at den rødgrønne regjeringen skulle gjennomføre sine løfter og begynne arbeidet med å likestille kvinner og menn i arbeidslivet. Men nok et budsjett er levert, uten noe som helst på likelønn og likestilling av skift og turnus, sier hun.

Lisbeth Normann skal sammen med forhandlingsavdelingen jobbe videre med å få oversikt over hva utvalgets forslag betyr for sykepleierne. Ekspertutvalgets innstilling skal på høring og vil bli fulgt opp av regjeringen våren 2009.

Les mer om Holdens forslag på neste side.



NEDSLÅENDE: – Kort hviletid er belastende og bør kompenseres, mener NSF-Normann.



IKKE LETT: – Vanskelig å kompensere kort hviletid, sier Steinar Holden.



Ulempene

Holden-utvalgets forslag:

Nattarbeid: Regnes fra klokken 21 til 06. Hver time skal telle som én time og 15 minutter.

Søndagsarbeid: Hver søndagstime er definert som perioden lørdag klokken 18 til klokken 22 før neste virkedag. Disse timene telles som én time og ti minutter.

Det er ikke dobbelttelling av natt og søndag. Ingen får lengre arbeidstid enn i dag.

Mest uttelling for ubekvent arbeid

Jo flere ubekvemme vakter, dess mer reduksjon i arbeidstiden. Dette er hovedessensen i skift/turnus-utvalgets nye modell.

I dag er det lett å få redusert arbeidstiden fra 37,5 til 35,5 timer i uken. Sykepleiere som jobber én time og 39 minutter etter klokken 20 i uken, får 35,5 timers arbeidsuke.

Reglene for å få ytterligere redusert arbeidstid til 33,6 timer i uken, er strenge. Da må man i løpet av et år jobbe 526 nattetimer og 226 helgetimer i året. Det er det få sykepleiere som gjør.

– Modellen vår er mer rettferdig. Den gjør at sykepleiere vil få kortere arbeidsuke jo mer ubekvent de jobber uten å oppfylle dagens krav. Det fører til at de som jobber mye ubekvent, får mer reduksjon i arbeidstiden enn de som jobber mindre ubekvent. Modellen favoriserer ingen yrker eller næringer og er kjønnsnøytral, sier utvalgsleder, Steinar Holden.

Helgevakter

Holden forstår at NSF ikke ønsker at sykepleierne skal jobbe hyppigere helgevakter, men mener det må til dersom man skal klare å få bukt med uønsket deltid.

– *Er du enig i at denne modellen er lik den som eksisterer i staten, bare dårligere?*

– Den er nokså lik statens modell. De som mener vår modell er dårligere, sikter nok til at vi har satt nattarbeid fra klokken 21, mens staten begynner klokken 20. Vi har valgt å begynne å telle nattetimer klokken 21 fordi det følger lovverkets definisjon, og fordi timen mellom klokken 20 og 21 ikke kan regnes som natt på linje med timene midt på natten, sier han.

Hviletid

Steinar Holden mener det vil være

vanskelig å gi kompensasjon for kort hviletid.

– Utvalget har drøftet dette, og mener det er mulig å unngå kort hviletid ved å lage turnusplanene på en annen måte. Vår erfaring er at kort hviletid ofte skyldes ansattes ønske om lengre friperioder. For utvalget vil det uansett være vanskelig å finne en rimelig kompensasjon for kort hviletid, sier Holden.

Må jobbe tredelt turnus

Sykepleiere som jobber faste nattevakter eller kveldsvakter, vil ikke få redusert arbeidstiden. Man er nødt å jobbe tredelt turnus. Deltidsansatte får reduksjon på lik linje med heltidsansatte dersom de jobber tredelt turnus.

Kampsak siden 1993

I 1993 krever NSF's landsmøte at sykepleiere i turnus får redusert arbeidstiden fra 35,5 timer til 33,6 timer.

I 1995 trer den reviderte arbeidsmiljøloven i kraft. Punktet om skift/turnus er ikke endret.

I 1996 uttaler likestillingsombud Anne Lise Ryel at arbeidsmiljøloven forskjellsbehandler menn og kvinner og derfor er i strid med likestillingsloven.

I 1996 blir kostnaden med å likestille arbeidstiden for turnus- og skiftarbeid beregnet til mellom 235 og 290 millioner kroner og å omfatte rundt 25 000 årsverk.

I 1997 aksjonerer sykepleiere og hjelpepleiere. De sender 14 000 enkeltsaker til Arbeidstilsynet som aviser sakene.

I 1999 foreslår NSF en ny definisjon på turnusarbeid overfor Kommunaldepartementet. Forslaget avvises.

I 2000 foreslår NSF på ny å endre arbeidsmiljøloven. Forslaget avvises.

I 2005 opprettes et nytt utvalg for å se på ordningen. Utvalget gir opp sitt arbeid i 2006 fordi medlemmene ikke blir enige om en løsning.

I november 2007 oppretter Bjørne Håkon Hanssen et nytt skift/turnus-utvalg, ledet av professor i samfunnsøkonomi Steinar Holden.

3. oktober 2008 overrekker Holden utvalgets rapport til arbeids- og inkluderingsminister Dag Terje Andersen.

– Skift og turnus likestilles ikke

Spekter er fornøyd med at Holden-utvalget ikke likestiller skift og turnus.

Viseadministrerende direktør i arbeidsgiverorganisasjonen Spekter, Anne-Kari Bratten, sier på Spekters hjemmesider at hun er fornøyd med Holden-utvalget. Hun

trekker spesielt fram to forhold:

– Det ene er at utvalget konkluderer med at såkalt ufrivillig deltid ikke kan løses uten å involvere utfordringer knyttet til behovet for helgearbeid. Det andre er at utvalget er enig med Spekter i at skift- og turnusarbeid er ulike arbeidstidsordninger, og ikke har noe med kjønnsdiskriminering å gjøre.

Utfordringer ifølge Spekter

Men alt er ikke rosenrødt i Spekters øyne heller. Bratten er kritisk til at en arbeidstidsreduksjon vil føre til behov for økt bemanning. Spekter peker også på at utvalget tar utgangspunkt i dagens hovedtariffavtale i staten.

– Men den avtalen omfatter relativt få med skift-/turnusarbeid.

Flere av virksomhetene i Spekter har allerede gått bort fra slike avtaler, eller ønsker seg bort fra dem. Deres erfaring er at denne beregningsmodellen er svært krevende å administrere og i praksis fører den til en større arbeidstidsreduksjon enn utvalget har lagt til grunn, sier Bratten.



4-08

Det finnes ingen snarvei til god helse



Til alle mammaer og pappaer:

Viktig for optimal utvikling!

I barndommen skal kropp og hjerne vokse og utvikle seg, da er riktig næring ekstra viktig. Möller's Tran inneholder en unik naturlig kombinasjon av næringsstoffer som er viktige for barns helse og utvikling.

DERFOR BØR BARN TA TRAN

OPTIMAL UTVIKLING AV HJERNEN

Möller's Tran er rik på den spesielle omega-3-fettsyren DHA. Dette stoffet er en av de viktigste byggeklossene for cellene i hjernen. Forskning viser at inntak av DHA har en positiv effekt på hjernens utvikling. En skje Möller's Tran gir mer DHA enn man finner i de fleste andre produkter (0,6 gram per 5ml).

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

- Helsedirektoratet

STERKT SKJELETT

Möller's Tran er en god kilde til vitamin D, som er viktig for opptak av kalsium i kroppen og dermed avgjørende for at kroppen skal kunne bygge et sterkt skjelett. Her i Norge hvor vi har lite sol, viser det seg at mange får for lite vitamin D. En skje Möller's Tran sørger for den anbefalte mengden vitamin D hver dag.

TRYGT NORSK NATURPRODUKT

Möller's Tran er et naturprodukt laget av 100% norsk fisk. Over 150 år med stadige forbedringer gjør at vi kan tilby tran av høyeste kvalitet. På vei fra fisk til flaske gjennomgår hver dråpe tran en avansert prosess og grundige kontroller for å sikre et rent og trygt produkt. Les om vår renhetsgaranti på våre hjemmesider.

TRANTIPS

- Gi tran til små barn før badetid, så unngår du søl og flekker på klærne.
- Prøv kald Möller's Tran med sitronsmak, mange synes den er bedre.
- Ta tran sammen med barnet – vær et godt forbilde.
- Ikke gi opp. De fleste venner seg til smaken etter en stund.

www.mollers.no

Grønt nr: 800 80 555

MÖLLER'S

GRUNNLAGT 1854





– Lærer mye av brukerne

MEDVIRKE: Teamleder Rita Hove og psykiatrisk sykepleier Siw Elisabeth Olsen syns teamet er blitt flinkere til å ta med brukerne. Fagfolk lærer mye av brukerne når de får reell mulighet til å medvirke.

Hos rehabiliterings-
teamet ved Salten
psykiatriske senter i
Bodø, har brukerne mye
de skulle ha sagt.

– Jeg har lyst å ta opp misbruk
som tema på brukerseminaret,
foreslår Fiona Kristensen.

Rundt et bord på Salten Psykia-
triske senter i Bodø sitter fire bru-
kere, en student og to ansatte og
kaster fram forslag til tema. Hver
vinter arrangerer de i fellesskap
et mestringsseminar for brukere

med alvorlige psykiske lidelser. 30
brukere og 20 ledsagere samles to
dager på hotell i Sulis, til fore-
lesninger og gruppearbeid. Neste
seminar blir det femte i rekken, og
planleggingen er akkurat begynt.

Fiona Kristensen er ny bruker
i ressursgruppa, og har forberedt
seg godt. Hun har tenkt mye på

hvilke tema hun mener det er
viktig å ta opp.

– Hva mener du med misbruk
i denne sammenheng? Kan vi
bruke begrepet overgrep for det
du beskriver? spør psykiatrisk
sykepleier Siw Elisabeth Olsen.

Hun leder idediskusjonen, og
sammen med Fiona Kristensen



Brukermedvirkning er ofte et flott ord uten så mye konkret innhold.

Ståle Olsen, bruker

JUBILEUM: Ståle Olsen er kokk, og disker opp med kyllinggryte for å feire at det er femte gang de skal arrangere seminar for brukerne.

begynner hun å spesifisere hva begrepene overgrep og forsømmelse kan favne.

– Vi skal ikke bestemme tema i dag, men vi skal vurdere ulike forslag, presiserer Olsen, mens hun skriver på tavla.

– Fordommer og uvitenhet er også et tema som kan være viktig å ta opp, påpeker Mads Lund.

– Det er mange som tror at folk med psykiske problemer er farlige. Media fokuserer ofte veldig på psykisk lidelse som årsak når noen gjør noe galt. Og folk blir redde, sier Rita Brækka.

Hun har vært med i ressursgruppa helt fra starten, og sammen med Ståle Olsen er hun veteran i dette arbeidet.

Mestre symptomene

Rehabiliteringsteamet ved Salten psykiatriske senter er et ambulant team. De har åtte ansatte og følger opp om lag 70 brukere.

– Vi jobber ambulant og opp-

søkende, og møter brukerne der de er i sitt hverdagsliv, i boligene deres og på andre arenaer. Vår jobb er å hjelpe dem med å mestre det å leve med en langvarig psykisk lidelse, påpeker Siw Elisabeth Olsen.

Hun har jobbet på teamet siden 2003. Sammen med fem brukere og sosionom Erlend Mjelde jobbet hun fram ideen om å samle brukere til mestringsseminar. Det resulterte i ei ressursgruppe med fem brukere og to ansatte.

– Målet er å gi brukerne redskap til å mestre hverdagen med sykdommen. Det å få begreper og kunnskap kan gjøre det lettere å leve med symptomene. Seminarene gir brukerne håp. Her møter de andre brukere og ser hvordan disse har funnet måter å takle symptomene på, sier Erlend Mjelde.

De legger ikke skjul på at ideen med brukerseminar ble møtt med en del skepsis.

– Mange mente at vår brukergruppe ikke ville være i stand til å ha nytte av et slikt seminar. Men lederen på teamet vårt hadde tro på oss og ga oss frie tøyler, forteller Siw Elisabeth Olsen.

– Brukermedvirkning er ofte et flott ord uten så mye konkret innhold. Men i dette arbeidet har vi reell innflytelse. Vi er med på å bestemme. Dette er brukermedvirkning, påpeker Ståle Olsen.

Han har vært med i ressursgruppa siden arbeidet startet. Og siden det er det femte seminaret som skal planlegges, har han disket opp med kyllinggryte og salat til lunsj.

– Et jubileum skal markeres, mener Ståle Olsen, som er utdannet kokk og trives ved grytene.

Ser brukeren

De ansatte ved rehabiliteringsteamet mener de er blitt flinkere til å se brukerne som ressurspersoner og til å ta dem med i

prosessene. Nylig inviterte de en av brukerne til å være med på å intervju søkere til en ledig stilling ved teamet.

– Hva lærer dere som fagfolk av brukerne?

– Vi mener i utgangspunktet at alle mennesker er likeverdige. Men i praksis fungerer dessverre ikke hjelpeapparatet alltid slik. Tradisjonelt sett har vår brukergruppe ofte blitt undervurdert. Men jeg ser at brukermedvirkning reduserer skillet mellom brukere og fagfolk. Møtet med brukerne har lært meg at det finnes ingen grenser for hva vi sammen kan få til. Grensene eksisterer stort sett i hodene våre, påpeker Siw Elisabeth Olsen.

– Samtidig må vi leve med å få ting snudd på hodet. Ofte kan vi ha ulik verdensforståelse, og vi blir utfordret, påpeker hun

Rita Hove, leder for rehabiliteringsteamet, syns brukermedvirkning gjør jobben mer interessant.



Så lenge vi er ærlige og åpne overfor brukerne, går det meste.

Psykiatrisk sykepleier Siw Elisabeth Olsen

TURPRAT: Turgrupper for brukerne er en del av tilbudet til rehabiliteringsteamet. Fisking i Saltstraumen er populært, og samling rundt bålet gir rom for gode samtaler. Til høyre psykiatrisk hjelpepleier Svein Arild Borge.

– Vi har fått bedre allianse med både brukere og med pårørende. Vi har nok fått bedre innsikt i og forståelse for den situasjonen de pårørende står i over lang tid, og vi er blitt mer ydmyke i forhold til det. De pårørende kjenner dessuten brukerne godt og er viktige allierte for oss, sier Hove.

Hun mener også brukermedvirkning er et viktig virkemiddel for å redusere bruken av tvang i psykiatrien.

– Ser dere noen begrensninger for hva som er mulig å få til?

– Vi kan godt være uenige med brukerne om hvordan ting skal gjøres. Vi kan fortelle brukeren hva vi mener er faglig best, og hva vi mener det er mest fornuftig av dem å gjøre. Men i bunn og grunn er det brukerne selv som skal ta valgene. Så lenge vi er ær-

lige og åpne overfor brukerne, går det meste, mener Siw Elisabeth Olsen.

Krever mer

Men brukermedvirkning krever også mer av brukerne. Ikke alle synes det er like lett.

– Vi har opplevd at brukere blir frustrerte over det, særlig i begynnelsen. Noen vil heller lene seg tilbake og få ei ferdig oppskrift av oss, påpeker psykiatrisk sykepleier Marit Skjevling.

– Det var mye frustrasjon over det gamle systemet, men samtidig var det trygt og enkelt å kunne kjeft på systemet når man var misfornøyd. Brukermedvirkning gjør at brukerne må ta mer ansvar. For noen oppleves det som ei stor utfordring, tilføyer hun.

De ansatte ved rehabiliterings-

teamet mener økonomien er ei stor utfordring.

– Brukermedvirkning er et honnørord. Men det følger lite penger med til å realisere det i praksis, selv om det er lovpålagt. Med innstramminger i budsjettet blir det heller ikke enklere. Systemet erkjenner ikke at brukermedvirkning faktisk koster penger, sier Siw Elisabeth Olsen.

I fjor ble hun utnevnt til årets sykepleier i Nordland av NSF sitt fylkeslag.

– Det var veldig overraskende, sier hun. Og medgir at det oppleves som en fin anerkjennelse av arbeidet teamet gjør for å få til reell brukermedvirkning.

Godt å bidra

Rundt bordet på møterommet går diskusjonen om media og

psykiske lidelser friskt mellom brukere og ansatte. Programmet må være klart før jul, og gruppa skal møtes seks ganger før året er omme. Etter jul skal de begynne å forberede gruppediskusjonene på seminaret. Rita Brækka mener arbeidet gir henne mye.

– Det er viktig at vi som kjenner det på kroppen får være med på å bestemme innholdet. Og for meg personlig har dette vært et interessant arbeid, sier hun.

Fiona Kristensen ser fram til å arbeide videre.

– Det føles godt hvis jeg kan bidra positivt for andre, selv om jeg har en sykdom.

Iplos-statistikk:

Viser kun tendenser

Den første statistikken basert på Iplos-registreringen er sluppet. Den er nokså barbert med data fra kun 164 av 430 kommuner. Og tallene er ikke overraskende.

Individbasert omsorg (Iplos)-registrering ble innført i 2006. Norsk Sykepleierforbund (NSF) har ønsket registreringen velkommen, mens Fagforbundet, Pensjonistforbundet og flere pasientorganisasjoner er imot registreringen, blant annet av personvern hensyn.

NSF mener at Iplos og Kostra (kommune- og stat-rapportering) har mange områder som kan forbedres for å kunne gi et fullverdig bilde på hvor hjelpetrengende pasientene er, hvilke tilbud de får, hvor mange som arbeider i de ulike delene av tjenestene, hvilken kompetanse de ansatte har og hvor pengene sluses.

Mangelfulle registreringer

90 prosent av de norske kommuner har rapportert inn til Iplos, men det viser seg at kvaliteten er svært varierende. Derfor har Statistisk sentralbyrå (SSB) inkludert kun 164 av 430 kommuner i statistikken, som altså baserer seg på dataene som gjelder for hele 2006.

– Hvor nyttig er funnene til SSB da?

– Man må bare se på det som en tendens, sier Anne Marie Flovik, spesialrådgiver i NSF.

Både Iplos og Kostra sliter med mangelfull registrering fra de små kommunene. Disse har lite personell til å utføre registreringene.

– Mange kommuner opplever nok at det er for utydelig hva og hvordan de skal rapportere i Kostra. Det fører til at registreringen praktiseres ulikt i kommunene. Det varierer også hvor godt Iplos er integrert i kommunene. Foreløpig er verken Iplos eller Kostra fullverdige, men NSF vil være med å utvikle disse registreringsverktøyene videre, sier Flovik.

Ikke overraskende tall

Den nye Iplos-statistikken viser at de som har de største behovene får mest tjenester. De yngre brukerne med behov for bistand bor hjemme og får tjenester der, mens de eldre i større grad bor på institusjon. Samtidig får hjemmeboende eldre med stort hjelpebehov mindre bistand i hjemmet enn yngre brukere.

– Dette er ikke overraskende resultater. De unge koster mest, siden de får hjelp hjemme. Det er i tråd med politiske føringer at institusjonene er tilrettelagt for eldre med stort pleiebehov, og at de yngre skal bli boende hjemme, sier Flovik.

31% Rabatt

På bestillinger av helsemøbler før 23. desember



Modus
HELLAND

Når helse og pleie står i sentrum

Modus - serien

Ny serie som leveres med spiler eller stopping i rygg. Sider åpne eller fylt. Lenestol, 2- og 3-seter leveres med vendbare rygg og seteputer med avtagbart trekk. Armlener kan leveres med stopping. Treverk i bjørk, bøk eik eller beiset.



Bo

Bo-serien

leveres som stol, 2-seter, 3-seter, høyrygget stol, stablestol, serveringsvogn, seng, nattbord og skap. Treverk i bjørk natur eller beiset. Avtagbart stoff, inkontinens trekk, formstøpt skum, og vendbare puter. Velg mellom flere armlener: ruter, spiler, åpne eller overstoppe.

Ergo - serien

kan leveres med inntil 5 cm ekstra sittehøyde. Armleneputer, inkontinens trekk, spisebrett, hjul, skyvehåndtak og fotbrett for høyrygget stol. Treverk i bøk eller bjørk, lyslakkert kirsebær eller mahognybeiset. Formstøpt sete og rygg i flammehemmende kaldskum. Høy stol m/reg. av rygg samt nakkestøtte. 2 og 3-seter har vendbare og avtagbare seteputer.



Ergo

Ta kontakt med prosjektavdelingen for informasjon, tilbud eller prisliste
Tlf: 22 88 01 82 E-post: o.holter@a-mobler.no
Se mer www.a-mobler.no



A-MØBLER

Strømsvn. 239 - Pb. 67 Alnabru - 0614 Oslo Tlf. 22 88 01 00 - Fax 22 88 01 96 Åpent: 10-21(18)

Sykehusinfeksjoner:

- **Dreper flere tusen**
- **Koster minst én milliard**

... men antall dødsfall som følge av sykehusinfeksjoner blir borte i uklare registreringsrutiner.

Bestemor ramler og slår seg. Hun blir lagt inn på ortopedisk avdeling. Etter en uke får hun lungebetennelse og dør noen dager senere. Men ingen statistiker kan lukte at hun døde av en sykehusinfeksjon. At hun ble drept på det stedet hvor hun skulle bli frisk, fordi noen slurvet med smittevernet.

Hos Dødsårsaksregisteret får vi vite at man ikke kan se hvor en eventuell infeksjon er ervervet ut ifra dødsårsaksstatistikken.

– Alle diagnoser som er skrevet på dødsmeldingen blir registrert. Men det er den underliggende dødsårsak som danner grunnlaget for statistikken. Det vil si den sykdom eller skade som startet rekken av sykelige tilstander som ledet direkte til døden, eller de ytre omstendigheter ved den ulykke eller voldshandling som var årsaken til den dødelige skaden, sier Gunvor F. Østevold hos Statistisk sentralbyrå.

Uenighet om tallene

De nasjonale prevalenstillene på sykehusinfeksjoner viser at det til enhver tid er rundt 6 prosent av sykehuspasienter og 7 prosent av sykehjemsbeboere i Norge som har en av de fire vanligste sykehusinfeksjonene.

Professor Bjørg Marit Andersen, overlege ved avdeling for hygiene og smittevern ved Ullevål universitetssykehus, holder seg til internasjonale beregninger for forekomst av sykehusinfeksjoner og dødelighet. De anslår at 10 prosent av dem som legges inn på sykehus smittes og at mellom 3–6 prosent dør. I Norge blir 700 000 innlagt på sykehus i året. Andersen hevder derfor at minst 70 000 sykehuspasienter smittes og at minst 4 000 dør av det årlig. Da har hun ikke tatt med sykehusinfeksjoner oppdaget etter utskrivelse fra sykehus (60 prosent oppdages etterpå) og alle som blir

smittet på sykehjem og andre helseinstitusjoner.

– Antakelig er dødeligheten høyere, sier hun.

Tallene er usikre. Bjørn Iversen, overlege ved avdeling for infeksjonsovervåking ved Folkehelseinstituttet, kan ikke gå god for Andersens beregninger. Men han kan heller ikke gi noe sikrere tall. Norge har rett og slett ikke ordentlige data på det.

Det alle er enige om, er at sykehusinfeksjoner koster. Både lidelse og penger. En milliard kroner er et minimumsanslag.

Prevalenstill til «egenpleie»

Sykehus er pålagt å ha en form for infeksjonsovervåking, og da har så godt som alle valgt å delta i prevalensundersøkelsene i regi av Folkehelseinstituttet. Det vil si at klokken 08:00 én dag på høsten og én dag på våren registrerer



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.

sykehusene forekomsten av de fire vanligste infeksjonene (urinveisinfeksjoner, nedre luftveisinfeksjoner, postoperative sårinfeksjoner og blodforgiftning).

35 prosent av helseinstitusjonene for eldre (med halvparten



GJEMT OG GLEMT: I Dødsårsaksregisteret hos Statistisk sentralbyrå står det ikke noe om det er en sykehusinfeksjon som ligger bak et dødsfall.

av landets sykehjemsbeboere) er også med. De registrerer tre av de samme infeksjonene, men i stedet for blodforgiftning rapporteres hudinfeksjoner.

– Selve registreringen er gjort på 5–10 minutter av en lege og en sy-

kepleier på hver avdeling, sier Bjørg Marit Andersen.

Hun synes prevalenstall er svært bra fordi det er såpass rimelig for alle parter.

– På Ullevål registrerer vi fire ganger i året, og tallene blir derfor

vel så gode som insidensregistrering, sier hun.

Men hun understreker at siden ikke alle sykehusinfeksjoner er med, kan det medføre feilinformasjon til sykehusledere og helsepolitikere. Store epidemier av for eksempel

norovirus eller *Clostridium difficile* kan unngå å bli registrert.

På små institusjoner kan prevalenstall lettere påvirkes av tilfeldige variasjoner. For Finnmark var for eksempel forekomsten i institusjoner for eldre nesten 17 prosent

høsten 2007, mens den var på 3,6 prosent våren 2008.

– For små institusjoner kan tre urinveisinfeksjoner fort gi en prevalens på 17 prosent, uten at de nødvendigvis har et smitteproblem. Nasjonalt og for store institusjoner fungerer prevalensundersøkelsene bra og gir oss en god pekepinn om infeksjonsforekomst, sier Hanne-Merete Eriksen, seniorrådgiver ved avdeling for infeksjonsovervåking ved Folkehelseinstituttet.

Både Bjørn Iversen og Bjørg Marit Andersen synes at prevalenstallene egner seg best for «egenpleie» for den enkelte helseinstitusjon og som en påminning om at smittevern er viktig.

– De egner seg dårlig for å sammenligne institusjoner og regioner med hverandre, og over tid kan andre faktorer som liggetid påvirke resultatet, sier de.

Tungvinte insidenstall

Prevalenstall sier altså ikke hvor mange som smittes eller dør av sykehusinfeksjoner i Norge. Kanskje hadde det vært bedre med insidenstall? Slike tall forteller nemlig om den faktiske forekomsten, ved at alle nye tilfeller i løpet av året rapporteres.

I Norge har vi siden 2004 hatt en begrenset insidensrapportering på postoperative sårinfeksjoner gjennom NOIS (norsk overvåkings-system for infeksjoner i sykehustjenesten). Overvåkingen skjer i en tremåneders periode hvert år, og vil på sikt bli kontinuerlig. Det er valgt ut fem kirurgiske inngrep, og alle sykehus er pålagt å rapportere minst ett av dem: Keisersnitt, innsetting av proteser i hofteledd, fjerning av blindtarm, fjerning av galleblære og bypassoperasjon.

– Hvorfor ikke innføre insidensregistrering på alle sykehusinfeksjoner?

– Det ville blitt altfor omfattende, mener Eriksen ved Folkehelseinstituttet.

Hun får støtte fra Andersen ved Ullevål:

– Insidenstall krever mye bedre datasystemer enn vi har i dag og er

forferdelig arbeidskrevende. Det går ut over forebyggingsarbeidet. Vi har ikke fått ett øre til økt smittevernpersonell for å drive med NOIS-registreringen på Ullevål. Dessuten kan de føre til samme feilinformering som selektive prevalenstall, sier Andersen og forklarer med et eksempel:

Hun besøkte Mayo-klinikken i USA for noen år siden. Der registrerte de alle sykehusinfeksjoner og hadde gode datasystemer. Hver ansvarlig kirurg ble fulgt opp over år, og ble det for mange infeksjoner, kunne videre ansettelse stå i fare.

– De brukte svært mye tid på dette, men var allikevel usikre på resultatene fordi diagnosen «sykehusinfeksjon» var vanskelig å få satt. Både personlige interesser og sykehusets egen interesse ved tilsyn og sammenligning med andre sykehus, var årsaken, tror Andersen.

Dataproblem

Det er tre sykehus som ikke har levert tall til den siste NOIS-registreringen. Alle tre er i Oslo. Hovedforklaringen deres er manglende eller ikke-fungerende datasystemer.

– Mange sykehus har ikke fått til gode dataløsninger på hvordan de skal høste informasjonen fra journalene til infeksjonsovervåkingen, sier Iversen på Folkehelseinstituttet.

Han har også fått tilbakemeldinger om at insidensregistreringen går ut over forebyggingsarbeidet og at sykehusene ikke har satt av nok ressurser til det.

– Undersøkelser i andre land har vist at det å samle og bruke insidenstall i smittevernsarbeid i seg selv er et tiltak for å forebygge infeksjoner. Derfor er det viktig at det settes av ressurser til insidensovervåking, sier Hanne-Merete Eriksen.

Andersen fra Ullevål mener det er mye som står i journalene som ikke kan overføres.

– Ofte må smittevernpersonellet ringe for å klargjøre detaljer i journalene som grader av sår, grad av kontaminasjon, for eksempel. Dessuten er det tidkrevende å sende ut brev til alle pasienter der man spør hva de har opplevd i løpet av



MANGE SMITTES: – Prevalensstudier over mange år i Oslo, Oppland og Hedmark viser at 15 prosent av de opererte og 4–5 prosent av de ikke-opererte får en sykehusinfeksjon. Siden hver fjerde til hver femte sykehuspasient blir operert i dag, blir andelen med sykehusinfeksjon relativt høy, sier professor Bjørg Marit Andersen ved Ullevål universitetssykehus.

de første 30 dagene etter utskrivelse. Dette skal også følges opp. Det går minst én stilling til insidensmålinger ved Ullevål sykehus i dag, og den har vi ikke, sier hun.

Den beste registreringen

– Hvis verken prevalens- eller insidenstall fungerer, hva er da den best gjennomførbare registreringsmåten for sykehusinfeksjoner?

– Hvis de ble registrert som komplikasjoner gjennom DRG-kodeverket, ville de i alle fall ha blitt meldt og kommet inn i Statistisk sentralbyrås dataverk. Man kunne også registrert dødsfallene der, hevder Andersen.

Bjørn Iversen på Folkehelseinstituttet er usikker på om DRG-kodeverket vil kunne gi alle de nødvendige variablene som må med hvis man skal kunne sammenligne institusjoner med hverandre.

– Det kan fort bli feil dersom man sammenligner Rikshospitalet som har mange kompliserte

operasjoner med Feiringklinikken som kjører flest rutineoperasjoner, sier han.

– Hva foreslår du, da?

– Hvis vi utvider overvåkingen og avsetter ressurser, vil dagenes system med prevalens- og insidensregistrering være best når vi skal måle hvor mange som smittes. Når det gjelder død som følge av sykehusinfeksjoner, må vi utvikle prosjekter der vi bruker Norsk pasientregister. Da må vi vurdere ulike mulige dødsårsaker og sammenligne de med sykehusinfeksjon og de uten, for å se om det er forskjeller i dødelighet.

Iversen og kollegene har begynt å diskutere hvordan man best kan gjøre dette.

– Det er ressurskrevende å gjøre god infeksjonsovervåking. Sykehusene må ta ansvar, sette av ressurser og få it- og smittevernpersonellet til å samarbeide. Det finnes ingen lettvinne løsninger. Når vi har erkjent det, er vi et godt stykke på vei, sier han.

Slakter MRSA-veileder

Björg Marit Andersen er skuffet over den nye veilederen om MRSA-smitte. Hun frykter økt dødelighet av MRSA-infeksjoner hos eldre.

– Hvorfor er det ikke bra at MRSA-pasienter på sykehjem får mer human behandling og slipper langvarig isolasjon?

– De slipper langvarig isolasjon hvis de får en god sanering. Ved god sanering blir minst 95 prosent smittefrie. Disse pasientene skal aldri bli liggende på et rom alene over lang tid. Det må settes av mye

personalressurser på dem, samtidig som de må få komme jevnlig ut på tur. Den nye veilederen åpner for mer smittespredning og resultatet blir at flere eldre smittes og vil kunne dø av MRSA-infeksjon. Det er ikke særlig humant, sier Björg Marit Andersen, overlege ved avdeling for sykehus-hygiene og smittevern ved Ullevål universitetssykehus.

– Å sette av mye personell til isolering på små sykehjem høres dyrt ut?

– Det blir bedre, fordi alle vinner på det. Folkehelseinstituttets forslag må bli fryktelig dyrt, for hvis sykehjempasientene nå skal inn på sykehus, må de testes og isoleres. Det samme gjelder for helsepersonell.

Hun understreker at de nye

reglene også vil gjøre det vanskeligere for sykepleierstudenter i praksis på sykehjem.

– Blir de smittet, må de saneres og følges opp. Dermed vil de kunne få avbrekk i studiene. De som er plaget med eksem, vil få mer langvarige problemer med å bli kvitt smitten.

– Er det ikke noe positivt med den nye veilederen?

– Jo, det er en forbedring at eksponeringstiden har blitt flytta til tolv måneder i stedet for seks. Nå kan vi spørre om pasienten har vært i kontakt med utenlandsk helsevesen de siste tolv måneder, i stedet for

bare de siste seks. Også oppfølgings-tiden for pasienter og personale som har blitt sanert, er utvidet til tolv. Det som er synd, er at dette bare gjelder i sykehus. Det burde ha vært slik i primærhelsetjenesten også.



Dette er saken:

I Sykepleien nummer 13 skrev vi om den nye MRSA-veilederen fra Folkehelseinstituttet som blant annet vil lempe på kravene til isolasjon av MRSA-smittede pasienter på sykehjem. På side 76 i dette nummeret slakter professor Björg Marit Andersen og hennes kolleger den nye veilederen.



SKEPTISK: Professor Björg Marit Andersen ser ikke mange lyspunkt i den nye MRSA-veilederen.

TRYGGE TESTER AV ALKOHOL OG NARKOTIKA



Palmenco har siden 1970-tallet levert alkohommålere med høy kvalitet og teknikk til helsesektoren i de nordiske landene.

Vi utvider nå vårt produktsortiment med narkotikaanalyser.

Mer informasjon på:
www.palmenco.se




VIKDALSGRÄND 10 A | BOX 4153 | 131 04 NACKA SVERIGE | TLF +46 8 556 616 30 | FAKS +46 8 747 15 35

Må regne med bank på jobben

Mauritius i Det indiske hav er et eksotisk paradys for turistene. Men å være sykepleier her innebærer ofte trakassering og vold fra fattige og frustrerte pasienter. For sykepleier Vikash Heeramun gikk det veldig galt på en ekstravakt.


I smale, støvete gater i Mauritius sin hovedstad går menn og kvinner med enorme bunter strå på ryggen, kurver med kokosnøtter eller barn i knytter på magen. På gatehjørnene sitter menn med sigaretter i munnviken og ser på livet. Duften av indisk mat og frisk fruktjuice siver forbi neseborene. Taxisjåførene står parat utenfor bilene sine og roper «taxi, where you wanna go, good price for you». Den heldige utvalgte som får kjøre oss til den lille landsbyen Beaubassin midt i landet, låser dørene diskret idet vi kjører inn i nabolaget der sykepleierforbundet har lokalene sine.

– Hvorfor låser du? spør jeg forsiktig fra baksetet.



Mauritius

- Øynasjon i det sørvestlige Indiahavet, rundt 900 km øst for Madagaskar.
- Er et av Afrikas rikeste land.
- Befolkningen er en blanding av kreoler (etterkommere av afrikanske slaver), indere, etterkommere av franskmenn og kinesere.
- Hovedstaden er Port Louis.
- Landets sykepleiere er 60% kvinner og 40% menn.
- Offentlige helsetjenester er gratis.



Kilde: ICN Synthesis report 2002

– Å, det er bare litt mafia her, ikke noe å bry seg om. Greit å ta noen forholdsregler, svarer sjåføren og skrur opp volumet på radioen så de indiske tonene runger mellom vindusrutene.

Det er over 30 grader og høy luftfuktighet. Solen brenner i

nakken idet vi svinger opp foran huset og ser sykepleier Vikash Heeramun (31) vente i skyggen foran inngangen. Han tar oss med inn i mørket.

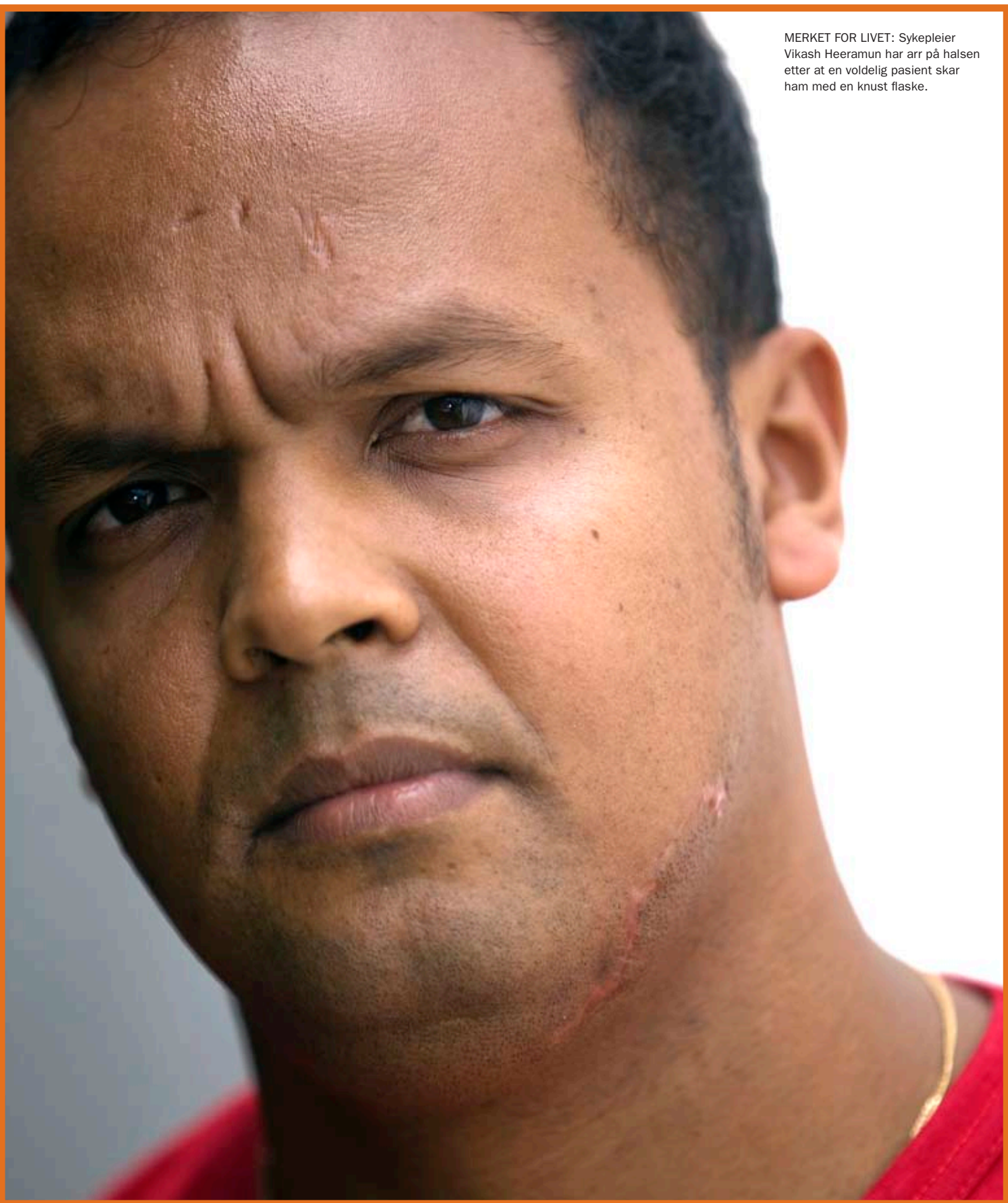
Kriminell pasient brøt seg ut
Heeramun smiler og hilser, men

virker stresset så snart noen beveger seg på siden eller bak ham. Han har et tydelig arr som går fra halsen og oppover på det venstre kinnet. Han hadde vært sykepleier i fem år da en traumatisk hendelse på jobben snudde livet hans på hodet.

– Å bli sykepleier har alltid vært drømmen min. Jeg er en rolig, hjelpsom person som bryr meg om mennesker, og jeg trivdes godt i jobben. Helt til den skjebnesvangre dagen, 29. august 2007, sier han og ser i bakken.

Han hadde bare jobbet på det psykiatriske sykehuset i et halvt år da uhellet var ute.

– Jeg skulle egentlig ikke jobbe



MERKET FOR LIVET: Sykepleier Vikash Heeramun har arr på halsen etter at en voldelig pasient skar ham med en knust flaske.



MATSALG 1: Et av de mange gatekjøkken som finnes i Port Louis.



MATSALG 2: En lokal bonde selger korn på gata.

den dagen. Jeg hadde frihelg da jeg fikk telefon om at jeg måtte steppe inn på grunn av sykdom. Da jeg kom, viste det seg at de manglet personell i høysikkerhetsavdelingen. Før jeg fikk sukk for meg ble det bestemt at jeg skulle sendes dit, selv om jeg aldri hadde jobbet der før. Jeg hadde bare vært innom i løpet av opplæringsperioden. Jeg hadde ingen erfaring med voldelige høyriskopasienter, men regnet med at det var forsvarlig, ettersom de sendte meg dit uten å blunke, forteller han.

Den første timen gikk alt fint. Men klokken 10 kom en CMP (criminal mental pasient) bort til stasjonen hans og hevdet at han skulle gå over til den åpne delen av sykehuset i besøkstiden. Heeramun kaller ham «Mr. L».

– Han virket veldig selvsikker. Jeg visste at han umulig kunne ha tillatelse til å gå ut, men sa ikke nei der og da, med tanke på at han var en høyriskopasient jeg ikke kjente. Jeg sa at jeg var opptatt, og at vi kunne snakke om det litt senere.

Han sa ingenting, bare snudde på hælen og gikk.

Like etter ble Heeramun advart av en avdelingssykepleier om at uansett hva han gjorde, måtte han ikke la pasienten gå ut, for han var veldig voldelig og hadde fått portforbud. Hun forklarte at spesialisten som behandlet mannen pleide å gi ham 50 rupi (rundt 10 kroner) hver gang han spurte om lov til å gå.

– Det var ikke stort jeg kunne gjøre med det nå, ettersom jeg ikke visste det på forhånd. Jeg gikk til lunsjpause og prøvde å glemme det, forteller Heeramun.

Men da han var på vei tilbake til avdelingen, så han plutselig pasienten komme mot ham ute i friluft.

– Jeg var sjokkert og visste ikke hvordan jeg skulle reagere. Hvordan i all verden hadde han kommet seg ut? Det var nå det hele startet, sier han.

– I dag blir din siste dag

Heeramun blir urolig i bevegelsene, må reise seg fra stolen for

å forklare med armene. Øynene beveger seg opp, til siden og ned, som om han helst ikke vil se scenen for seg.

– Først bare ropte han til meg, bannet og kalte meg stygge ting. Han hylte «I dag vil bli din siste dag! Jeg skal skjære deg opp».

Heeramun visste ikke annen råd enn å fortsette mot avdelingen, med hjertet bankende i brystet.

– Jeg kjente panikken komme. Mannen var så ute av kontroll, så full av hat, og jeg så ingen hjelp noe sted. Da jeg kom frem til døren, så jeg til min store overraskelse at en av de andre pasientene sto utenfor døren, han også! Han ropte også skjellsord til meg og sa: «Bare vent! I dag skal Mr. L gjøre ende på deg, han skal slå deg i hjel og skjære deg opp».

Han skyndte seg forvirret inn på avdelingen etter hjelp.

– Der så jeg avdelingsassistenten og en pleier sitte i panikk i den andre delen av rommet. «Hva skjedde», ropte jeg. De svarte at Mr. L var så voldelig og så umulig

å kontrollere, han hadde begynt å slå løs på dem da de ikke ville åpne, og de var ikke sterke nok, så de måtte bare slippe ham ut, sier han.

Heeramun skyndte seg til telefonen for å ringe oversykepleieren og be om assistanse. Men i samme øyeblikk kom Mr. L løpende, kastet seg over ham, slo og sparket. Mens han prøvde å forsvare seg, kom to andre pasienter bakfra og slo løs på ham i nakken.

– Jeg klarte å vri meg løs og løpe til et annet rom. Jeg fikk låst døren med en skyvelås og trodde jeg var i sikkerhet. Med bankende puls tok jeg opp mobilen for å ringe etter hjelp, i det jeg hørte et høyt smell, sier han.

Døren ble sparket opp, og inn kom Mr. L med en knust flaske i hånden.

– Han ropte: «I dag er din siste dag!» Så løp han mot meg for å kutte meg med flasken. Jeg fikk fullstendig panikk og måtte bare forsvare meg som best jeg kunne. Han skar meg i halsen og

Den kriminelle pasienten går fremdeles løs der oppe, og en vakker dag kommer noen til å bli drept på jobb.

i ansiktet, og jeg så blod dryppe ned på gulvet. Jeg fikk øye på mitt eget bilde i et speil på veggen og så at jeg hadde en stor, åpen flenge i halsen. Jeg var sikker på at jeg skulle dø. Men Gud må ha gitt meg beskyttelse, for hadde han skåret meg en centimeter lenger ned, hadde han tatt hovedpulsåren min, sier Heeramun stille.

Fikk skylden selv

Da Mr. L løp ut igjen, fant Heeramun et håndkle som han presset mot flengen i halsen, og ringte etter hjelp. Men ingen kom. Han måtte selv gå ut i korridoren og finne de andre.

– Da de endelig kom, skyldte de på meg. Jeg var blitt kastet inn på risikoavdelingen for første gang, uten forberedelser, og visste ingenting om pasientene der. Men jeg hadde selv skylden. Noen av kollegene mine sa til og med at jeg sikkert hadde godt av å bli jult opp litt. Jeg har aldri noen gang følt meg så alene og forrådt, forteller han.



TE-PLANTASJE: Hovednæringen på Mauritius er jordbruk.

Hver dag siden har Heeramun sett Mr. Ls ansikt og den ødelagte flasken for seg. Hver dag har han snudd seg raskt med hjertet i halsen når han føler at noen kommer bak ham. Hver natt våkner han av mareritt. Han kan fremdeles ikke åpne munnen helt, og han har tidvis lammelser i ansiktet. Han er blitt deprimeret, innesluttet og aggressiv. Selv om han er blitt overflyttet til et annet sykehus, føler han seg ikke trygg. Han må betale for dyre medisiner selv, og må jobbe ekstravakter for å klare å forsørge kona og den lille datteren.

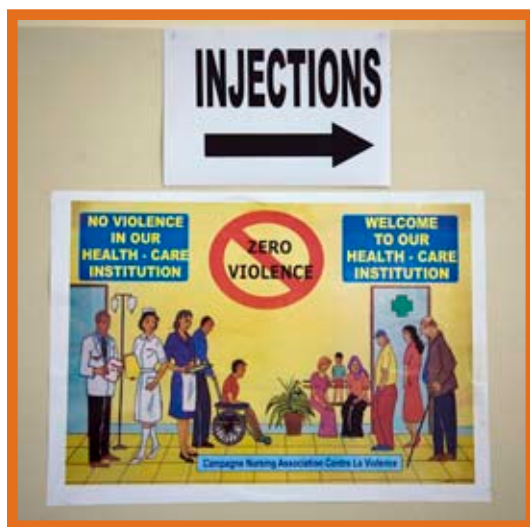
– Ingen hjalp meg eller forsto meg. De så på meg som om jeg hadde velte et vannglass, og det var det. Som om det ikke var så farlig. De snudde det hele på hodet for å redde sitt eget skinn. Men den kriminelle pasienten går fremdeles løs der oppe, og en vakker dag kommer noen til å bli drept på jobb, sier han alvorlig.

Verbal vold daglig kost

I et lite, hvitt murhus i den samme, lille byen møter vi Carmen Anazor, leder av sykepleierforbundet på Mauritius. Hun kjenner godt til

Heeramuns historie og generelt til problemene med vold mot helsepersonell. Anazor serverer kaker og kaffe i murhuset omgitt av kokosnøttpalmer, hennaplenter, banan-, mango- og papayatrær.

– Vikash Heeramun fikk ikke den hjelpen han trengte. Han ble ikke engang tatt alvorlig. Dette er et eksempel på hvor lite bevissthet det er rundt vold på arbeidsplassen for sykepleiere, og hvorfor prosjektet som støttes av Norsk Sykepleierforbund (se side 29) er viktig for oss her på Mauritius, forteller hun.



NSF-STØTTE: Disse plakatene har blitt laget med støtte fra Norsk Sykepleierforbund.



LEDER: Carmen Anazor leder sykepleierforbundet på Mauritius.

Kjent problem

Verbal vold, trusler og trakassering er daglig kost på helsesentre rundt om i landet. Folk er utålmodige og misfornøyde, bemanningen er lav, ventetommene er små og varme, og mange mennesker har manglende tillit til helsetjenesten.

– Noen ganger går det for langt. Sykepleiere har opplevd å bli truet, slått, forbrent, skåret opp og bitt av sinte pasienter. Et system for å takle slike hendelser er ikke etablert, men nå er vi på vei.

Et økende antall voldelige hendelser de siste årene kan blant annet skyldes at antall alkohol- og rusmisbrukere i landet er økende. Rusmisbruk avler vold. Dessuten har Mauritius opplevd stor fraflytting av kvalifiserte fagfolk.

– Mange sykepleiere har søkt lykken i andre land, så vi har ikke nok personell til å ta oss av alle pasientene på en tilfredsstillende måte. Derfor blir det større misnøye og vanskelig å takle farlige situasjoner når de oppstår, sier Anazor.

Offentlige helsetjenester er gratis. Derfor har mange holdningen at «de har jobb fordi vi er syke.» Derfor synes de at pleierne skylder dem enda mer.

At Mauritius er et flerkulturelt samfunn skaper også problemer i spente situasjoner.

– Ulike etniske grupper har dessverre fordommer overfor hverandre, noe som kan føre til store uoverensstemmelser, sier Anazor.

Holdningskampanje

For å endre folks holdninger og bidra til å skape bedre rutiner, reiser Carmen Anazor og medarbeiderne hennes rundt på øya, holder kurs og informerer. De lærer de ansatte hvordan de kan samarbeide bedre og hvor viktig det er med åpen, tålmodig kommunikasjon – både overfor pasienter, slektninger, kolleger og administrasjon.

– Som sykepleiere jobber vi med en veldig komplisert maskin: Mennesket. I tillegg er det ofte en syk maskin, og det gjør det ikke noe enklere. Måten man snakker til

folk på kan gjøre hele forskjellen, sier Anazor.

En stor del av prosjektet handler om å informere og bevisstgjøre. Store, fargerike informasjonsplakater med påskriften «Null vold» er derfor hengt opp på alle sykehus og helsesentre i landet – på engelsk, fransk og kreolsk. I tillegg deles brosjyrer ut til pasienter og pårørende.

– Disse har vist seg å ha positiv effekt. De får pasientene til å tenke seg om to ganger før de hever stemmen uten grunn. Informasjonen tjener som en form for kommunikasjon, selv om de ikke har fått personlig hjelp ennå, sier Anazor.

All vold skal rapporteres

Prosjektledelsen har dessuten sørget for å plassere rapporteringsbøker på alle institusjonene, der hvert tilfelle av vold – fysisk, psykisk eller verbal – skal nedtegnes.

– Rapportering er kjempeviktig. Bare slik kan vi få oversikt og finne ut hvor vi må være til stede og

hvor vi kan hjelpe, sier Carmen.

Til og med det fysiske miljøet på institusjonene tas mer hensyn til enn før.

– Vi prøver å være bevisst på hvilket førsteinntrykk pasientene får når de ankommer et helsesenter, samt hvilke omgivelser de har rundt seg hvis de legges inn. Enkle detaljer som fargen på rommet, hvor åpent og lyst det er, hvor god ventilasjonen er og så videre kan ha mye å si. Feberhete, mørke venterom kan fort føles klaustrofobisk hvis man er veldig dårlig, sier hun.

Fremfor alt minner de sykepleierne på hvor verdifulle de er, og hvor viktig deres rolle er i samfunnet.

– Det er lett å fokusere på alt som er galt. At man er lavtlønnet, stresset og har for mye ansvar. Men man kan også velge å fokusere på alt det positive – være stolt av den flotte jobben man gjør for å hjelpe andre, smiler hun.

– Virkelig kjærkommen hjelp

Norsk Sykepleierforbund støtter et prosjekt for å bekjempe vold på arbeidsplassen i fem afrikanske land.

Carmen Anazor er valgt ut som landets ressursperson for prosjektet «Addressing violence in the workplace», støttet av Norsk Sykepleierforbund (NSF) gjennom et samarbeid med paraplyorganisasjonen SANNAM (Sadc AIDS Network for Nurses and Midwives) for sykepleiere i det sørlige Afrika.

– Vi bor i et vakkert land med mange muligheter, men vi er ikke kommet så langt som dere i å organisere oss og skape gode, trygge

arbeidsrutiner. Så denne hjelpen er virkelig kjærkommen, forteller hun.

Liten bevissthet om vold

Mauritius er ett av fem land som får støtte til et treårig prosjekt som skal forebygge og bekjempe vold på arbeidsplassen. De fire andre er Botswana, Lesotho, Swaziland og Zanzibar.

– Vold på arbeidsplassen er en kjent utfordring også i Europa, men i flere afrikanske land er problemet spesielt påtrengende, ettersom helsevesenet sliter med mange kompliserte sykdommer og ofte er svært underbemannet. NSF har hatt en rammeavtale med Norad siden 2002 som gjør at vi får dekket 90 prosent av utgiftene til prosjekter i andre land. Vi støtter inntil fire prosjekter hvert år i ulike deler av

verden, sier spesialrådgiver i NSF, Michael Vitols, som selv har besøkt sykepleierne på Mauritius for å følge opp prosjektet.

Vold på dagsorden

De fem landene er valgt ut blant 14 medlemsland i SADC (Southern African Development Community). I hvert land trenes 30 sykepleiere fra 10 institusjoner opp til å holde workshops og videreføre kunnskapen på sin arbeidsplass. Da prosjektet ble satt i gang på Mauritius, var ikke vold engang et tema hos helsemyndighetene.

– Det var veldig liten bevissthet rundt hva som defineres som vold og hva som bare er «en del av jobben». Det var ingen forebyggende

tiltak mot vold eller rutiner for hva man skal gjøre hvis ulykken er ute. Det til tross for at Mauritius har opplevd noen ganske alvorlige voldsepisoder på helseinstitusjoner, sier han.

Vitols påpeker at Mauritius ser veldig idyllisk ut på overflaten, med vakker natur, god infrastruktur og veletablert turisme.

– Men kommer man litt under overflaten, legger man merke til at goder vi tar for gitt i Norge, som et velfungerende helsevesen og et sterkt og ansvarsfullt sivilsamfunn, ofte ikke er til stede. Det tar tid å rette på ting og skape nye holdninger – også når det gjelder vold på arbeidsplassen, sier han.

Hva er vold?

Mange sykepleiere har ikke klart for seg hva «vold» egentlig er. De er blitt vant til å se på trakassering, trusler og fysiske tilnærmelser som en del av jobben.

– Hvis noen blir trakassert eller slått på et fly, er det straks en rettslig situasjon. Men aggressiv oppførsel i helsesektoren dysses ned og tas ikke alvorlig. Vi trenger en lov som stadfester at slikt ikke er en del av jobben, at helsepersonell fortjener like mye respekt som andre mennesker, sier Carmen Anazor, leder av sykepleierforbundet på Mauritius.

Men vold handler ikke alltid om slag og spark. En undersøkelse utført av sykepleierforbundet på

Mauritius viser at hele 80 prosent av pleierne føler seg trakassert av kolleger eller overordnede. Mange uteblir fra jobben på grunn av dårlig selvtillit, stress og angst. Denne psykiske og verbale volden har foreningen jobbet aktivt med i løpet av prosjektiden.

– Vi har hatt åpne møter med alle de ansatte på hver institusjon der vi har snakket om slike situasjoner, om hvordan man skal kommunisere med hverandre, respektere hverandre og takle uoverensstemmelser som oppstår, forteller president i sykepleierforbundet og ansvarlig for undersøkelsen, Kuthy Periasamy.



Vold på arbeidsplassen

Ifølge ILO (International Labour Organization), er vold en av de største risikofaktorene på arbeidsplassen sammen med narkotika, alkohol, tobakk og hiv/aids.

Vold i helsesektoren utgjør 25% av all jobbrelatert vold. Dette forekommer i alle land i større eller mindre grad.

Mer enn halvparten av verdens helsearbeidere har vært utsatt for verbal vold.

Vold i helsesektoren på Mauritius skjer først og fremst på psykiatriske institusjoner og på akuttmottak.

Etter flere voldelige episoder og kaotiske situasjoner på landets helsesentre, har helsedepartementet oppnevnt en nasjonal sikkerhetskomité. I 2004 avgjorde den at alle akuttmottak skulle ha politi til stede 24 timer i døgnet.

Konsekvenser av vold på arbeidsplassen:

- Sjokk, sinne, frykt og depresjon
- Fysiske skader
- Høyere stressnivå
- Manglende selvtillit og tro på egen kompetanse
- Paralyserende skyldfølelse
- Unnvikende atferd og redusert kvalitet på arbeidet
- Økt fravær fra jobben
- Lavere motivasjon og effektivitet

– Ikke et likestillingsbudsjett

– Nok et statsbudsjett er lagt fram uten noe konkret på likelønn og likestilling av skift og turnus. Praten om likestilling må over i budsjettet, mener NSF-leder Lisbeth Normann.

Løftene fra valgkampen i 2005 og skriften i Soria Moria-erklæringen var klare: Regjeringen skal jobbe for likelønn og likestille skift og turnus. To regjeringsoppnevnte ekspertutvalg har gitt kvinner rett i at dagens situasjon på begge disse områder er uholdbar.

I forrige uke la Stoltenberg-regjeringen fram sitt siste budsjett før valget.

Ikke lønnsloft

– Vi er skuffet over at regjeringen i det framlagte forslag til budsjett ikke har lagt inn midler for å utjevne disse urettferdige forskjellene mellom menn og kvinner. Men nå har Stortinget fått sakene på bordet, og vi venter at politikerne tar tak i det i budsjettbehandlingen, sier Norsk Sykepleierforbunds (NSF) leder Lisbeth Normann.

KS og Unio ber også regjeringen følge opp Likelønnskommisjonen med et lønnsloft for de kvinneledede utdanningsgruppene i kommunal sektor. Arbeidsgiver- og arbeidstakerorganisasjonen krever i felles brev til statsministeren at det settes av mer enn tre milliarder kroner for å skape likelønn i offentlig sektor.

– Diffust kommunebudsjett

– Regjeringen har tatt hensyn til signalene fra kommunesektoren. Men en stor del av befolkningen

vil nok ha større forventninger til kommunene enn det budsjettet legger opp til, sier KS-leder Halvdan Skard.

KS mener det er behov for en vekst på 6 milliarder kroner i frie inntekter (skatt og rammetilskudd) for å bringe balanse i kommuneøkonomien neste år.

– Regjeringen tar til en viss grad høyde for det når den bevilger 4,66 milliarder kroner, ifølge Skard.

Forbundsleder Lisbeth Normann synes forslag til kommunebudsjett er for diffust. Men hun ser ikke helsvart på det.

– 15 millioner kroner til et prosjekt med undervisningshjemmetjenester for å stimulere til fagutvikling, forskning og utvikling av gode læringsmiljøer er positivt, sier Normann.

Likeverdig finansiering

Regjeringen vil ikke kutte i bevilgningene til Helse Sør-Øst. Derfor får de tre andre helseregionene 600 millioner kroner i økte bevilgninger.

– Det er positivt at regjeringen har valgt å følge Magnussenutvalgets innstilling og vil rette opp skjevfordelingen mellom helseregionene. Nå kan vi få en likeverdig finansiering, sier Lisbeth Normann.

Ut over generelle pris- og lønnsjusteringer er sykehusøkonomien

MILLIARDÆR: Med sine 131,4 milliarder kroner er helseminister Bjarne Håkon Hanssen den nest rikeste statsråden i regjeringen. Oppi vesken ligger statsbudsjettet.



foreslått styrket med 6,5 milliarder kroner i 2009.

I tillegg til å rette opp skjevfordelingen mellom helseregionene, vil 3,9 av disse milliardene gå med til å dekke pensjonskostnader til de ansatte. Pasientene vil sitte igjen med litt over 1 milliard kroner til økt pasientbehandling. Dette skal gjøre det mulig å behandle 1,5 prosent flere pasienter neste år ved landets sykehus.

Mer til rusfeltet

I forslag til statsbudsjett legger regjeringen opp til å øke budsjettet for rusfeltet med 300 millioner kroner. Dermed blir rusfeltet styrket med til sammen 685 millioner

kroner siden opptrappingsplanen for rusfeltet startet i 2006.

– Riktig retning, men ikke nok, mener spesialrådgiver Svein Roald Olsen i NSF.

NSF mener også opptrappingsperioden 2006–2010 er altfor kort.

– Planen bør utvides i to år, sier Svein Roald Olsen.

– Satsningen innen rusfeltet må også ses i sammenheng med psykiatritilbudet. Dette henger nøye sammen.



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

artefilno // 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

Se preparatomtale side 57

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

Indikasjoner: Antikonsepsjon.

Dosering: Tablettene må tas som angitt på pakningen, hver dag til omtrent samme tid. 1 tablett tas daglig i 28 etterfølgende dager. Etter at den siste inaktive tablett er tatt, starter en med nytt brett dagen etter. I løpet av de 7 dagene med inaktive tabletter inntreffer en bortfallblødning. Oppstår: Ingen tidligere hormonell prevensjonsbruk (i løpet av den siste måneden); Medisineringsen skal starte på dag 1 i kvinnens normale syklus. Det er tillatt å starte på dag 2-7, men da anbefales i tillegg en annen prevensjonsmetode (f.eks. kondomer og sæddrepende middel) i løpet av de 7 første dagene en tar tablettene. Skifte fra et annet kombinasjonspreparat: Medisineringsen bør starte dagen etter den vanlige tablettfrie perioden eller perioden med inaktive tabletter til foregående kombinasjonspreparat. Skifte fra et rennet progestogenpreparat (minipille, progestogeninjeksjon/implantat): Kvinnen kan når som helst skifte fra minipille og begynne med preparatet neste dag. En bør starte dagen etter fjerning av et implantat eller, dersom en bruker injeksjon, dagen etter neste injeksjon skal foretas. I alle disse situasjonene, anbefales å bruke en tilleggssprevensjon de 7 første dagene en tar tablettene. Etter abort i første trimester: Medisineringsen kan starte umiddelbart. Andre prevensjonsmetoder er ikke nødvendig. Etter fødsel eller abort i 2. trimester: Siden den umiddelbare postpartumperioden er assosiert med en økt risiko for tromboemboli, skal p-pillar ikke anvendes tidligere enn 28 dager etter fødsel, hos ikke ammende eller etter abort i 2. trimester. Tilleggsprevensjon anbefales de 7 første dagene. Dersom samleie har funnet sted, må graviditet utelukkes før en starter med et kombinasjonspreparat, ellers må kvinnen vente på sin første menstruasjonsperiode. Effekten av p-pillare reduseres når tabletter glemmes eller ved oppkast. Se pakningvedlegg.

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

Forsiktighetsregler: Før behandling initieres, foretas grundig undersøkelse inkl. mammaundersøkelse, blodtrykksmåling, samt en grundig familieanamnese. Hyppigheten og typen av etterfølgende undersøkelse bør være basert på etablerte retningslinjer og tilpasses individuelt. Forstyrrelser i koagulasjonssystemet skal utelukkes hvis det i nærmeste familie allerede i yngre år har forekommet tromboemboliske sykdommer (først og fremst dyp venetrombose, hjerteinfarkt, slaganfall). Ved unormale vaginalblødninger skal undersøkelser gjennomføres for å utelukke kreft. Kvinner fra familier med økt forekomst av brystkreft eller som har benigne brystknuter, må følges opp spesielt nøye. Sigarettøyking øker risikoen for alvorlige kardiovaskulære bivirkninger ved bruk av p-pillar. Denne risikoen øker med alder og mye røyking og er ganske markert hos kvinner over 35 år. Kvinner som bruker p-pillar må på det sterkeste anbefales ikke å røyke. Bruk av kombinasjons-p-pillar er assosiert med økt risiko for arterietrombose og tromboemboli. Rapporterte hendelser inkl. hjerteinfarkt og cerebrovaskulære hendelser (ischemi og blødningslag, transitorisk ischemisk attack). Eksponering for østrogen og progestagener bør minimeres. Forskrivning av kombinasjons-p-pillar med minst mulig østrogen- og progestageninnhold anbefales. Risikoen for arterietrombose og tromboemboli øker ytterligere hos kvinner med underliggende risikofaktorer. Må brukes med forsiktighet hos kvinner med risikofaktorer for kardiovaskulære lidelser. Eksempler på risikofaktorer for arterietrombose og tromboemboli er: Røyking, hypertensjon, hyperlipidemi, overvekt og økt alder. Kvinner som bruker perorale kombinasjons-p-pillar og som har migrene (spesielt migrene med aura), kan ha økt risiko for slag. Opptrer tegn på emboli (f.eks. akutte brystmerter, tungpustethet, syns- eller hørselsforstyrrelser, smerter og hevelse i en eller begge underkremittene) under behandlingen skal preparatet seponeres og pasienten undersøkes nøye. Bruk av kombinasjons-p-pillar er assosiert med økt risiko for venetrombose og tromboemboli. Den økte risikoen er størst blant førstegangsbrukere det første året. Risikoen er imidlertid mindre enn under graviditet. Venøs tromboembolisme er dødelig i 1-2% av tilfellene. Risikoen øker ytterligere hos kvinner med tilstander som predisponerer for venetrombose og tromboembolier. Eksempel på risikofaktorer for venetrombose og tromboembolier er: Overvekt, kirurgisk inngrep eller skader som øker risikoen for trombose, nylig gjennomgått fødsel eller abort i 2. trimester, forlenget immobilisering og økt alder. Om mulig, bør behandlingen med kombinasjons-p-pillar avbrytes 4 uker før og 2 uker etter elektiv kirurgi hvor det er økt risiko for trombose og ved forlenget immobilisering. Bruk av p-pillar er assosiert med godartet adenomer i lever, selv om insidensen av disse er sjeldne. Risikoen synes å øke med varigheten av behandlingen. Disse ytrer seg som akutte bukmerter eller akutt intraabdominal blødning. Preparatet skal da seponeres og pasienten undersøkes nøye. Ruptur kan forårsake død gjennom intraabdominal blødning. Kvinner som tidligere har hatt kolestase forårsaket av perorale kombinasjons-p-pillar, eller har hatt kolestase under graviditet, har større risiko for å få denne tilstanden ved bruk av perorale kombinasjons-p-pillar. Pasienter som bruker perorale kombinasjons-p-pillar bør derfor overvåkes nøye, og dersom tilstanden vender tilbake, bør behandlingen avbrytes. Det er rapportert tilfeller av retinalvaskulær trombose. P-pillar må seponeres dersom det forekommer uforklarlige delvis eller fullstendige synsforstyrrelser, proptose eller dobbeltsyn, papillødem, eller skader i retinalvaskulatur. Glukoseintoleranse er rapportert og kvinner med diabetes eller nedsatt glukoseintoleranse skal følges opp. Dersom kvinner med hypertensjon velger å bruke p-pillar, må de overvåkes nøye og dersom signifikant økning av blodtrykk oppstår, må preparatet seponeres. Bruk av perorale kombinasjons-p-pillar kan være assosiert med økt risiko for cervical intraepitelial neoplasie eller invasiv livmorhalskreft hos enkelte kvinnepopulasjoner. Imidlertid er det fremdeles kontroversielt hvorvidt omfanget av slike funn kan skyldes forskjeller i seksuell adferd eller andre faktorer. Adekvate diagnostiske tiltak er indisert ved udiagnostisert abnormal underlivsblødning. Utvikling eller akutt forverring av migrene eller utvikling av hodepine med annet forløp som er tilbakevendende, vedvarende eller alvorlig, krever at p-pillar seponeres og at årsaken vurderes. Kvinner med migrene (spesielt migrene med aura) som bruker kombinasjons-p-pillar kan ha økt risiko for slag. Gjennombruddsblødninger og sporblødninger sees spesielt de 3 første månedene. Adekvate diagnostiske tiltak må iverksettes for å utelukke kreft eller graviditet ved gjennombruddsblødninger på samme måte som ved annen unormal vaginalblødning. Dersom patologi er blitt utelukket, kan fortsatt bruk av de perorale kombinasjons-p-pillare eller bytte til annen formulering løse problemet. Noen kvinner kan oppleve postpille amenoré muligens med anovulasjon, eller oligomenoré, spesielt når slike forhold har eksistert tidligere. Kvinner som behandles for hyperlipidemi skal følges tett. En liten andel kvinner vil få ugunstige lipidforandringer når de bruker p-pillar. Ikke-hormonell prevensjon bør vurderes ved ukontrollert dyslipidemi. Vedvarende hypertriglyceridemi kan forekomme. Økninger i plasmatriglyserider kan føre til pankreatitt og andre komplikasjoner. Akutt eller kronisk leverdysfunksjon kan nødvendigvis seponering inntil leverfunksjonen returnerer til normalt. Pasienter som blir klart deprimeret når de bruker p-pillar, må forsøke å klarlegge om symptomene er relatert til medikamentet. Kvinner med en sykehistorie med depresjon skal observeres nøye og preparatet skal seponeres dersom det utvikles alvorlig depresjon. Pasienter bør informeres om at preparatet ikke beskytter mot HIV-infeksjon (AIDS) eller andre seksuelt overførbare sykdommer. Pasienter med sjeldne arvelige problemer med galaktoseintoleranse, en spesiell form for heredittær laktasemangel (Lapp lactase deficiency) eller glukose-/galaktosemalabsorpsjon bør ikke ta dette legemidlet. Utsettelse av menstruasjonen: Menstruasjonen kan utsettes ved først å ta de rosa tablettene og så kaste brettet uten å ta de 7 hvite tablettene. Start deretter direkte på et nytt brett.

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

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

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

Overdosering/Forgiftning: *Symptomer:* Kvalme, oppkast, brystømhet, svimmelhet, bukmerter, tretthet/utmattelse, blødninger ved seponering hos kvinner. *Behandling:* Intet spesifikt antidot. Dersom videre behandling av overdose er nødvendig, rettes denne mot symptomene.

Egenskaper: *Klassifisering:* Monofasisk østrogen/progestogen kombinasjons-p-pille. Lavdosepreparat. *Virkningsmekanisme:* Hemmer effekten av gonadotropiner. Hovedmekanismen for denne effekten er inhibisjonen av ovulasjonen, men andre endringer som inntreffer omfatter endringer i cervixslimhinne (hemmer spermienes evne til å nå inn til livmoren) og endringer i endometriet (reduserer sannsynligheten for implantasjon). Det er vist 35% reduksjon av det totale antall akne-lesjoner i ansiktet ved bruk av lavdoserende p-pillar (100 µg levonorgestrel/20 µg etinyløstradiol). *Absorpsjon:* Levonorgestrel blir raskt og fullstendig absorbert etter oral administrering. Biotilgjengelighet ca. 100%. Etinyløstradiol blir raskt og nesten fullstendig absorbert fra mave-tarmtraktus, men pga. «først pass»-metabolisme i tarmmucosa og lever, er biotilgjengeligheten til etinyløstradiol mellom 38% og 48%. *Proteinbinding:* Levonorgestrel er i serum primært bundet til SHBG (kjønnsormonbindende globulin). Etinyløstradiol er i plasma 97% bundet til albumin. Etinyløstradiol bindes ikke til SHBG, men inducerer SHBG-syntese. *Halveringstid:* Halveringstiden for levonorgestrel er ved «steady state» ca. 36 timer, for etinyløstradiol ca. 18 timer. *Metabolisme:* Levonorgestrel og etinyløstradiol metaboliseres i lever, etinyløstradiol hovedsakelig via CYP 3A4. *Utskillelse:* Levonorgestrel og dets metabolitter blir primært utskilt i urin (40-68%) og ca. 16-48% blir utskilt i fæces. Etinyløstradiol: Ca. 40% utskilles via urin, og ca 60% blir utskilt i fæces.

Andre opplysninger: Bruk av p-pillar kan påvirke resultatene av enkelte laboratorietester, inkl. biokjemiske parametre knyttet til lever-, thyroidea-, binyre- og nyrefunksjoner, plasmanivå av proteiner (f.eks. kortikosteroidbindingsglobuliner og lipid/lipoprotein-fraksjoner), parametre i karbohydratmetabolismen og koagulasjons- og fibrinolyseparametre. Vanligvis holder endringene seg innen normale laboratorieverdier.

Pakninger og priser: Pakninger og priser: 3 × 28 stk. kr 230,30. 6 × 28 stk. kr 430,00.

Referanser:

1) Loette SPC (Summary of Product Characteristics), SLV 2006-10-04. 2) Microgynon SPC (Summary of Product Characteristics), SLV 2007-06-28. 3) Coney P, Washenik K, Langley RG, DiGiovanna JJ, Harrison J, Contraception. 2001 Jun;63(6):297-302. 4) Felleskatalogen

Smertelige kjønnsforskjeller

Kvinner har mer vondt enn menn. Men hvorfor?

Kvinner og smerte er tema for organisasjonen International Association for the Study of Pain (IASP). Den har blinket ut 2007-2008 som «Global Year Against Pain in Women» under slagordet «real women, real pain». Hensikten er å rette oppmerksomheten mot konsekvensene av kroniske smerter hos kvinner og mangelen på interesse for problemet.

Sammensatt

– Et viktig tema, mener professor Tone Rustøen ved Høgskolen i Oslo.

Rustøen står bak en rekke forskningsprosjekter om smerte og er aktuell med boken Ulike tekster om smerte.

– Vi vet at kvinner og menn erfarer smerte forskjellig, sier hun.

Årsakene kan blant annet ha sammenheng med at kvinner føder barn, at de lever lenger enn menn, og dermed får flere degenerative lidelser. Årsakene kan også være genetiske og hormonelle. Men ingen vet helt.

Kjønn som parameter

Rustøen poengterer at selv om det er påvist forskjeller mellom kjønnene, er det også store variasjoner innenfor hvert enkelt kjønn. Det kan ha sammenheng med for eksempel mestring, utdanning eller alder.

– Det er absolutt behov for mer forskning. For eksempel på smertebehandling, helt ned på medikamentnivå.

– Forsker dere på kvinner og smerte?



MANGE FAKTORER: Kjønn påvirker smerteopplevelse. Men det er også store variasjoner innenfor kjønnene.

– Vi har ingen konkrete prosjekter, men jeg ser at kjønn ofte brukes som parameter og ser på forskjeller.

Bedre livskvalitet

I eksperimentelle studier, det vil si at friske personer påføres smerte under kontrollerte forhold, har kvinner lavere smerteterskel enn menn. De har også lavere smertetoleranse, det vil si det punktet hvor de ikke tolererer smertepåvirkningen lenger. De angir også at smerten oppleves vondere enn det menn angir.

– Betyr det at kvinner er mer sårbare?

– Vi vet ikke årsaken til at det er sånn. Det kan dreie seg om hvordan kvinner uttrykker smerte.

Rustøen viser også til en studie hun selv var med på, der det kom fram at flere norske kvinner enn menn har kroniske smerter. Også der kom det fram at kvinnene opplever disse smertene sterkere enn det menn gjør.

– Men det vi også så, var at kvinnene hadde bedre livskvalitet enn mennene. Det er jo et interessant funn.

Les mer på iasp-pain.org. Her finnes også faktaark om kvinner og en rekke smerterelaterte sykdommer.



”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



Silkeundertøy

Silke har den unike egenskapen at den varmer ved kulde og virker kjølede når temperaturen stiger. Undertøy i silke er usedvanlig mykt og lett, og du kjenner knapt at du har plaggene på kroppen. Silke puster og er med å regulere kroppstemperaturen.



Out & Jerd - Hamar

www.arcticsilk.no
Tlf. 62 36 15 00

Arctic Silk

Behandling / forebygging av ligge- og trykksår

Wima-labben

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



Wima produkter

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

Les mer om Wima-labben på vår nettside:
www.wima.no

I rugekassen

Hvem: Bjarne Håkon Hanssen
Alder: 46 år
Hvorfor: Som ny helse- og omsorgsminister har han varslet reform. Den handler om sykepleiernes hverdag; samhandling.

Bjarne Håkon Hanssen ruger på reformen sin.
Han tror sykepleierne blir glade når den klekkes ut i april.

Det gikk ikke mange ukene. Bjarne Håkon Hanssen hadde avløst en sliten Sylvia Brustad rett før sommerferien. I juli varslet den nye helseministeren ny reform. Han ville løse flokene i helsevesenet.

Nå er det dagen før statsbudsjettet skal legges fram. Hanssen sitter i en lysegrå sofa på sitt departementskontor i fjerde etasje. Han lener seg på en gul pute og plasserer venstre legg på høyre kne. På veggen henger fem bilder av en karikert Hanssen. Ett handler om kugalskap. Det var den gang Helse-Hanssen var Pølse-Hanssen.

Men nå er det mest samhandling han har i tankene. Kontorpulten har bare noen få bunker med papir. Dette er en minister som har det meste av politikken i hodet. Han kommer rett fra frontaledebatten i Stortinget. Om en knapp time skal han tilbake.

– Høy puls?

– Nei, jeg er avslappa, jeg.

Han skal til å si noe, men tar seg i det.

– Ja?

Så er han i gang.

– Jeg føler på at det er viktig, begynner Hanssen.

Og fortsetter om hva som er poenget med den varslede reformen. Det er nemlig ikke folk det er noe i

veien med, men systemene.

– Hva slags endringer trengs i det økonomiske og juridiske systemet for å sikre god samhandling. Det er prosjektet i få ord. Det skal ikke avhenge av ildsjeler for å fungere. Det fins eksempler på god samhandling i dag, men det er *på tross av* systemet.

Samhandlingsprosjektet handler ikke om å definere nye roller. Verken for sykepleiere eller andre.

– Så fastsykepleier er ikke noe for deg?

Sykepleierforbundets leder har for lengst tipset Hanssen om hva hun kan tenke seg.

– Det kan være et bra grep, sier han rolig.

Armen hviler godt på sofakanten.

– Men hva som skjer med sykepleierens rolle er ikke prosjektet.

Han lener overkroppen fram over bordet og forteller at verken

sykepleiere eller leger har skylden for surret i helsevesenet.

– Mange har gjort en god jobb. Problemet gjelder pasientene som trenger helhetlige forløp.

– Hvor ofte tenker du på prosjektet ditt?

– Altfor mye, sier han mens han sjekker e-post på telefonen sin.

– Ligger du våken om natten?

– Nei, men tenker mye.

– Blir dette en god valgsak, tror du?

– Håper jeg klarer å komme med gode forslag som er interessante for velgerne. Tror sykepleierne blir glade for at pasientene får helhet i Helse-Norge. I ekspertgruppen jeg har utnevnt er det med flere sykepleiere. To eller tre ...

Han snur seg mot rådgiveren som noterer ved siden av ham i sofaen.

– ... mumle, mumle ...

Han snur seg tilbake.

– Tre, ja. Alle er veldig engasjerte.

De og ti personer til skal hjelpe statsråden med å få reformen på skinner. NSF-lederen ville gjerne vært en av dem.

Tro det eller ei, men jeg trener mye.

Bjarne Håkon Hanssen

– Hvorfor hadde du så lyst til å bli helseminister?

– Ha-ha-ha-ha.

Han lener seg godt tilbake på sofaputen.

– Det er en utrolig fascinerende sektor. Og den er viktig for folk. Du kan leve med at bussen ikke går. Men det er dramatisk hvis helsevesenet svikter. Veier uten asfalt er ikke bra. Men det er verre hvis fastlegene mangler.

– Du har villet det lenge?

– Det var hit jeg skulle i 2005. Det var min plan. Men ikke Stoltenbergs plan. Vi krangla mye. Men statsministeren bestemte.

I stedet ble det altså arbeids- og inkluderingsdepartementet (AID). Der ble det sykelønn, som han ville stramme inn. Mullah Krekar, som ikke ble kastet ut. Og asylsøkerbarn som han ville kaste ut. Den joviale trønderen er kjent for uforferdet å rydde opp i vanskelige saker. «Han kan gå gjennom murvegger», mener en tidligere medarbeider. Men like før sommeren slapp han unna den vaklende Nav-etaten.

– Jeg trivdes i AID. Så da Stoltenberg ville at jeg skulle bytte, protesterte jeg da og.

– Å?

– Ja, men nå er det veldig artig.

Helt fra han var gutt visste han hva han ville bli.

– Ja, det var helt systematisk, det. I åttende klasse hadde vi valgfag. Da var jeg lærer. Det samme i praksisuken. Etter videregående jobbet jeg ett år som lærer. Etter tre år på





STORE TALL: Dagen før dagen bærer helseministeren statsbudsjettet i vesken sin.

lærerskolen, var jeg aldri mer lærer.

Han ler godt. Rådgiveren ler også.

Bronsemedaljen i judo-NM ble hans da han var 20. Han bekrefter at sporten er god forebygging.

– Lite skader. Allsidig. Tøffere kondisjonstrening enn du skulle tro. Styrke. Og koordinasjon.

– *Ikke en idrett man forbinder med deg?*

– Nei, men det er jo 26 år siden jeg drev med det.

Men da VG hadde et portrett med ham, stilte Hanssen til kamp mot regjerende NM-mester.

– Hadde ikke en sjanse. Men det rare var at det tekniske satt. Fallteknikk. Kasteteknikk.

Han benekter at dette er noe han bruker på jobben.

I dette rommet har forgjengerne hans snakket varmt til Sykepleien om dem som sitter nederst ved bordet. Rusbrukerne og de psykisk syke. Også Hanssen trekker fram rusfeltet. – I budsjettet blir det et kraftig løft. Mer enn en fordobling.

Høyres Ansgar Gabrielsen har ikke så mye å skryte av, mener han. Sylvia, derimot, gjorde en skikkelig jobb.

Nå satser Hanssen på at opptrappingsplanen innen rus blir like vellykket som den i psykiatrien, som avsluttes i år. Han serverer en rekke tall som viser hvor mye bedre det står til i psykiatrien i dag enn for ti år siden.

– *Hva med kuttene i psykiatrien denne høsten? Blåbærlia i Bergen, for eksempel?*

– Jeg har ikke hørt om Blåbærlia. Helse Sør-Øst legger også ned institusjoner. Ikke for å spare penger, men omorganisere.

– *Nå må også psykiatrien kutte, ikke bare somatikken, ble det sagt i Helse Bergen?*

Ministeren vil ikke høre på det øret.

– Det er som å ha et rusk i øyet, derfor ser man ikke verden.

Rusket er de små kuttene rundt omkring. Verden er psykiatrien totalt.

– *Hva nedprioriterer du?*

– Ikke noe. Min innfallsvinkel er ikke å jakte på hva vi skal kutte, men å utnytte pengene bedre.

Utskrivningsklare pasienter på sykehus er dårlig butikk. I 2007 var det 150 000 slike liggedøgn.

– De har ikke noe der å gjøre.

Det er dårlig ressursbruk og dårlig pasientbehandling. Det er ikke snakk om å bruke mindre på helse. Men mer.

– *Helsepersonell etterlyser politikere som prioriterer tydelig?*

– Jeg skjønner det. Samtidig insisterer jeg på at faglige beslutninger skal fagpersonell ta.

– *Men helsevesenet kan aldri dekke etterspørselen, noe må velges vekk?*

Hanssen viser til Nasjonalt råd for prioriteringer.

– *Min jobb er å støtte beslutningene som tas der, ikke å overprøve dem.*

Mange sykepleiere står alene med ansvaret på vakt og sender gamle pasienter til sykehus for sikkerhets skyld.

– *Hva vil du si til dem?*

– Hvis helsevesenet skal fungere for flere, må vi styrke kommunehelsetjenesten.

– *Kommer du med et tilbud?*

– Langt flere oppgaver må løses i kommunene. Da må de få ressurser. Når det er best for pasientene å bli i kommunen, må det lønne seg å ha dem der. Nå lønner det seg å få dem på sykehus. Dette er et kjempeproblem.

– *Så de må vente litt?*

– Ja, forslaget kommer i april.

Sykepleiernes selvilde vet ikke Hanssen så mye om.

– Men jeg tror de har faglig stolthet. Og de kan masse. Det vet jeg.

– *Får du gode råd fra kone?*

– Vi diskuterer det vi er opptatt av.

– *Hva da?*

– Hun vil ikke like at jeg forteller det. Det er noe som hører privatlivet til.

Anita Ellefsen er sykepleier i Kirkens Bymisjon. Der leder hun en

det som et problem eller en mulighet. Jeg anbefaler det siste.

Hanssen synes det må være flott å gjøre noe annet enn det man gjorde i går.

– *Men stadige omstillinger er tøft?*

– Jo, men det dreier seg om en holdning. Faget endrer seg. Teknologien. Den som vil være i ro, blir mindre viktig. Man må regne med kontinuerlig omstilling.

Hanssen har tre metoder for å takle stress. Siden ingen, i hvert fall ikke menn, klarer å gjøre mer enn én ting om gangen, konsentrerer han seg om den oppgaven han til enhver tid holder på med. Han medgir at det hjelper å ha et kobbel med rådgivere som alltid vet hvor han skal. Helst skulle han jo vært i steder samtidig.

– Og så er jeg god til å ta fri. Jeg går fredagen, låser døren og tar helg.

For det tredje:

– Tro det eller ei, men jeg trener mye. En god joggetur er bra for kroppen, men også en god hjernevask. Med maks puls og motbakke, tenker du ikke mye.

– *Kan metodene være nyttig for sykepleierne også?*

– Tror det. De har nok mange ting de skulle ha gjort samtidig. De holder på med en pasient og det ringer borti gangen. Men de må gjøre seg ferdig der de er. Det blir ikke bedre av å tenke på problemer andre steder.

– *Det er et uhyre komplisert prosjekt du holder på med. Har du prestasjonsangst?*

– Ja, absolutt. Faktum er at jeg ikke vet om reisen fører til det jeg drømmer om. Men det er ikke det som er lett som er artig.

Neste morgen svimler det for Hanssen på kontoret. Den friske ministeren må kaste inn håndkledet. Et virus på balansenerven stopper ham i selv å legge fram regjeringens nest største budsjett.

skole for pårørende til hjemmeboende demente. Fra før har Hanssen tre barn, hun to. Sammen har de ett.

Når Hanssen takket nei til gjenvalg på Stortinget, viste han til barna som nå kommer i tenårene. Han vil være mer til stede for dem og familien i årene som kommer enn han har vært til nå.

Han begynte tidlig i politikken. 18 år gammel ble han leder for AUF i Nord-Trøndelag. På Stortinget kom han i 1989, først som vararepresentant. I 2000 ble han statsråd for første gang.

Første gang Hanssen var på sykehus var i København.

– Så de sykepleierne jeg har testet ut er danske

Han hadde tråkket i glass.

– *Var du ung og glad?*

– Nei, jeg var landsbruksminister. Ellers har jeg heldigvis vært veldig frisk.

Da Hanssen lanserte ny helsereform, var NSF-lederens første kommentar: Vi trenger ikke flere reformer.

– *Sykepleierne ønsker seg arbeidsro. Kan de få det?*

Nå løfter han høyre legg opp på venstre kne.

– Alle yrkesgrupper ber om arbeidsro. Ingen får det. Verken i privat eller offentlig sektor. Samfunnet og arbeidslivet er i stadig endring. Ro er å sakke akterut. Man kan se

Daivobet® -
et førstevalg ved
behandling av psoriasis!

Å føle velvære
- også med psoriasis

LEO®

Referanser:

1. Douglas WS. et al. Acta Derm Venereol 2002;82:131-135
2. Guenther L. et al. Br J Dermatol 2002;147:316-323
3. Kaufmann R. et al. Dermatology 2002;205:389-393

- Hurtig innsettende, god effekt^{1,2,3}.
- Doseres en gang daglig.
- Daivobet® kan brukes som start- og vedlikeholdsbehandling i opptil 52 uker.
- 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

Navn: Tone Moan
Verv: Studentleder
i Norsk Sykepleierforbund (NSF)
Ellers: Ble uteksaminert sykepleier
fra Høgskolen i Bergen i 2008.



– Norske studenter er litt for trygghetssøkende.

Tone Moan

Internasjonal uten

– Reis til utlandet, studenter! Det anbefaler både rektoren og studentlederen. Men må studentene følge samme rammeplan? Nei, mener rektor. Ja, mener studentlederen.

Rektor **Kristin Ørmen Johnsen** ønsker seg mer lokal frihet når hun sender sykepleierstudentene ut i verden. Rammeplanen er en hemsko. Men leder i NSF Student **Tone Moan** mener tvert imot: Rammeplanen er en garanti for kvalitet på utdanningen – også når studentene drar utenlands.

Ifølge Soria-Moria-erklæringen vil regjeringen at «alle studenter som tar høyere eller lavere grad i Norge, får tilbud om å ta deler av undervisningen i utlandet». Senere i høst kommer en stortingsmelding om internasjonalisering av utdanningen. Der vil regjeringen vurdere rammer, ordninger og ressursbruk. Meldingen omfatter både norske studenter i utlandet og utenlandske studenter i Norge

Moan håper regjeringen ikke tukler med den nasjonale rammeplanen, Johnsen ønsker mer frihet.

Johnsen er ikke i tvil om at internasjonalisering er bra for sykepleierstudentene:

– Sykepleie er et internasjonalt yrke. Mennesker blir syke, enten det er i India, Sør-Amerika eller

Norge. Å gi sykepleie skal gjøres under anerkjente, internasjonale forpliktelser. Men ulike kulturer oppfatter helseproblemer forskjellig, og dermed blir også sykepleien ulik. Derfor må sykepleierne erfare andre kulturer, sier Johnsen.

Hun føyer til:

– Like viktig som å reise ut, er det at utlendinger kommer hit og lærer hvordan vi organiserer helsevesenet og gir sykepleie.

Johnsen ser for seg at de norske høyskolene i økende grad tilbyr pensum og undervisning på engelsk.

– Utfordringen er praksis i utdanningen. Det er lett for oss som kan engelsk å reise ut, men få utlendinger snakker norsk. Det er vanskelig for dem å ha praksis her.

Johnsen opplever at rammeplanen setter begrensninger.

– Hver utdanningsinstitusjon må i større grad kunne utforme innholdet i sine planer. Ingen vet vel bedre enn faglærerne hva som er best i utdanningen, påpeker hun.

Rektoren anbefaler ulike lokale profiler for sykepleierutdanningene.

– Noen kan satse på en flerkultu-

– Hjemmesykepleie i Afrika går nok ikke.

Kristin Ørmen Johnsen

med eller rammeplan?

rell vinkling, andre på forebygging i afrikanske land. Eller telehelse. I dag er altfor stor del av pensum bundet opp i rammeplanen. Det hemmer kreativiteten. Men mer frihet må ikke gå på bekostning av kvalitet.

Hun viser til at verken medisin-, psykologi- eller odontologiutdanningene er rammeplanstyrt.

Da Johnsen jobbet som sykepleier i Irland, erfarte hun at det gir både faglig og personlig utbytte å reise ut. Men rektoren synes ikke sykepleierstudentene er de letteste å få av gårde til utlandet.

– De burde bli tøffere. Norske studenter er litt for trygghetssøkende. Mange er i etablerte forhold med forpliktelser. Men dette er en engangssjanse i livet, de får til og med økonomisk støtte.

– *Hvor lenge bør et opphold vare for at det skal gi effekt?*

– Minst seks uker. Det gir i hvert fall et innblikk. Men det ideelle er tre måneder, mener Johnsen.

Studentleder Moan setter pris på at skolene vil lage gode opplegg for studentutveksling.

– Men der Johnsen ser en begrensende rammeplan, ser vi kvalitets-sikring. Rammeplanen inneholder nødvendige minstekrav, for eksempel om veiledning og lengden på praksis.

Moan betviler ikke faglærernes ønsker om kvalitet.

– Men intensjoner om å priorite-

re etter hva som gir faglig kvalitet, blir ofte utfordret av kravet om flere utdannede. Derfor trengs en felles styring for å sikre at minstemålene ivaretas. Dagens rammeplan gir rom for å lage gode og varierte utvekslingsopplegg.

Å innfri alle kravene er ikke like lett i alle land.

– Ett eksempel er veiledning. Derfor er det viktig å lage gode samarbeidsavtaler med utvekslingslandene, slik at studentene sikres oppfølging.

Moan viser til at dette gikk bra i NSFs praksisprosjekt i Tanzania i 2007. Men hun har også fått tilbakemeldinger om utvekslingsstudier som ikke har fulgt rammeplanen, der kvaliteten har blitt dårligere enn hjemme.

– Men nesten alle typer praksis kan gjøres i utlandet. Hjemmesykepleie i Afrika går nok ikke, mens forebyggende helsearbeid er lettere der enn her.

– *Har du selv hatt praksis i utlandet?*

– Nei, og det angrer jeg på. Mange har fortalt om fantastiske opplevelser. Skulle jeg gjort noe om igjen, var det å reise ut.

Moan støtter tanken om mer pensum på engelsk.

– Men kanskje som et valgfritt tillegg. Det er bra at studentene venner seg til å tilegne seg internasjonal litteratur.

Navn: Kristin Ørmen Johnsen

Stilling: Rektor på Høgskolen i Buskerud.

Ellers: Johnsen har selv utdannet seg i utlandet; hun er godkjent både som norsk og irsk sykepleier. Som rektor sender hun så mange studenter hun klarer til utlandet.



RUTINERT OBSERVASJON: Hypotermipasientene pakkes inn med kalde «pads» på overkroppen og lårene hvor det sirkulerer avkjølt vann fra maskinen i fotenden som kalles «Arctic sun». Helle Holte (bak) suger slim opp av tuben etter behov og Siv P. Trudvang noterer hver time målinger som blodtrykk, puls, oksygenmetning og respiratorinnstilling.

Kalde hjerter



! Terapeutisk hypotermi

I 2003 ble terapeutisk hypotermi anbefalt å bruke på hjertestanspasienter som ikke våkner etter vellykket hjerte- og lungeredning. Det vil si at pasienten nedkjøles til 32–34 grader i 12–24 timer for å bedre mulighetene for overlevelse og unngå hjerneskade.

- Tall fra utlandet tyder på at nedkjølingen gir fordoblet overlevelse og en halvering av større neurologiske skader, sier Kristian Lexow, leder av Norsk Resuscitasjonsråd.

og lave doser

Når kroppstemperaturen synker, går også forbrenningen ned. Det kan få konsekvenser for doseringen av sedativer til nedkjølte hjertestanspasienter.

Sykepleiere må holde hodet kaldt når de skal observere hjertestanspasienter som nedkjøles. Kjølige kroppar går på sparebluss. Det medfølger en rekke fysiologiske endringer, som i sin tur kan ha alvorlige konsekvenser for pasienter dersom ikke sykepleieren vet å kontrollere dem.

Lite er skrevet både av og for sykepleiere om dette temaet, som er nokså nytt i Norge. Det vet Helle Holte og Siw P. Trudvang alt om. De er intensivsykepleiere på hjerteovervåkningen på Ullevål universitetssykehus. Under videreutdanningen i intensivsykepleie, som de tok for tre år siden, var det ikke en eneste artikkel om dette på pensumlisten. Dermed skrev Holte og Trudvang like godt en fagartikkel om emnet der de flettet sammen egen erfaring og artikler skrevet av leger.

– Av all litteraturen vi fant om emnet, var det bare én artikkel som var skrevet av en sykepleier, men den var lite nyttig for oss, forteller Trudvang.

Stor diurese

De to sykepleierne begynte å interessere seg for temaet da de oppdaget at de nedkjølte pasientene produserte så mye urin.

– Vanligvis er jo stor diurese et mål på god sirkulasjon, noe som ikke er tilfelle for disse pasientene. Så lærte vi at under nedkjølingen stopper det antidiuretiske hormon og at det nok var forklaringen, sier Trudvang.

Alt det andre de lærte seg etter hvert, kan leses i fagartikkelen som Sykepleien trykker på de følgende sidene. Der etterlyser sykepleierne også mer forskning på dosering av sedativer (smertestillende og sovemidler). Når kroppen går på sparebluss, går metabolismen saktere og halveringstiden til enkelte medikamenter øker trolig. Men forskningen om dette er mangelfull.

Vanskelig sedering

Holte og Trudvang synes derfor sederingen er vanskelig. De har også for dårlige måleinstrumenter til å få doseringen korrekt og individuelt tilpasset hver gang.

– Disse pasientene skal være dypt sedert, men det hender at vi ikke doserer nok. Da ser vi at de skjelver og glipper med øynene. Men oversedering er nok det største problemet. Vi tror pasienten skal våkne etter noen timer, men så kan det hende det tar flere dager. Det er dyrt for sykehuset og

øker faren for respiratorrelaterte komplikasjoner hos pasienten, sier Holte.

Hun antar at gjennomsnittlig liggetid før pasienten våkner etter oppvarming er to til tre dager. Det lengste hun har opplevd, var da en pasient lå i sju dager. Familien ble varslet om at dette nok ikke kom til å gå bra.

– Men vi ble nødt til å ta en ny telefon. Pasienten var en mann i førtiårene som våknet og var helt klar fra første stund. Det var helg og det var ingen på vakt som kunne ekstubere. Han satt i en stol med tuben i halsen og hørte på Bruce Springsteen, forteller Holte.

Mye av grunnen til at forskningen på farmakokinetikk hos nedkjølte hjertestanspasienter mangler, er at det rett og slett ikke har vært lov å forske på denne pasientgruppen. Men etter at nye samtykkebestemmelser i biobankloven trådte i kraft i 2007, har mulighetene åpnet seg.

Norsk forskning

I Trondheim er fjerde års medisinstudent ved NTNUs forskerlinje, Thor Wilhelm Bjelland, i full gang med å undersøke hvordan nedkjøling endrer halveringstiden for medikamenter brukt til

sedasjon. Han sammenligner også sedativer med kort og lang halveringstid for å finne ut hvilke som best reduserer respiratortiden. Hvis den blir kortere, blir antakelig respiratorkomplikasjoner som lungebetennelse og blodforgiftning redusert også.

Studiene skjer i samarbeid med sykepleiere på hjerteovervåkningen og intensivsen i både Trondheim og Stavanger. Veilederne er Ola Dale og Pål Klepstad ved St. Olavs Hospital.

De har allerede funnet ut at halveringstiden til morfin øker med 40 prosent hos nedkjølte pasienter. For midazolam fant de ingen endring, men denne målingen ble antakelig forstyrret av sedasjonen de erstattet morfin og midazolam med under forsøket.

– Den praktiske konsekvensen av funnet er at morfin bør forsøkes dosert lavere hos nedkjølte enn for normalt tempererte pasienter, sier Bjelland.

Per i dag doseres ingen legemidler i mindre doser ved start for hypotermipasienter.

– Når kan forskningen din bidra til endringer her?

– Forskningen kan hjelpe klinikere med dosevalg for morfin allerede i dag. Fremtidige resul-



Morfin bør forsøkes dosert lavere hos nedkjølte enn for normalt tempererte pasienter.

Thor Wilhelm Bjelland

tater vil kunne ha praktisk anvendelse så snart de er klare. Siden studiene gjøres på pasientgruppen som vil ha nytte av resultatene, er overføringsverdien til nye pasienter god.

– Det er nedkjølings- og oppvarmingsfasene som er mest spennende, da metabolismen endres mest under disse fasene.

Om disse forskningsresultatene får noen praktisk konsekvens er heller usikkert, tror overlege Kjetil Sunde ved Ullevål universitetssykehus.

Han mener det også trengs mer forskning på hvordan nedkjøling generelt påvirker hjertefunksjon, om det kan redusere infarktstørrelsen, samt hvordan det påvirker endelig prognostisering av pasienten.

– Men dette er et felt hvor det kontinuerlig publiseres mye studier, sier han.

Muskelrelakserende

Et annet usikkerhetsområde er bruken av muskelrelakserende midler til hypotermipasienter.

– Vi har ingen konsensus her. De fleste sykehus gir alltid muskelrelakserende, i alle fall når de kjøler eksternt, mens andre gir

det kun på indikasjon. Jeg vil ikke legge meg opp i om man skal gi eller ikke, begge deler kan anbefales, sier Kjetil Sunde.

Problemet med disse midlene er at de kan maskere for eksempel kramper på grunn av epilepsi. Det er viktig å oppdage dette så tidlig som mulig, for da kan man også sette inn behandling tidlig. Tidlig forekomst av epilepsi er et prognostisk ugunstig tegn etter hjertestans, men tidlig behandling kan i noen tilfeller hjelpe.

– Man må være særlig oppmerksom mot slutten av oppvarmingsfasen når man slipper opp sedering og begynner å vekke pasienten. I Lund i Sverige, samt til nyfødte, asfyktiske barn som kjøles, bruker man kontinuerlig EEG under hele behandlingen, sier Sunde.

Han legger til at man eventuelt kan kutte ut muskelrelakserende når man oppnår steady state (når pasienten er ferdig nedkjølt) eller i alle fall når pasienten oppvarmes, siden behovet da er mindre enn under selve nedkjølingsfasen. Eventuelt kan man kun gi hvis man må, på grunn av skjelvinger som ikke gir seg med dyp sedasjon.



Norge på kjøletoppen

I dag antas at alle norske sykehus som behandler hjertestanspasienter også kjøler pasientene.

– Dette er unikt i verdenssammenheng. Ingen andre land har implementert dette så massivt som vi har gjort. I USA, Tyskland og Storbritannia var det kun 25 prosent av sykehusene som brukte terapeutisk hypotermi etter hjertestans i 2007, sier Kjetil Sunde, overlege ved anestesivdelingen og Institutt for eksperimentell medisinsk forskning ved Ullevål universitetssykehus.



– PUSH PÅ: Helle Holte (til venstre) og Siw P. Trudvang råder kolleger i Norge til å være interesserte og pushe på for å få lære mer om hypotermipasientene og hva som egentlig skjer med en kropp som er kald.



Helle Holte
intensivsykepleier ved
hjerateovervåkingen,
Ullevål universitetssykehus



Siw P Trudvang
intensivsykepleiere ved
hjerateovervåkingen,
Ullevål universitetssykehus

Hypotermi- behandling etter hjertestans

Sykepleier bør observere pasientens respons på smertestimuli, hoste-refleks, pupiller i forhold til utseende og lysreaksjon, og om pasienten har kramper.

Nedkjøling av komatøse hjertestanspasienter beskytter mot ytterligere celledød og hjerneødem.

I Norge rammes 3000–5000 personer av hjertestans hvert år. 75 prosent av pasientene er menn, og gjennomsnittsalderen er 65 år. Mange av disse pasientene dør umiddelbart, men takket være rask hjerate-lungeredning og defibrillering, gjenopplives 10–20 prosent etter vellykket resuscitering fra ventrikkelflimmer. De fleste pasientene som dør på sykehus etter vellykket gjenoppliving, dør på grunn av hjerneskade. Pasienter med anoksiskader har høy sykelighet og dødelighet (1-3). Den hyppigste årsaken til hjertestans er iskemisk hjertesykdom (4).

Forskningsbasert

Inntil nylig har forskernes fokus rundt hjertestans vært på tidlig hjerate-lunge-redning og defibrillering. Etter 1990 har det vært utført flere studier på dyr som underbygger bruken av mild hypotermi som behandling. I 2002 ble det publisert to randomiserte studier der man sammenlignet

mild hypotermi med normotermi hos pasienter som var komatøse etter hjertestans. Den ene studien, HACA-studien, var en europeisk multisenterstudie, den andre ble gjennomført i Melbourne, Australia. Begge studiene konkluderte med både bedret hjernefunksjon og bedre overlevelse i hypotermigruppen (1-3, 5-9). Årsaksmekanismene bak dette er sammensatte og ikke fullt ut kjent. Det man vet, er at kroppens metabolisme reduseres med cirka 7 prosent for hver grad kroppstemperaturen synker. Dette gjelder også metabolismen i hjerne- og hjerteceller. Forbruket av oksygen og glukose synker tilsvarende. I forbindelse med reperfusjon av et iskemisk område vil en rekke destruktive prosesser tre i kraft. Det dannes blant annet frie radikaler som vil kunne forårsake ytterligere celledød med påfølgende inflammatorisk respons og hjerneødem. Disse prosessene kan fortsette i timer og dager etter skaden. Nedkjølingen

beskytter mot disse prosessene (2, 7, 9, 10). I HACA-studien var det ingen signifikant forskjell i komplikasjoner mellom hypotermigruppen og kontrollgruppen. En trend mot mer pneumoni, sepsis og blødninger var vel og merke gjennomgående i hypotermigruppen. I den australske studien ble det ikke rapportert om bivirkninger (2, 6, 7, 11).

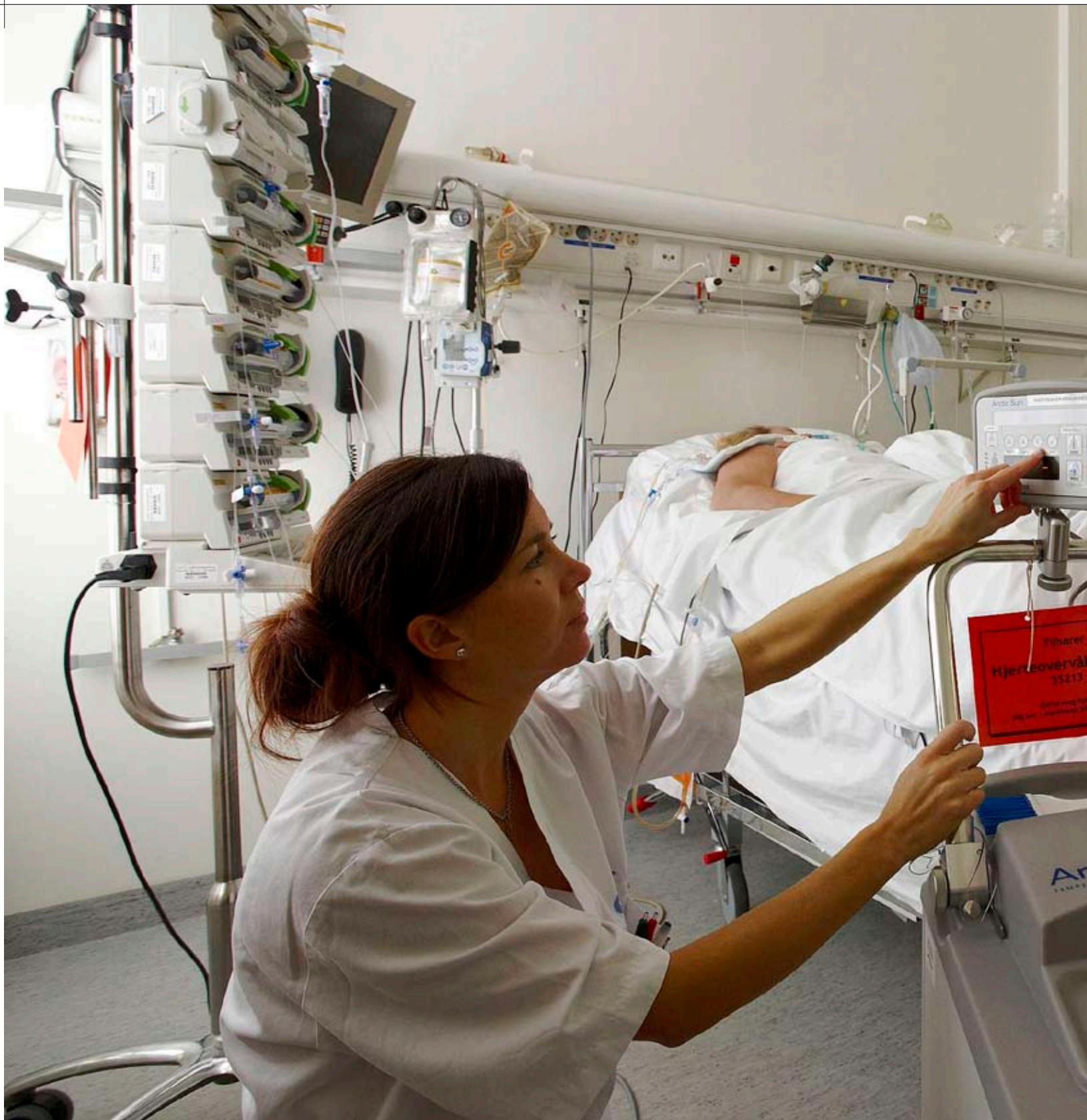
Anbefalt behandling

På bakgrunn av den nyeste forskningen, gikk The Advanced Life Support Task Force of the International Liaison Committee on Resuscitation, i 2002 ut med en anbefaling for behandling etter hjertestans. Basert på dette kom Norsk resusciteringsråd i 2003 med følgende: «Voksne pasienter som fortsatt er bevisstløse etter vellykket resuscitering fra ventrikkelflimmer (VF) utenfor sykehus, bør kjøles ned til 32–34 grader Celsius i 12–24 timer, respiratorbehandles og om nødvendig

www.sykepleien.no

Les mer og finn
litteraturhenvisninger på
www.sykepleien.no

Søkeord:
Hjertestans
Hypotermibehandling
Difibrillering
Hjerate- lungeredning



sederes og curariseres» (12). Våkne pasienter nedkjøles aldri aktivt. For øvrig lyder det i anbefalingen at nedkjølingen bør starte så snart som mulig, men har også effekt om den startes senere. Pasienter med hjerrestans på grunn av andre hjerterytmer enn ventrikkelflimmer og

hjerrestans intrahospitalt kan også nedkjøles. Ifølge Sunde (2) er det en fordel at pasienten oppnår terapeutisk temperatur så raskt som mulig. Følgende pasienter anbefales ikke nedkjølt: Gravide, pasienter med vedvarende livstruende arytmier og pasienter med alvorlige koagula-

sjonsforstyrrelser (12). For nedkjøling finnes det en rekke metoder for eksempel isposer, infusjon av kalde væsker, eksterne pads eller invasivt kateter med sirkulerende kaldt vann temperaturstyrt av en maskin.

På Ullevål Universitetssykehus ble en standardisert protokoll for

nedkjøling innført høsten 2003. I kjølvannet av dette oppstod det et behov for økt kunnskap blant sykepleierne om fysiologiske endringer hos den nedkjølte pasienten. Det er skrevet mye om terapeutisk hypotermi de siste årene, men svært lite er skrevet av eller for sykepleiere.



KJØLES NED: Hypotermibehandling av hjertestanspasienter er forskningsbasert og anbefales av Norsk resusciteringsråd. Foto: Erik M. Sundt

Våkne pasienter nedkjøles aldri aktivt.

holde en konstant kroppstemperatur. Senteret mottar informasjon fra temperaturfølsomme celler i huden og fra kroppens kjerne om hvordan temperaturen er til enhver tid. Kroppens varmetap kan reduseres ved perifer vasokonstriksjon, som medfører at mindre varme transporteres til kroppens overflate og avgis til omgivelsene. Kroppen kan produsere mer varme ved å øke muskellarbeidet, dette skjer gjennom refleksstyrte muskelskjelvinger. Skjelvingene begynner når temperaturen i hypotalamus når 36,5 grader. Dette øker O₂-forbruket opp til fem ganger. Puls, slagvolum og respirasjonsfrekvens øker for å tilfredsstille det økte oksygenbehovet. Ekstern nedkjøling, via huden, iverksetter kraftigere kompensasjonsmekanismer enn intravasal nedkjøling, som skjelving, (13,14). Muskelskjelvinger vil være uheldig fordi det gir en kraftig økning i pasientens oksygenforbruk. Pasienten må sederes dypt og eventuelt muskelrelakseres for å unngå skjelving (8,9,15,16). Skjelvingene vil som oftest avta eller opphøre når pasienten når cirka 35 grader (17). Nøyaktig temperaturmonitorering er viktig for å påse at nedkjølingen skjer kontrollert og at ønsket temperatur holdes mest mulig stabil. Ifølge litteraturen er måling i blæren eller i blodet de mest nøyaktige metodene (3,8).

Hensikten med denne artikkelen er å belyse disse endringene og hvilke krav som stilles til sykepleierens kunnskap og observasjoner. Litteratursøk ble valgt som metode. Søk ble gjort i databaser som Medline, Cinahl, og The Cochrane Library. Selv om det foreløpig er registrert

få bivirkninger ved terapeutisk hypotermi, skjer det en rekke fysiologiske endringer i kroppen når den er nedkjølt. Dette må sykepleieren ha kunnskap om. Vi vil derfor utdype de fysiologiske mekanismene som vi anser som mest fremtredende, og som ukontrollert kan

medføre alvorlige konsekvenser for pasienten under hypotermibehandlingen.

Temperaturregulering

Temperaturreguleringssenteret i hypotalamus er kroppens termostat. Den er programmert til å

Respirasjon/Ventilasjon

Pasienten er intubert og tilkopples respirator på grunn av dyp sedering. Det er ønskelig å normoventilere pasienten. Når pasienten blir kaldere faller oksygenforbruket, og behovet for oksygentilførsel faller tilsvarende. Da metabolis-

men reduseres trenger pasienten et lavere minuttvolum. Pasienten må derfor ventileres med en lavere respirasjonsfrekvens, eller et mindre tidalvolum enn normalt for ikke å bli hyperventilert. Hyperventilasjon er ikke ønskelig for hjertestanspasienter, da den cerebrale perfusjonen kan bli ytterligere svekket på grunn av karkonstriksjon som oppstår i hjernen ved lave CO₂-verdier i blodet. Blodgasser bør derfor tas hyppigere enn ellers i nedkjølingsfasen og oppvarmingsfasen.

Immunforsvaret og ciliefunksjonen svekkes ved hypotermi. Det fører til økt sekretopphopning. Pasienten blir mer mottakelig for infeksjoner som pneumoni og sårinfeksjon. Infeksjonsrisikoen øker med varigheten av hypotermien (4,9,17,18,19).

Sirkulasjon

Som allerede nevnt vil det oppstå en perifer vasokonstriksjon for å spare på varme. Vasokonstriksjonen fører blod fra huden og ekstremitetene til sentrale organ. Dette gjør pasienten blek og kald. Vasokonstriksjonen fører til at den venøse tilbakestrømmen øker, og kan gi økt blodtrykk som resultat. Etter en stund vil vasokonstriksjonen opphøre, og det kan komme et blodtrykksfall. Myocardial stunning etter hjertestans er også en vanlig årsak til lavt blodtrykk. Hjertecellene er da svimeslåtte etter den iskemiske perioden og kontraktiliteten er midlertidig dårligere. Dette resulterer i lavt cardiac output og lavt blodtrykk. I tillegg har den fallende temperaturen en depressiv effekt på myocardi, og slagvolumet faller.

Initialt vil pacemakerceller

stimuleres og kan gi tachycardi. Etter hvert som pasienten kjøles og sederes vil pulsen bli langsommere. Faren for arytmier stiger i takt med at temperaturen faller. Ved temperatur på 33–35 grader, er det økt risiko for atrieflimmer. Atrieflimmer er uheldig for pasienten fordi hjertet pumper mindre effektivt. Sirkulasjonen til sentrale organ blir dårligere. Sykepleieren kan forebygge atrieflimmer ved å passe på at risikofaktorer minimeres. Hypovolemi er en slik risikofaktor. Intensivsykepleieren bør derfor tilstrebe at pasienten holdes normovolemisk. Ventrikkelflimmer vil normalt først oppstå ved kjernetemperatur lavere enn 28 grader. Rytmeforstyrrelser kan være vanskelige å behandle hos en hypoterm pasient. Dette skyldes at myocardi responderer dårligere på både defibrillering og medikamenter ved så lav kroppstemperatur (13).

Risiko for hypovolemi

Pasienten har økt risiko for å bli hypovolemisk av flere årsaker. Hypotermi fører som regel til økt diurese. Dette skjer fordi det ved hypotermi oppstår nedsatt sekresjon av antidiuretisk hormon (ADH), og nedsatt reabsorpsjon i nyretubuli. Ved hypotermi forflytter væske seg fra blodbanen til interstitiet og intracellulært. I tillegg fører hjertestans og reperfusjon til skader som gir en sepsisliknende tilstand. Karveggene blir lekk og væske trekkes ut i interstitiet. Pasienten kan bli hypovolemisk, blodet blir mer viskøst og mikrosirkulasjonen blir dårligere. Faren for decubitus øker. Samtidig kan pasienten få økt blødningstendens, fordi koagulasjonsmekanismene

fungerer dårligere og koagulasjonsprosessen tar lengre tid (5, 9, 13, 20). Hypovolemi og derav følgende hypotensjon kan, ifølge Poldermann (9), føre til at nytteverdien av hypotermibehandlingen reduseres. Hjernen trenger optimal perfusjon. Poldermann (9) skriver også at episoder med blodtrykksfall av kortere varighet, normalt ikke vil ha noen betydning for hjertestanspasienter som hypotermibehandles.

Lavt blodtrykk/MAP, lav CVP, økt pulsfrekvens, negativ væskebalanse, svingende arteriekurve og kald hud perifert kan være tegn på utilfredsstillende volumstatus. Sykepleieren må ha innsikt i at det kan være andre årsaker til disse parameterne hos nedkjølt pasient. For eksempel vil den hypotermie pasientens hud være kald uavhengig av om han er hypovolemisk. Blodtrykk/MAP kan være lavt, eksempelvis på grunn av dyp sedering. Pasienten kan være væsketrengende selv om væskebalansen er positiv. Dette fordi mye av den tilførte væske i form av Ringer acetat eller NaCl forsvinner ut i interstitiet som beskrevet ovenfor. Hjertestanspasientene som har hatt hjerteinfarkt er ofte væsketrengende (2). Kardiologer er tradisjonelt forsiktige med væsketilførsel til pasienter med fremreveggsinfarkt på grunn av faren for lungeødem, men ifølge Bernard et al (21) er dette en sjelden komplikasjon hos hjertestanspasienter som hypotermibehandles.

Elektrolyttforstyrrelser

Hypotermi kan gi elektrolyttforstyrrelser. Dette forårsakes blant annet gjennom tap av elektrolytter via økt diurese. Spesielt for lavt

Infeksjonsrisikoen øker med varigheten av hypotermien.

nivå av magnesium og kalium kan forårsake hjertearytmier og karspasmer (9). Ved hjertestans vil pasienten bli acidotisk, og kalium vandrer ut av cellene. Ved hypotermi blir denne mekanismen forsinket. Dette i tillegg til stor diurese med tap av kalium, kan gjøre pasienten hypokalemisk. Lav kalium < 3 mmol/liter kan gi arytmier. Når oppvarmingen av pasienten starter, vil utskillelsen av kalium fullføres. Dersom kalium normalkorrigeres må sykepleieren være bevisst på dette når oppvarmingen av pasienten starter. Konsekvensen kan bli at pasienten blir hyperkalemisk når kalium slipper ut av cellene ved oppvarming. Høy kalium > 6–7 mmol/liter kan gi blokkeringer i hjertet og bradyarytmier. Kalium > 7–8 mmol/liter kan gi ventrikkelflimmer eller asystole (5). Hyppige elektrolyttkontroller er viktig i nedkjølings- og oppvarmingsfasen (10).

Metabolismen

Den cerebrale metabolisme reduseres med 7 prosent per grad kroppstemperaturen faller, hvilket vil si at O₂-forbruket reduseres tilsvarende. Dette gjelder vel å merke hvis pasienten ikke skjelver (9).

Hypotermi fører til at pancreas fungerer langsommere. Det gir nedsatt insulinproduksjon og høyt blodsukker oppstår. Høyt blodsukker er assosiert med høyere dødelighet hos hjertestanspasienter (22). Høyt blodsukker gir også større komplikasjonsfare hos intensivpasienter, eksempelvis blir pasienten mer utsatt for infeksjoner. Levermetabolismen går også langsommere. Det betyr at visse medikamenter metaboliseres saktere og får forlenget effekt (9,13,23).

For eksempel får opioider og sedativer som midazolam og propofol nedsatt clearance og økt plasmakonsentrasjon under hypotermi. Det bør derfor vurderes å redusere infusjonsraten noe på disse medikamentene i hypotermifasen og øke den igjen i oppvarmingsfasen (17). Sedasjonsnivået er vanskelig å måle, spesielt når pasienten i tillegg er muskelrelaksert. For mange medikamenter som benyttes under terapeutisk hypotermi, finns det lite eller ingen data om farmakologiske forhold ved hypotermi og under oppvarming (17). Nøyte monitorering og klinisk observasjon av pasienten er derfor like viktig i oppvarmingsfasen som i de øvrige faser av behandlingen med tanke på uventede effekter.

Nevrologi

Pasienter som hypotermibehandles skal sederes til MAAS 0 (det vil si ingen respons på stimuli). Dette vil maskere en del nevrologiske parametere. Så lenge pasienten befinner seg i hypotermifasen vil der ikke være sikre kliniske parametere som kan fortelle oss noe om pasientens prognose. Det gjelder tegn som dilaterte lysstive pupiller, kramper, manglende nervereflekser og manglende adekvat egenrespirasjon (2). Sykepleier bør observere pasientens respons på smertestimuli, hosterefleks, pupiller i forhold til utseende og lysreaksjon, og om pasienten har kramper (10). Rykninger som oppstår ved lavere temperatur enn 35 grader bør vurderes av lege i forhold til om det kan være cerebrale kramper siden skjelvinger normalt ikke oppstår under denne temperaturen. Kramper kan indikere dårlig prognose, men er ikke

et sikkert parameter (2). Kramper bør i likhet med skjelvinger behandles straks da det er svært energikrevende og dermed uheldig for pasienten.

Vi har ikke funnet noen dokumentasjon på at det er hensiktsmessig å iverksette sykepleiiltak til hjertestanspasienter som brukes på hodeskadepasienter. Vi har på vår arbeidsplass likevel praktisert å elevere hodeenden 30 grader for minsking av trykk i hodet og holde hodet i midtstilling for å sikre optimal sirkulasjon til hodet.

Oppsummering

Terapeutisk hypotermi benyttes i behandlingen av hjertestanspasienter fordi det fører til høyere overlevelsesprosent og bedret hjernefunksjon. Dette er fordi hypotermi gjør at oksygenforbruket og reperfusjonsskadene reduseres. Behandlingen krever intensiv overvåkning av pasienten, da hypotermien medfører fysiologiske forandringer hos pasienten. Dette innebærer respiratorbehandling og observasjoner i forhold til sirkulasjon, nevrologi, elektrolytter og metabolisme. Vi mener sykepleierens kunnskaper om disse fysiologiske forandringene er avgjørende for god og trygg gjennomføring av behandlingen.

Vi etterlyser forskning på vurdering/monitorering av pasientens sedasjonsnivå under hypotermibehandling. Både i forhold til å ikke oversedere og/eller underse dere med de følger det kan ha for pasienten.

LITTERATUR

- Gilbert M. Varme hjerter – kalde hoder. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124 (7): 912.
- Sunde K. Terapeutisk hypotermi etter hjertestans. Hjerteforum 2004; 17 (3): 33–40.
- Sunde K, Søreide E, Jacobsen D, Steen PA. Terapeutisk hypotermi etter hjertestans redder flere liv. Tidsskr Nore Lægeforen 2004; 124(7): 925–926.
- Renck H. Svikt i vitala funksjoner. Torekov: ANIVA forlag, 2003.
- Bernard SA, Buist M. Induced hypothermia in critical care medicine: A review. Crit care med 2003; 31(7): 925–26.
- Bernard SA, Gray TW, Buist MD, Jones BM, Silvester W, Gutteridge G, Smith K. Treatment of comatose survivors of out-of-hospital cardiac arrest with induced hypothermia. N Engl J Med 2002; 346(8): 557–563.
- HACA, The hypothermia after Cardiac Arrest Study Group. Mild therapeutic hypothermia to improve the neurological outcome after cardiac arrest. N Engl J Med 2002; 346(8): 549–556.
- Nolan JP, Morley PT, Hoek TL, Vanden H, Robert W. Therapeutic hypothermia after cardiac arrest. An advisory statement by the Advanced Life Support Task Force of the International Liaison Committee on Resuscitation. Resuscitation 2003; 57: 231–235.
- Polderman KH. Induced hypothermia to treat post-ischemic and post-traumatic injury. Akuttjournalen. The Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine 2004c; 12,(1): 5–20.
- Stevens R, Peberdy MA. Intensive Care for Brain Injury After Cardiac Arrest: Therapeutic Hypothermia and Related Neuroprotective Strategies. Critical Care Clinics 2007; 22: 619–636.
- Colin QTL, Turner J, Lang E. Should survivors of out-of-hospital cardiac arrest be treated with hypothermia? The Journal of the Canadian Association of Emergency Physicians CJEM 2002; 5: 344–347.
- Norsk resusciteringsråd. Terapeutisk hypotermi etter vellykket resuscitering. 2004. <http://www.nrr.org/index1.html>. 21.10.04.
- Hudak CM, Gallo BM, Morton PG. Critical Care Nursing. A holistic approach. Philadelphia: Lippincott, 1998.
- Sand O, Sjaastad ØV, Haug E. Menneskets fysiologi. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, 2001.
- Celik S, Aksoy G, Akyolcu N. Nursing role o protecting secondary brain injury. Accident and Emergency Nursing 2004; 12: 94–98.
- Sunde K. Therapeutic hypothermia with endovascular cooling. Scand J Trauma Resusc Emerg Med 2004b; 12: 23–25.
- Pedersen TF, Thorbjørnsen ML, Klepstad P, Sunde K, Dale O. Terapeutisk hypotermi – farmakologi og patofysiologi. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127(2): 163–166.
- Bredesen T, Ellingsen KA. Behandling med mild hypotermi til pasienter med subarachnoidal-blødning. Nye Fagoscopet 2004; 3: 5–10.
- Sunde K, Jacobsen D. Behandling etter gjenopprettet spontansirkulasjon. Ullevål Universitetssykehus, 2004a. Upublisert materiale.
- Adrie C, Adib-Conquy M, Laurent I, Monchi M, Vinsonneau C, Fitting C, et al. Successful Cardiopulmonary Resuscitation After Cardiac Arrest as a "Sepsis-Like" Syndrome". Circulation 2002; 106: 562–568.
- Bernard S, Buist M, Monteiro O, et al. Induced hypothermia using large volume, ice-cold intravenous fluid in comatos survivors of out-off-hospital cardiac arrest: a preliminary report. Resuscitation 2003; 56: 9–13.
- Langhelle A, Tyvold SS, Lexow K, Hapnes, SA., Sunde K, Steen PA. In-hospital factors associated with improved outcome after out-of-hospital cardiac arrest. A comparison between four regions in Norway. Resuscitation 2003; 56: 247–263. www.elsevier.com/locate/resuscitation. 21.10.04.
- Ræder M. Grunnbok i kirurgisk patofysiologi og intensivmedisin. [www.iemr.no/Grunnbok i kirurgisk patofys. htm](http://www.iemr.no/Grunnbok%20i%20kirurgisk%20patofys.htm). Oppdatert sept. 2004.08.11.04.



Hvis litteraturen ikke fantes, ville mange tanker forbli usynlige.

Lars Saabye Christensen

En bok forut for sin tid

Jeg leste «Babels hus» da jeg gikk på sykepleierhøyskolen. Den var ikke pensum, men kunne med hell ha vært det. Det er glitrende skjønnlitteratur som like godt kan forstås som en lærebok i etikk.

Boken ble utgitt i 1978, og forfatteren, P. C. Jersild – selv lege – presenterer oss for den 76-årige pasienten Primus. Leseren får følge hans forvirrede ferd gjennom et moderne sykehus i Stockholm, fra medisinsk til kirurgisk avdeling. Gjennom hans subjektive ståsted blir vi kjent med menneskene som arbeider der: Fra sykehusdirektøren og professoren på toppen, til fotfolket i kjøkkenet og kjeller. Mest av alt blir leseren kjent med Primus selv.

Jeg husker hvordan dette bekjentskapet tvang frem en bevissthet i meg. Boken er spekket med fagterminologi som de mer eller mindre slitne helsearbeiderne naturligvis forstår seg imellom. Men Primus, som er en oppvakt mann, forstår ikke. Oppgitt og engstelig kaster han alle foreskrevne medisiner i toalettet.

Det er mye jeg ikke husker fra skildringene. Men jeg husker leseropplevelsen som fortsatt sitter i. Det var som å møte sin egen umodenhet i døren.



Jersild P. C.

Forfatterintervjuet:

Litterær og virkelig tvang

De fleste ser etter om de har slått av komfyren før de går hjemmefra. Men hva om man ikke klarer å komme seg ut døra fordi det er umulig å stole på at den virkelig er av?



Tvang er Kristin Marie Berstads debutbok. En jeg-fortelling om en ung, lyshåret kvinne med store blå øyne og markerte øyebryn som bor på Torshov i Oslo. Og som ved siden av å jobbe i bokhandel skriver på en roman. Akkurat som Berstad selv. På forlagets nettside står det at boken er selvbiografisk.

– Er den virkelig det?

– Ja, på et vis. Jeg ønsket at det jeg skrev skulle være sant, eller så sant som mulig. Jeg skriver om det jeg ser rundt meg og om det jeg tenker på. Både hendelsene og tankene er hentet fra mitt eget liv. Men det kom til et punkt da jeg var nødt til å slippe meg selv, for å skrive en roman. Det er ikke mulig å

skrive en roman om seg selv; skulle jeg skrevet en selvbiografi ville jeg valgt en helt annen fremgangsmåte, forklarer hun.

– Men spenningsfeltet i romanen ligger nettopp i grenselandet mellom fiksjon og virkelighet. Du kan si at romanen er et litterært eksperiment: Jeg prøvde å skrive så sant som mulig.

– Samtidig føler jeg at boken handler mindre og mindre om meg selv, tilføyer hun etter en liten tenkepause.

Hovedpersonen i Berstads bok sliter med tvangstanker. Angsten for å bli hiv-smittet og at kjæresten skal være utro er gjennomgangstema og samtidig det som driver handlingen fremover: En annens hår i vasken, en uvant lukt eller en rift i fingeren – har det vært en fremmed kvinne i leiligheten, kan det være et sprøytetstikk?

– Var tvang et utgangspunkt eller et påskudd for å skrive boka?

– Det var ikke et utgangspunkt. For meg er ikke skriving terapi, skriving kan tvert imot være veldig slitsomt.

Hun tror likevel at boka kan være en kilde til kunnskap om temaet:

– Historiene i boka kan gi innsikt i hvordan hverdagen fortoner seg for en som lever med tvang.

– Hvorfor valgte du å skrive i jeg-person?

– Jeg har brukt jeg-person så lenge jeg har skrevet seriøst. Det er

viktig å etablere et perspektiv når man skriver, og for meg var det riktig å velge et subjektivt et. Jeg ønsket som sagt å skrive sant, og man vet jo ikke hva som er sant for andre enn seg selv. I tillegg skriver jeg om et betent og vanskelig tema. Det var derfor ekstra viktig for meg å bruke meg selv som eksempel.

– Hva er det som driver deg til å skrive?

– For meg er skriving, på samme måte som lesing kan være, en søken etter identitet, etter holdepunkter i livet. Behovet for å skrive ble stadig sterkere.

Rett etter gymnaset gikk hun ett år på skrivekurs på Nansens skolen. Men så begynte hun på Universitetet i Bergen.

– Jeg tenkte jeg måtte bli noe fornuftig, sier hun med et lite smil.

– Jeg har stor glede av å bruke språket, forme det til en historie. Jeg har også jobbet som journalist, men det blir noe helt annet. Jeg søker etter noe annet enn hverdagspråket.

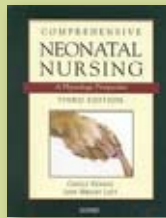
Hun hoppet av universitetsstudiene og begynte på Skrivekunstakademiet i Bergen. Det var her skrivingen begynte å ta form for alvor.

– Jeg hadde behov for å skrive noe som berørte, som rystet, forteller hun.

– Jeg er ute etter å vekke ubehag hos leseren. Dette tror jeg at jeg oppnår ved å skrive så ærlig og oppriktig som jeg gjør i Tvang. Sannheten er jo ofte ubehagelig.

om sykepleie til premature

Anbefalt av Randi Dovland Andersen, klinikkrådgiver, Barne- og ungdomsklinikken, Sykehuset Telemark.



Carole Kenner & Judy Wright:
Comprehensive Neonatal Nursing: A Physiologic Perspective
Et vidtfavnende oppslagsverk som bør finnes på ethvert vaktrom!



Lars Wallin (red):
Omvårdnad av det nyfödda barnet
Gir et helhetsperspektiv på omsorgen for det premature barnet og dets familie, sett ut fra en skandinavisk (svensk) kontekst.



Janet M Rennie & NRC Robertson:
A Manual of Neonatal Intensive care
Gir en god og relativt kortfattet oversikt over fagområdet neonatologi, selv om den ikke omhandler sykepleiefaglige aspekter.

For meg er ikke skriving terapi.

Berstad tror at de aller fleste har opplevd tvang i en eller annen form:

– Dette er ikke en fortelling fra psykiatrien, det handler om hverdagsnevrose. De aller fleste mennesker befinner seg i en gråsoner, man har sine problemer, men det avgjørende er hvorvidt man mestrer hverdagen. Det er et voldsomt fokus på bakterier og sykdom i samfunnet, og dette kan kanskje skape nevroser, undrer hun.

–Tvang er veldig skambelagt. Det å tvinge seg til å sjekke ting man vet ikke er nødvendig å sjekke, skaper skam. Men hvis man innser at katastrofetanken bare er en tanke, en fantasi, så blir den ikke så truende. Mennesket er styrt av vaner. Man kan etablere vaner gjennom tvang, men man kan også unngå tvang ved å etablere vaner om ikke å følge tvangen, mener hun og sikter til eksponeringsterapi.

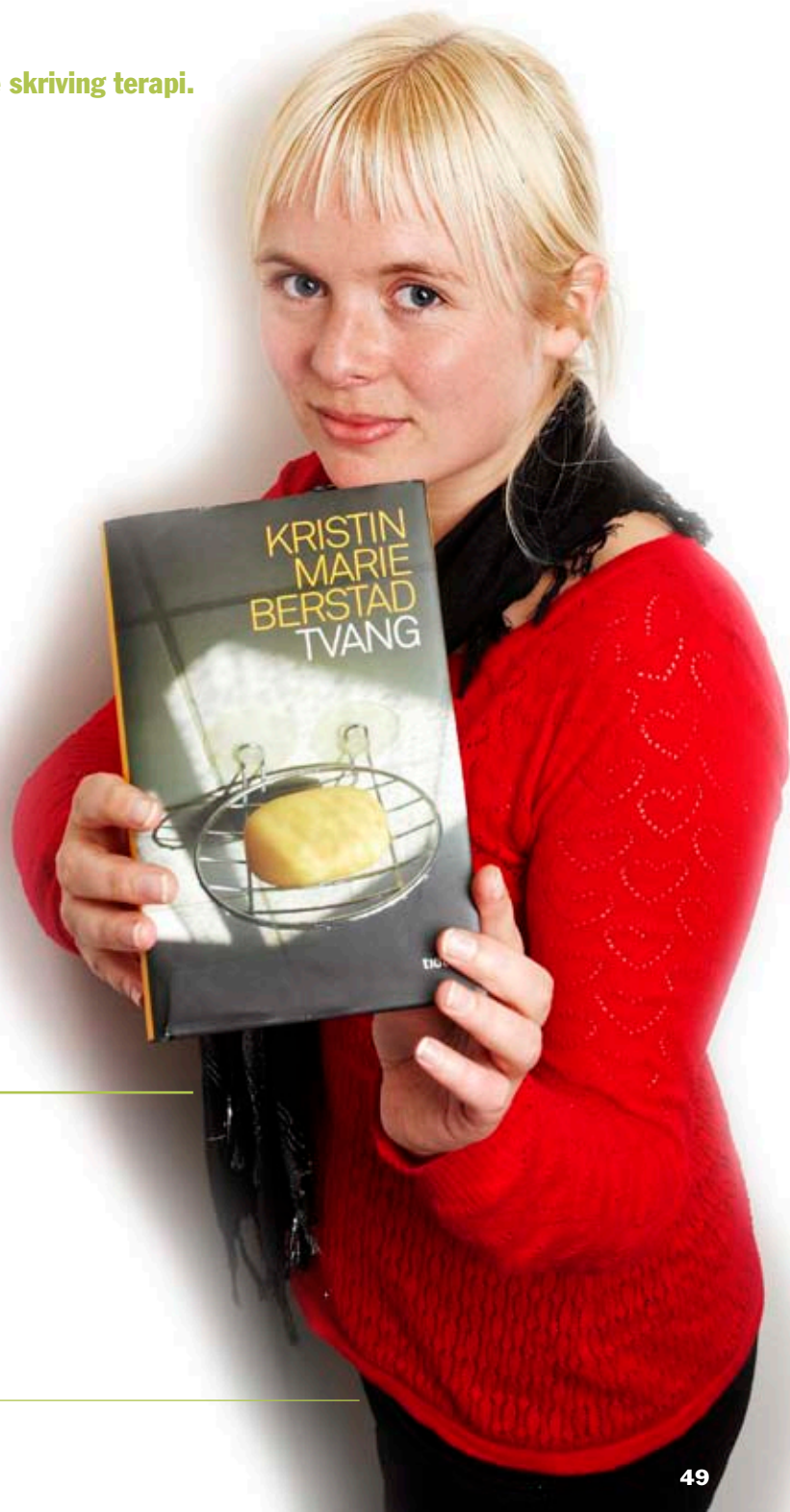
Kristin Marie Berstad har ingen ideal-leser: Leseren kommer først inn i siste fase.

– Mye av redigeringen skjer med tanke på leseren. Det at det har blitt en fortelling med begynnelse og slutt, for eksempel. Når jeg skriver tenker jeg ikke på leseren, da konsentrerer jeg meg om å være i «flow».

Hun innrømmer likevel at hun blir litt brydd ved tanken på at farmoren skal lese boka. Det koster å være ærlig. Men det er ikke noe stort problem:

– Jeg har brukt meg selv og mine egne erfaringer i skrivingen, men det tror jeg alle som skriver gjør. Jeg har mange likhetstrekk med jeg-fortelleren, men jeg er ikke identisk med henne. Og det er boka som er viktig, ikke meg.

tekst **Susanne Dietrichson**
foto **Erik M. Sundt**



Kristin Marie Berstad

Aktuell med: Boken «Tvang»

Utdanning: Studier i litteraturvitenskap og sammenliknende politikk.

Skrivekunst-akademiet i Hordaland.

Yrke: Student/bokhandlmedarbeider

Bosted: Oslo

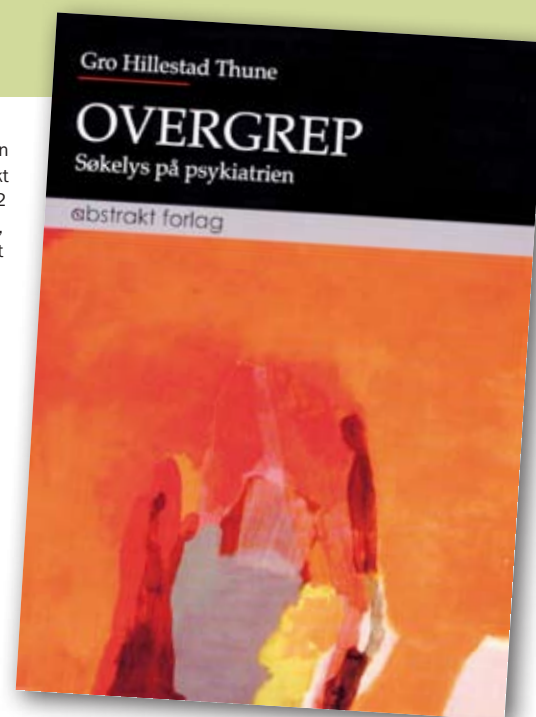
Alder: 26



Månedens bøker

Overgrep. Søkelys på psykiatrien
Av Gro Hillestad Thune, 200 sider, Abstrakt
forlag, 2008, ISBN 978-82-7935-253-2

Anmelder: Terje Carlsen,
sosiolog og journalist



Overgrep og menneskerett

Dette er kanskje årets viktigste bok. Les den.

Anmeldelse: Hvilken behandlingsideologi ligger til grunn for et regime som bruker seks fullvoksne, mannlige pleiere til å sette seg oppå en incestutsatt og spe, ung kvinne for å holde henne nede på golvet med makt?

Dette er ett av spørsmålene menneskerettighetsadvokat Gro Hillestad Thune tar opp i sin siste bok. Den består av mer enn et dusin personlige beretninger om overgrep mot psykiatiske pasienter, som Thune relaterer til menneskerettighetene.

Hun har i en årrekke arbeidet med menneskerettigheter, og vært medlem av Den europeiske menneskerettighetskonvensjon. Ifølge henne florerer menneskerettighetsbruddene i norsk psykiatri. «I de siste årene har det vært enighet om at psykiatrien trenger flere penger. Den diskusjonen som nå må tas, gjelder kvaliteten på tilbudet til mennesker med mentale lidelser», fastslår hun.

Dette er selvsagt ikke bare en utfordring her hjemme. Thune skriver at i alle land er mennesker med psykisk sykdom blant dem som er mest utsatt for overgrep og brudd på menneskerettighetene. Overgrepene varierer fra arroganse og neglisjering fra behandlingspersonale side, til grove brudd som uforholdsmes-

sige inngrep i privatlivets fred, der folk blir hentet av uniformert politi med naboer som vitner, til reiming, langvarig isolasjon og tvangsmedisinering.

Men tvangsmedisineringen foregår ikke alltid i det lukkede institusjonssystemet. Nei, tvangen kan også ytre seg mer skjult og sofistisert. Som når unge, psykisk syke på attførings- eller rehabiliteringspenger i poliklinisk behandling blir «tvunget» til å spise antidepressiva for å få videreført trygden. Ifølge Thune har tvangsbruken de siste årene generelt økt, selv om myndighetenes mål er at den skal ned.

I boken følger vi en av de få sakene der norsk psykiatri er dømt for brudd på menneskerettighetene. Det er saken om den gravide Anne, som da fastlegen hennes tar ferie, råker ut for et menneskefiendtlig Follo akutteam. Hun trues til å ta Zyprexa dersom hun vil ha sengeplass på Folloklinikken. Anne nekter. Akutteamet tolker Annes avslag som en forverring av tilstanden og truer med politi. Anne bestemmer seg for å ta drosje til klinikken. Der blir hun møtt av en lege som da hun igjen nekter å ta Zyprexa, utbryter: «Nei, dette går ikke. Jeg må sende deg til Blakstad». Legen bestiller så politikort. Som et resultat av det

enorme presset Anne er utsatt for, kollapser hun på golvet på legens kontor. Over seg hører hun en politimann si: «Dette kan gjøres på den enkle eller den vanskelige måten. Enten går du frivillig ut på dine egne bein, ellers blir du båret ut».

Anne blir bare et døgn på Blakstad. Legen der finner henne ikke psykotisk og til fare for seg selv eller andre. Men Anne får problemer i ettertid som minner om posttraumatisk stresslidelse. Hun klager til Helsetilsynet og Sivilombudsmanen, men får ikke medhold. Først da hun bringer saken inn for Oslo tingrett, får hun medhold i at Follo akutteam har brutt menneskerettighetene. Retten konkluderer med at hun er blitt utsatt for ulovlig frihetsberøvelse i strid med to artikler i Den europeiske menneskerettighetskonvensjon.

Annes tilfelle er unikt. Ikke fordi hun ble utsatt for brudd på menneskerettighetene i norsk psykiatri. Men fordi hun vant gjennom i en norsk rett. Bare et fåtall overgrepssaker fra psykiatrien havner her. Det er sannsynligvis fordi slike rettsprosesser krever store personlige og økonomiske ressurser. Noe psykiatiske pasienter sjelden er rike på.

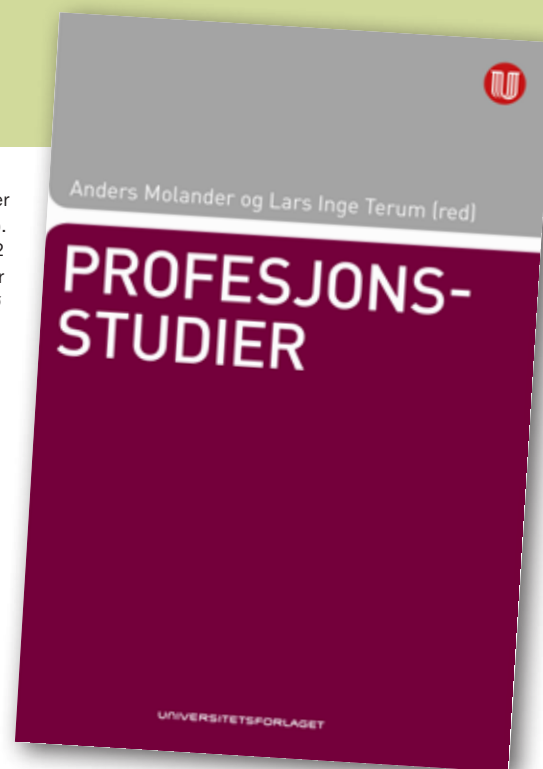
Å klage til Helsetilsynet er også krevende, og noe svært få psykia-

triske pasienter utsetter seg for. Ikke minst fordi psykiatiske pasienter meget godt vet at svært få – om noen – får gjennomslag for sin virkelighetsbeskrivelse hos tilsynet. Grunnen er at den psykiske helselovgivningen i stor grad er skjønnbasert, og derved åpner et stort rom for legens handlinger.

En annen grunn til at så få klager, ifølge Thune, er at de frykter represalier fra behandlingspersonalet.

Men det er et viktig poeng jeg savner i denne utmerkede boken. Det er den juridisk logikken bak det faktum at den psykiatiske pasienten, i motsetning til mektige psykiatere, ikke har ankenemulighet i Helsetilsynet. Denne institusjonaliserte uretten må få avløsning. Av den enkle grunn at menneskerettighetenes inkorporering i norsk helselovgivning har som hensikt og mål å utligne noe av den asymmetrien i makt som eksisterer mellom behandler og pasient i norsk psykiatri. Gjøres ikke det, godtar vi inkonsistenser som en del av norsk lovgivning på ett område. Dette er uholdbar praksis for en rettsstat.

Som Gro Hillestad Thune konkluderer: «Det som fortelles i denne boken, viser behovet for drastiske grep». Min oppfordring er: Les den; dette er kanskje årets viktigste bok.



Profesjonsstudier

Av Anders Molander og Lars Inge Terum (red.).
445 sider, Universitetsforlaget 2008, ISBN 978-82-1500-859-2

Anmelder: Torunn Hamran, professor, Avdeling for sykepleie og helsefag, Universitetet i Tromsø

Svært viktig om profesjoner

Denne boken handler ikke bare om studier av og om profesjoner. Den berører også i stor grad fagenes selvforståelse.

Anmeldelse: «Profesjoner er mektige yrkesgrupper. De fordeler store samfunnsressurser og de har definisjonsmakt. De tar beslutninger, ofte på grunnlag av skjønn, med store konsekvenser for menneskers ve og vel. Derfor er profesjonene også omstridte.» Med disse ordene settes agendaen for et omfattende verk som skal si noe om alle profesjoner, og som gjør alle profesjonene til (potensielt) politiske og mektige aktører.

I innledningen blir leseren introdusert til profesjonsstudier som forskningsfelt, hvorfor slike studier er viktige og hvordan forholdet mellom profesjonsstudier og profesjonsfagene blir forstått: «Mens profesjonsfagenes formål er å bidra til god profesjonsutøvelse, er formålet med profesjonsstudier å utvikle kunnskap om profesjoner, profesjonsutøvelse og profesjonskunnskap» (s. 23). Jeg går ut fra at «god profesjonsutøvelse» også inkluderer den forskning og fagutøvelse profesjonene selv bedriver innenfor sine bestemte områder?

Boken er et svært viktig bidrag først og fremst til det som er bokens formål, nemlig studier av og om profesjoner, men den berører i høyeste grad også profesjonsfagenes formål, og vil jeg legge til – selvforståelse.

Dette er viktig i ei tid da profesjonene i stadig større grad bidrar med egen fagutvikling og forskning, og antallet mastergrader i profesjonsfagene er sterkt voksende.

Boken består av et innledningskapittel og 25 selvstendige kapitler skrevet av ikke mindre enn 23 forfattere (fire kvinner og 19 menn). Kapitlene er organisert i fem deler; profesjonsstrid, profesjonsbetingelser, profesjonsutøvelse, profesjonsutøverne og generelle teoretiske perspektiver på profesjoner. Bokens bidragsytere spenner faglig vidt og består av sosiologer, statsvitere, pedagoger, økonomer og filosofer – alle med spisskompetanse innen sine respektive fag og flere med tilknytning til Senter for profesjonsstudier ved Høgskolen i Oslo.

De to redaktørene har gjort en formidabel jobb med å samle så mange ulike teoretiske innfallsvinkler og perspektiver, samtidig som det er utvist redaksjonelle grep som gjør at boken fremstår etter det som også er dens intensjon – nemlig å gjøre profesjonsstudier til et samlet forskningsfelt.

Anmeldelsens rammer gjør det ikke mulig å gå inn i de enkelte kapitlene, men den faglige kvaliteten er sammenlagt svært høy og boken

spenner vidt. Fra teoretiske klassikere, til nyere teorier og empirisk forskning på feltet og med et gjennomgående kritisk blikk på de teoretiske perspektivene som introduseres. En omfattende bruk av fotnoter viser retning for den som vil gå videre på de enkelte temaene som tas opp.

Slik sett er boken forbilledlig. Den gir både innsikt i et substansielt felt og den demonstrerer en akademisk arbeidsmåte ved at de ulike bidragsyterne både viser nytten av de teoretiske perspektiver og analytiske begrep som er valgt, samtidig som de forholder seg kritisk og posisjonierer seg i forhold til dem. Boken kan fungere både som akademisk forbilde, kunnskapskilde og oppslagsverk. Navneregisteret og stikkordregisteret bak i boken, samt fotnotene, gjør det enkelt å navigere i det store antall referanser.

Hensikten med boken er å stimulere til studier av profesjoner, av deres samfunnsmessige rolle, av profesjonsutøvelse og av profesjonsutøverne, men som nevnt syns jeg boken viser utover dette. For hvem er egentlig målgruppen? Samfunnsvitene som har profesjonsstudier som forskningsfelt er selvsagt. Profesjonsutdanningene, både på lavere og høyere nivå, bør forholde seg til

samfunnsrollen og samfunnsmandatet. Dette er et forsømt felt og flere av artiklene fortjener en plass på pensumlistene. Jeg vil dessuten anbefale boken til de som forsker for å utvikle selve faget, og som i tillegg til de som praktiserer faget også har som formål «å bidra til god profesjonsutøvelse». Temaer som skjønn, tillit og ansvar står for eksempel sentralt i flere bidrag. «Å handle ut fra eget skjønn er en ledestjerne i profesjonelt arbeid» (s. 259), men boken stopper ikke der.

For det første blir det påvist hvordan disse begrepene langt fra er entydige og derfor trenger en utlegning, for det andre at relasjoner basert på skjønn, tillit og ansvar også har andre sider: Tillit kan slå over i makt og det innebærer at «makt hører nødvendig med til profesjonens primærrelasjoner» (s. 199). En formulering som «skjønnets byrder» (s. 192) er tankevekkende og refererer til hvordan skjønn alltid inneholder kilder til variasjon i konklusjonene som trefes. Denne type påvisninger belyser påstanden om profesjonsutøverens store samfunnsmessige ansvar, men aktualiserer også det store ansvaret alle som på en eller annen måte er involvert i dette feltet har.



Hvilken sykdom er det kjent at Karen Blixen slet med?

Svar: Syfilis



En uvanlig bok

Omtale: Denne boken er ment å være et innspill i en helsefaglig grunnlagstenking. Litteraturforskeren Drude von der Fehr vil møte behovet for en endring av det medisinske og det helsefaglige teorigrunnet. Hun ønsker å vise vei til en mer enhetlig måte å tenke på.

Når kroppen tenker
av Drude von der Fehr



En bruksbok

Omtale: Her er det basiskunnskap som gjør sykepleiere i stand til å ivareta alles ernæringsbehov. Boken tar for seg generell, forebyggende og klinisk ernæring. Dette er tredje utgave av boken.

Sykepleierens ernæringsbok
Av Rolf Jarl Sjøen og Lene Thoresen



Hjem, kjære hjem

Omtale: Hva et hjem er, belyses ut fra teori, erfaring og forskning. Hvordan det hjemlige oppfattes når man blir eldre og om sykehjemmet kan bli et hjem, er blant problemstillingene som tas opp. Boken er skrevet både for studenter på bachelornivå og i videreutdanning.

Hjem Eldre og hjemlighet
av Solveig Hauge og Frode Fadnes Jacobsen (red.)



Om begrep og praksis

Omtale: Veiledning av studenter og fagutøvere er tema. Her utdypes veiledning som begrep, veiledningens grenseområder og veiledning som pedagogisk virksomhet. Dette er tredje utgave av boken.

Veiledning - mer enn ord ...
av Sidsel Tveiten



Alternativt dypdykk

Omtale: Det er økende interesse for å integrere alternative terapier i helsevesenet. Det krever kunnskap. Her er oversikt over terapier, og viten om forskningsmetoder og forskningsresultater.

På vei mot en integrert medisin
En innføring i komplementær og alternativ behandling
av Audun Myskja



For mye flinkhet

Omtale: Denne boken handler om å være glad i nok. Ikke nok cubanske sigarer eller italiensk is, men i krav og forventninger til blant annet liv og samfunn. Nok er godt nok, er Per Fugellis budskap og hevder at samfunnsstil og politikk er viktigere for å fremme helse enn livsstil og biologi.

Nokpunktet
Essays om helse og verdighet
av Per Fugelli



Hva leser du nå?

- Nå for tiden leser jeg «**De velvillige**» av **Jonathan Littell**, denne store boken om andre verdenskrig, sier **Finn Nortvedt**, studieleder ved sykepleierutdanningen på Høgskolen i Oslo.
- Jeg har alltid vært opptatt av krigshistorie, og spesielt jødernes historie. Forholdet mellom det ypperste og det

verste i mennesket og hvordan man kan forstå disse avgrunnene.

- Ellers er jeg nettopp ferdig med den siste boken til Cormac McCarthy. «**Veien**». Sånn jeg ser det handler den om en verden som er ødelagt, og der en far og en sønn bærer håpet. Han skriver fantastisk.

tekst **Nina Hernæs**

En menneskets mann

- Alle mennesker kan le, mener klinisk sosionom **Svein Torgeir Dale**. Som en motvekt til all lidelsen har han skrevet *Humor og psykiatri*.

1 Hvorfor har du skrevet denne boken?

Ford å rette oppmerksomheten mot psykiatrien og behandlingen av psykiatriske pasienter. Men også for å vitalisere fagfeltet. Jeg knytter humor til det å jobbe med mennesker. Vi sitter ikke med alle svarene i psykiatrien. Vi vet en del om ulike lidelser og det kommer nye teorier, men selve behandlingen vet vi lite om. Jeg vil peke på hvor viktig det er med ydmykhet.

2 Hva liker du best ved boken?

At den er fri for henvisninger. Den er til å le av, selv om alvoret ligger under.

3 Hva synes du boken mangler?

Den mangler nok litt dybdekunnskap om humor. Dette er en bok på 60–70 sider, og jeg har kalt den «et foredrag mellom to permer». Det er for å slippe unna kravene til litterær perfektjonisme og gjør at jeg kan være mer verbal. Dybdekunnskapen får komme i neste bok.

4 Hvem bør lese den?

Alle som jobber med mennesker. Ikke bare i psykiatrien, men i



Foto: Stig Weston

spørsmål til Svein Torgeir Dale

hele samfunnet. Jeg skriver ikke om humor og psykiatri, men humor *brukt* i psykiatrien. Det er mye som kan generaliseres og overføres til andre områder, for eksempel ledelse.

5 Hva er den siste fagboken du har lest?

Tidlig innsats ved schizofreni av Paul Jørgensen, Tor Ketil Larsen og Bent Rosenbaum. Det er et fagfelt jeg har arbeidet med i elleve år. Kanskje vil begrepet schizofreni gå ut av fagterminologien, blant annet fordi det er med på å opprettholde så mange myter.

6 Og den siste skjønnlitterære?

Vet du hva, jeg leser så få skjønnlitterære bøker. Ikke fordi jeg ikke liker dem, men etter en stressende hverdag må jeg koble av. Da leser jeg – hold deg fast – Jens von Bustenskjold av Sigurd Lybeck. Det er tegneserier med handling fra bygda. Meget god litteratur. Jeg har alle bøkene fra 1932 og utover, og jeg ler meg i hjel av dem. De gir meg en salig opplevelse i sengehalmen.

7 Hva inspirerer deg til å skrive?

Jeg skriver mange dikt, et par av dem er også med i boken. Det

som inspirerer er sterke møter med mennesker. Mennesker som klammer seg fast til et halmstrå i livet og som klarer seg.

De som ser muligheter på små flater imponerer meg mest. Jeg har aldri latt meg imponere av titler, men av mennesker som tør å være seg selv og vise sine sterke og svake sider. Jeg sier: Jeg driter i tittelen din, hvem er du?

8 Hvilken bok drømmer du om å skrive?

Jeg drømmer om å fullføre en bygdebok fra Nissedal, der jeg vokste opp. Der prøver jeg å få fram den ramsalte humoren full av spetakkel og galskap, men som har alvorlige undertoner. Akkurat som hardingfela.

9 Blir du rik av boken?

Overhodet ikke. Jeg er ikke opptatt av penger. Jeg har akkurat det jeg trenger.

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

tekst Eivor Hofstad foto NRK og Eivor Hofstad



GOD KONTAKT: Demente Ingeborg (Julie Øksnes) i NRK-serien Himmelblå får her musikalsk hjelp av innflytteren Klara (Zita Djenes) til å skremme vekk fuglene fra klesvasken.

Å omgås demente:

Jatt med!

Jatt med i stedet for å korrigere. Og det skader ikke å finne musikk den demente liker når du skal bedrive sensorisk stimulering.

Svenske Peter Wetterberg er spesialist i geriatri og overlege ved Hukommelsesklinikken ved geriatrik avdeling på Ullevål universitetssykehus. Han besøker ofte sykehjem rundt omkring i landet, og har lagt merke til at det fremdeles finnes sykepleiere som har misforstått begrepet «realitetsorientering» i forhold til demente pasienter.

Ikke som barn

Wetterberg ser sykepleiere korrigere og argumentere for fakta som dette: «Nei, moren din kan ikke ha vært her i går. Hun døde jo for 30 år siden».

– Det fører ikke til noe godt å argumentere om noe som åpenbart er feil. Det skaper bare masse uhygge, dessuten er rettelsen glemt igjen om noen minutter. Da er det bedre å jatte med, skifte tema eller

gå ut og komme inn igjen og begynne samtalen på nytt, sier han.

Han advarer også sykehjemsansatte mot å bli irriterte og si noe slikt som: «Nei, ikke sett glasset der. Jeg har jo sagt det 50 ganger før!»

– Demente er ikke som barn. De kan ikke lære eller trekke konklusjoner om hva en handling fører til. De blir ikke flinkere med tiden, tvert imot, minner Wetterberg om.

Realitetsorientering handler om å føre høflige samtaler der det bakes inn fakta som kan hjelpe den demente til å orientere seg. Litt sånn hvem-hva-hvor-type informasjon.

– Si hvem du er, hvor du er, og snakk for eksempel om hvilken årstid det er: «Se, bladene faller fra trærne. Nå er det høst,» og så videre, råder Wetterberg.

Ti stimulerende råd:

Peter Wetterberg har ytterligere ti tips til hvordan du forholder deg til demente og sørger for riktigst mulig stimulering:

1. Ta kontakt og sørg for å være i synsfeltet til den demente når du gjør det. Ikke kom bakfra og ta i vedkommende. Det kan oppleves skremmende.
2. Presenter deg alltid. Ikke spør om vedkommende husker deg. Fortell dette også til de pårørende, som ofte spør den demente «Husker du meg? Meg husker du vel?».
3. Sørg for rene briller og høreapparat **med** batteri **uten** voks, ikke omvendt.
4. Før en høflig samtale som åpner for kommunikasjon.
5. DVD-filmer kan engasjere, men må ikke ha raske sceneklipp eller mye og høy lyd. Langsomme naturprogram, gamle filmer med dvelende scener, stumfilmer, (lokal-) historiske filmer og opptak av fisker i akvarium kan fungere.
6. For moderat til svært alvorlig demente personer kan simulert nærvær fungere. Opptak av en samtale om hendelser fra fortiden gir trygghet. Legg inn pauser for respons. Opptaket vil føles nytt hver gang.
7. Legg til rette for ulike atferder. Minimer risiko, kamoufler dører slik at ytterdør ikke ser ut som ytterdør. Aktivitetsforkle eller -duk med knapper til å knappe opp og igjen, bånd til å knytte, flette og så videre, kan være bra for dem med «plukkeatferd».
8. Sorteringsaktiviteter setter noen pris på. Avhengig av grad av finmotorikk, kan det være kort, knapper, kuler og så videre.
9. Fysisk trening er viktig. Ballonger er bedre enn baller fordi de flyr saktere gjennom luften.
10. Beroligende miljøtiltak kan være lyder som rennende bekk, bølger, fuglesang eller musikk (som vedkommende liker – spør pårørende om musikkpreferanser, sier forskningen til sykepleier Linda Gerdner fra USA). Kosedyr eller akvarium kan også virke beroligende.

MISFORSTÅTT: Peter Wetterberg mener mange sykepleiere har misforstått når de skal realitetsorientere demente pasienter. De korrigerer i stedet for å informere.



– Tolk atferden

Det er en kobling mellom atferdstype og utilfredstilte behov hos den demente. Lær hva ulik atferd kan bety.

Professor og psykolog Jiska Cohen-Mansfield fra Washington i USA har vist at det hos demente er en kobling mellom utilfredstilte behov og ulike typer urolig atferd, både verbal/vokal og/eller motorisk/fysisk aktivitet.

– Hun mener at sykehjem oftest er lite stimulerende, og at hvis du finner en aktivitet som virker, minsker uroligheten til den

demente pasienten, forteller Peter Wetterberg.

Han baserer sine foredrag om atferdstolkning på Cohen-Mansfields arbeid.

– Også sensorisk stimulering kan virke beroligende. Det gjelder både berøring, duft (lavendel) og lyd. Det er også verdt å merke seg at atferdsproblemene øker når det er kaldt og mørkt, sier Wetterberg.

Her er hans lynkurs i atferdstolkning:

Verbalt = lidelse

Det som er mest konsekvent i studiene er at upassende eller uventet verbal/vokal atferd omtrent alltid er koblet til **lidelse**, enten i form av fysisk ubehag, smerte eller ensomhet.

Aggressiv fysisk = mulig fysisk lidelse

Ved fysisk lidelse kan også **aggressiv fysisk atferd** observeres, men slik atferd er vanskeligst å forklare konsekvent.

Urolig = ønsker kontakt

Urolig, ikke aggressiv fysisk atferd ses ofte ved behov for sosial kontakt. Dette er ikke relatert til lidelse, men er en adaptiv atferd for å få stimulering.

Vandrer = bra

Vandring er også en type adaptiv atferd for å få fysisk stimulering. Vandrerne har bedre helse og bedre appetitt enn andre demente. Vandring skal derfor ikke medisineres.



Prevensjon på ny liste

Helsesøstre og jordmødre med forskrivingsrett må heretter basere seg på ATC-systemet.

Det er Legemiddelverket som har valgt å gå over til ny liste. Hensikten er å gjøre den mer logisk og lettere å holde oppdatert.

Det nye er at man tar utgangspunkt i ATC-gruppen legemidlene tilhører. ATC-systemet (anatomisk, terapeutisk og kjemisk klassifikasjon av legemidler) er et kodeverk som blant annet deler inn legemidler etter virkestoff og hvilket organ de virker på. Systemet er internasjonalt og utgis og driftes av Verdens helseorganisasjon. Det brukes sammen med diagnoseverket ICD-10.

Ikke lenger produktnavn

Den nye listen erstatter tidligere lister.

Ifølge seniorrådgiver Pernille Harg i Legemiddelverket vil den nye listen være mer dynamisk. Mens den gamle listen gikk etter produktnavn, går den nye etter virkestoff.

Det vil si at hvis det kommer en p-pille på markedet som inneholder akkurat de samme virkestoffene som en p-pille som jordmødre og helsesøstre allerede kan skrive ut, så kan de også skrive ut den nye. De trenger ikke vente på godkjenning. Før har Legemiddelverket måttet vurdere hvert enkelt produkt.

– Men hva innebærer det i praksis?

– Noen flere preparater dekkes av forskrivingsretten. En positiv

effekt er at systemet er uavhengig av doser. Før kunne et allerede godkjent preparat komme i lavere doser, men helsesøstre og jordmødre kunne ikke forskrive det før vi hadde vurdert det.

Felleskatalogen

– Hvor kan helsesøstre og jordmødre finne ut hvilke prevensjonsmidler de kan forskrive?

– I Felleskatalogen på papir eller nett. De kan også søke på Legemiddelverkets preparatsøk. Er de i tvil, kan de alltid få råd på apotek og selvfølgelig hos Legemiddelverket. Og kjenner jeg produsentene rett, vil de vite å opplyse om det, sier Pernille Harg.

Mer forskrivning på vent

Jordmødre og helsesøstre kan skrive ut p-piller, p-sprøyte, p-ring og p-plaster til kvinner mellom 16 og 19 år. Men i sommer foreslo Helsedirektoratet å utvide forskrivingsretten til alle kvinner i fruktbar alder og alle typer hormonelle prevensjonsmidler, med unntak av spiral og p-stav. Vurderingen ble gjort på oppdrag fra Helsedepartementet. Nå ligger forslaget der.

Helsedepartementet opplyser at saken er til behandling, men kan ikke si når den er ferdig.

Fremmer hudkontakt

Kenguruomsorg brer om seg. Guruen innenfor feltet kommer til Norge i november.

Susan M. Ludington er amerikansk professor i barnesykepleie og står bak flere forskningsprosjekter rundt kenguruomsorg. 4. november kommer hun til neonatal sykepleiedag på Rikshospitalet i Oslo. Barnesykepleierforbundet står bak.

Belastning

– Hvorfor akkurat kenguruomsorg?

– I dag redder vi mange premature barn ved hjelp av avansert medisinsk kompetanse. Men miljøet de opplever, er en belastning for dem. Kenguruomsorg handler om

å legge til rette for å fremme nærhet mellom foreldre og barn, sier Merete Høllen Sjøen, styremedlem i Barnesykepleierforbundet.

Omsorg

Essensen i kenguruomsorg er å sørge for hudkontakt mellom barnet og deres foreldre.

– Foreldrene opplever at vi som jobber på nyfødintensiv «eier» barnet deres. De selv er på «besøk». Her i Stavanger, hvor jeg jobber, er vi bevisste på at det er foreldrene som er barnets primære omsorgs-

personer. Vi er bare profesjonelle stedfortredere, poengterer hun.

– Når et større barn slår seg og har vondt, tar vi det intuitivt opp i vår favn. Men når barnet ligger i kuvøse, er det ikke lett å vite hva man skal gjøre.

St. Olav

– Brukes kenguruomsorg i Norge?

– På St. Olav er det i hvert fall tatt i bruk systematisk. Med nytt sykehus har de hatt muligheten til å legge også fysiske forhold til rette. I Stavanger tilbyr vi elementer.



HUD MOT HUD: Kengubarna henger inntil moren.

Mer om neonatal sykepleiedag på www.sykepleierforbundet.no. Se under faggruppen Barnesykepleierforbundet.

tekst Kari Anne Dolonen foto Marit Fonn



BRA: Dyrene må ha det bra hvis de skal fungere i terapi, understreker kursansvarlig.

Friskere med dyr?

Dyr i alle størrelser er på vei inn i helsevesenet. Nå starter et nytt kurs i dyreassistert terapi.

Universitetet for miljø- og biovitenskap (UMB) starter i november sammen med AntrozologiSenteret kurs i dyreassistert terapi.

Kurset er det første i sitt slag i Norge. Det er delvis nettbasert og beregnet på personer som ønsker å bruke dyr aktivt i samhandling med mennesker.

– Det begynner å komme en del forskning på området. Det ser blant annet ut til at selskapsdyr som hund og katt har positiv innvirkning på høyt blodtrykk. Større dyr som ku og

hest virker positivt på mestringsfølelsen til blant annet psykiatriske pasienter, sier professor ved UMB, Bjarne Braastad.

Han er også fagansvarlig for kurset og har arbeidet med dyr-menneske-relasjoner siden 1988.

Hund og katt har positiv innvirkning på høyt blodtrykk.

Bjarne Braastad

– Kurset tar for seg mange av de praktiske sidene ved å bruke dyr i behandling. Man

må ha en plan for det man gjør. Dersom ikke dyrene har det bra, fungerer de dårlig som terapi, sier han.

Mer om kurset: www.umb.no.



C1

Gardasil® «Sanofi Pasteur MSD»

Vaksine mot humant papillomavirus. ATC-nr.: J07B M01
INJEKSJONSVÆSKE, 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, natriumborat, aluminium (som amorf aluminiumhydroksyfosfatsulfatdjuvans) 225 µg, vann til injeksjonsvæsker.

INDIKASJONER: Vaksine som skal forhindre høygradig cervical intraepitelial neoplasji, (CIN 2/3), cervixcancer, høygradig vulvadysplastiske 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 immunogenitet hos 9 til 15 år gamle barn og ungdom. Beskyttelseeffekt 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 immunogenitet, sikkerhet og effekt. Gis intramuskulært, fortrinnsvis i overarmens deltoideusmuskel eller i det øvre anterolaterale området på låret. Må ikke injiseres intravaskulært. Subkutan og intradermal administrering er ikke undersøkt, og anbefales derfor ikke.

KONTRAINDIKASJONER: Overfølsomhet for innholdsstoffene. Ved symptomer som tyder på overfølsomhet, må det ikke gis flere doser. Vaksinerings 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 cervix-screeningundersøkelse, 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 trombocytopeni eller annen koagulasjonssykdom, fordi det etter en i.m. injeksjon kan oppstå blødning. Varighet av beskyttelsen er ikke kjent. Vedvarende beskyttelseeffekt 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/FORGIFTNING: Symptomer: Ved høy dosering synes bivirkningsprofilen å være sammenlignbar med det som er observert ved enkelt doser.

EGENSKAPER: *Klassifisering:* Rekombinant, adsorbent, ikke-infeksiøs vaksine laget av høyrensed viruslignende partikler (VLP) fra hoved L1-kapsidprotein 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 forårsaker ved analoge papillomavirus antyder at L1 VLP-vaksiner beskytter ved utvikling av en humoral immunrespons. Terapeutisk serumkonsentrasjon: Minimum beskyttende antistoffnivå er ikke identifisert. Innen 1 måned etter 3. dose hadde 99,9% antistofftitre 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(r), før 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 immunogenitetsammenligning kan en anta at vaksinen også har beskyttelseeffekt hos jenter fra 9-15 år. Immunogenitet og sikkerhet er vist hos gutter 9-15 år. Beskyttelseeffekt er ikke evaluert hos menn.

OPPBÆVING 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 uklær, 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 vaksinatør har injisert vaksinen og sluppet stempelet. Må ikke blandes med andre legemidler. Destruksjon: Ikke anvendt legemiddel eller avfall bør destrueres i overensstemmelse med gjeldende bestemmelser.

PAKNINGER 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 vulvadysplasi (VIN 2/3) hos unge kvinner før menopause.


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

Inngrep gir risiko

Å fjerne en del av livmorhalsen gir tre ganger høyere risiko for senere prematur fødsel. Det viser en ny, norsk studie.

Inngrepet det er snakk om er såkalt konisering, der en bit av livmortalpen fjernes. Dette gjøres for å ta bort celleforandringer som kan utvikle seg videre til kreft i livmorhalsen. Mellom 2 500 og 3 000 norske kvinner får hvert år utført dette inngrepet.

Registerstudie

Tidligere studier har vist økt risiko for prematur fødsel etter konisering. Den nye studien viser at de som er konisert har tre ganger så høy risiko for å føde for tidlig som de som ikke er det.

Studien bygger på materiale fra Kreftregisteret og Medisinsk fødselsregister, i alt 2,1 millioner fødsler. 15 108 av kvinnene var konisert før svangerskap og fødsel. 17 prosent av dem fødte før termin, det vil si før 37. svangerskapsuke. Blant dem som ikke var konisert fødte 6,2 prosent før termin.

Studien viser også at koniserte kvinner har større risiko for å føde

før 28. og 32. svangerskapsuke. De opplever også oftere sen abort.

Konklusjonen er at det må gjøres grundige kliniske overveielser for å konisere en kvinne som ikke har født. De som blir det, må følges opp i senere svangerskap.

Screening

I Norge pågår et stort screeningprogram som har som formål å redusere forekomsten av livmorhalskreft. Alle kvinner mellom 25 og 69 år som har hatt seksuell debut oppfordres til å ta celleprøver hvert tredje år. Oppdages det celleforandringer, følges et standardisert opplegg for å overvåke og eventuelt behandle forandringene. Er forandringene alvorlige, gjøres en konisering.

Alvorlige celleforandringer utvikles over lang tid. Men når norske kvinner stadig venten lenger med å få barn, er det flere som må koniseres før de har fått sitt første barn eller de barna de ønsker.



Å fjerne en bit av livmortalpen før svangerskap og fødsel gir økt risiko for å føde før termin.

Ikke automatisk sykdom

Alle alvorlige celleforandringer vil ikke utvikle seg til kreft. Men gjør de det, er livmorhalskreft en alvorlig sykdom som årlig tar 140 liv i Norge. Forekomsten har vært synkende siden 1970, og grunnen antas å være økt antall celleprøver. De siste ti årene er også dødeligheten redusert.

Gir informasjon

Ingrid Johanne Garnes, konstituert klinikkisjef på Kvinneklinikken i

Bergen, sier at klinikken er kjent med at konisering medfører risiko.

– Men en slik studie forsterker oppmerksomheten rundt dette, og pasientene våre får informasjon om det.

– Får dette konsekvenser for jordmødrene?

– De gravide følges godt opp, enten det er av fastlege, jordmor eller av oss, sier hun.

Den norske studien er publisert i British Medical Journal 2008;337:1343.

Hpv-vaksine gir moralsk hodebry

Regjeringen har bestemt at hpv-vaksinen skal inn i barnevaksinasjonsprogrammet. Men en ny rapport lister opp flere moralske spørsmål.

Kreft i livmorhalsen skyldes vedvarende infeksjon med hpv-virus. I dag fins det vaksine

mot hpv 16 og 18, som står bak de fleste krefttilfellene.

Alle i Norge

Hpv smitter seksuelt, og skal vaksinen ha effekt, må den settes før man har begynt å ha sex. I vår anbefalte Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helsetjenesten at alle norske jenter skal tilbys vaksinen i 12-års alder som del av barnevaksinasjonsprogrammet. Og dette fulgte regjeringen opp i høstens statsbudsjett.

Men i en ny rapport fra Nasjonalt kunnskapssenter pekes det på en rekke moralske utfordringer rundt vaksinen.

13 spørsmål

Metoden som er brukt, er utviklet for å håndtere etiske problemstillinger i vurderinger av tiltak i helsetjenesten. Hensikten er å synliggjøre moralske aspekter, ikke å gi entydige svar. I rapporten er det formulert 13 moralske spørsmål til overveielse. For

eksempel hva ulempene, risikoen og skadevirkningene er. Finnes det kulturelle eller sosiale føringar med hensyn på hpv-vaksine? Har menn et ansvar. Bør også gutter vaksineres?

– Dette er viktige spørsmål som må diskuteres. Det sier forsker Bjørn Hofman, som står bak rapporten på kunnskapssenterets nettsider.

Kilder: kunnskapssenteret.no, kreftregisteret.no

tekst Nina Hernæs

RISIKO FOR SYRESKADER



HJELPER TIL Å MOTVIRKE SYRESKADER



Syreskader på tennene er et voksende problem. Spesielt på grunn av drikkevarer med lav pH-verdi - f.eks. brus og juice - som kan forstyrre balansen i munnen din. I løpet av dagen anbefaler vi vanlig vann fra springen som et godt middel mot syreangrep, fordi det nøytraliserer syren i munnen din.

Morgen og kveld har vi enda en anbefaling. Den heter zendium Syreforsvar, og inneholder beskyttende proteiner, som hjelper til å motvirke syreskader.

zendium anbefales av norske tannleger*

STYRKER MUNNENS EGET FORSVAR



zendium anbefales av Norsk Tannpleierforening

– Snakk om omskjæring

– Ikke vær redd for å spørre om omskjæring. Still enkle spørsmål, og noter når temaet er tatt opp, råder sykepleier Nina Foss.

Nina Foss er sykepleier og sosialantropolog ved Høgskolen i Tromsø, avdeling for helsefag. Hun har vært engasjert av Helsedirektoratet i arbeidet med å bygge opp kompetanse om omskjæring hos helsepersonell.

Helsesøster er viktig

Foss mener både jordmødre og helsesøstre er viktige yrkesgrupper i kampen mot omskjæring.

– Begge gruppene er flinke til å bygge gode relasjoner med pasientene, og de følger kvinner og barn i viktige perioder, gjennom svangerskap, fødsel og småbarnstid, påpeker hun.

– En del helsearbeidere kvier seg for å ta opp temaet med pasientene. De er redde for å såre og for å trå feil. Men ikke vær redd for å snakke om det. Det viktige er å møte folk på en ordentlig måte. Gjør det gjerne enkelt. Du kan for eksempel starte slik: «Jeg vet at det praktiseres omskjæring i ditt hjemland. Her i Norge er det forbudt. Hva tenker du om det?» Det kan være en enkel måte å få i gang en samtale på, sier hun til Sykepleien.

Samtidig understreker hun at det er viktig å ikke spørre om omskjæring hele tiden.

– Før det opp i journalen når temaet er tatt opp, da er det lettere å holde en oversikt og få et system på det, råder hun.

Foss påpeker at det også er et viktig mål å gi omskårne kvinner

et godt helsetilbud.

– Her gjøres det mye godt arbeid. Omskårne kvinner opplever å bli godt tatt vare på av norsk helsepersonell. Det viser en undersøkelse Aud Talle gjorde i fjor, sier hun.

Talle er professor i sosialantropologi.

Mulig å endre

Nina Foss har tro på at det er mulig å avskaffe omskjæring.

– Selv om tradisjonen er fire tusen år gammel, kan det være mulig å få til en rask endring. Vi kan sammenligne med det arbeidet som ble gjort i Kina for å avskaffe tradisjonen med å binde føtter. Fotbinding hadde vært praktisert i flere tusen år, men ble avskaffet i løpet av cirka 20 år med målrettet arbeid, forteller hun.

Foss viser til statsviteren Gerry Mackie, som bruker konvensjonsbegrepet for å forklare hvordan fotbinding ble avskaffet.

– En konvensjon er noe alle gjør, fordi alle andre gjør det og fordi man alltid har gjort det. Den er sjelden gjenstand for diskusjon. Man trenger ikke å synes det er en god konvensjon, men sosiale omkostninger kan være for store når enkeltpersoner forkaster den. Noen helsearbeidere har møtt pasienter som sier de er mot omskjæring, men som likevel har omskåret døtrene sine. I forhold til døtrenes framtid kan det være forbundet

med sosial risiko å la være å gjøre det, dersom ikke mange blir enige om å endre konvensjonen, sier hun.

I Kina ble det drevet informa-

grupper er i gang med å lage nettverk, både for kvinner og menn. Tanken er å ha slike nettverk i hver helseregion. Nettverkene ønsker å

Selv om tradisjonen er fire tusen år gammel, kan det være mulig å få til en rask endring.

Nina Foss

sjonskampanjer, og dannet små grupper og nettverk der deltakerne gjensidig forpliktet seg til å ikke binde føttene på jentene sine. Foss mener denne modellen kan inspirere i arbeidet for å avskaffe omskjæring.

– Direktoratet og helsearbeidere jobber med informasjon. Berørte

samarbeide med helsearbeidere i arbeidet for å endre konvensjonen. Noen regioner har fått til mye, andre er kommet kortere, forteller hun.

Fatwa

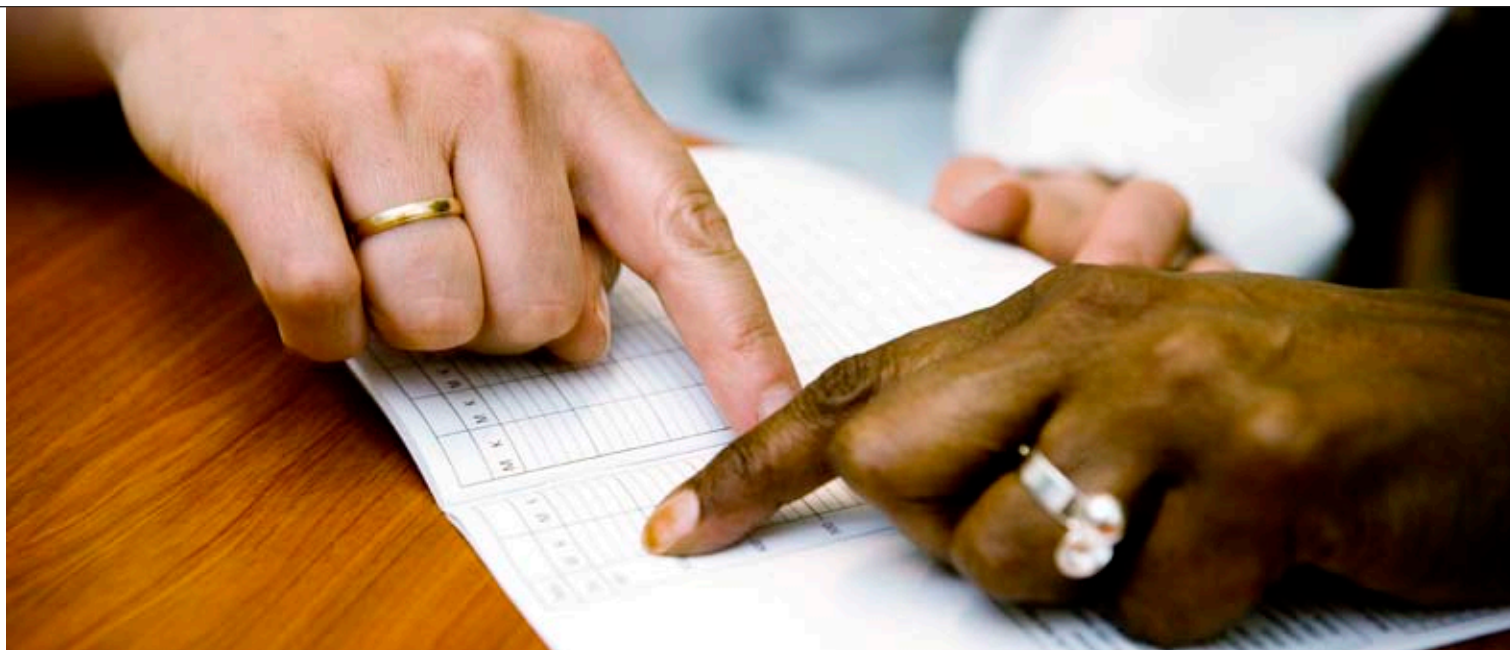
Foss mener imamene er ei viktig gruppe i arbeidet.



RESPEKT: – Helsearbeidere trenger kunnskap for å møte folk med respekt, mener jordmor og helsesøster Justina Amidu, i Trondheim.



EKSPERT: – Dialog er viktig for å få til endring, sier Nina Foss, sosialantropolog og sykepleier. Fylkesmannen i Nordland og RVTS Nord holdt nylig en konferanse i Bodø om kjønnsllestelse, der Foss var en av innlederne.



TAS VARE PÅ: Omskårne kvinner opplever å bli godt tatt vare på av norsk helsepersonell, viser en undersøkelse. Illustrasjonsfoto: Bo Mathisen.

– Det er vanlig å forbinde omskjæring med islam, men Koranen påbyr ikke omskjæring. I fjor samlet Helsedirektoratet og flere brukergrupper åtte sentrale imamer fra de største norske byene, fra Stockholm og Kenya. Her ble det utformet en fatwa mot omskjæring. Den er nå til behandling i islamsk råd. Fatwaen skal presenteres på et

seminar for både kvinnenettverkene og mannsnettverkene i november, forteller Nina Foss.

Kunnskap og respekt

Justina Amidu er opprinnelig fra Ghana og mener norske helsearbeidere må ha kunnskap om omskjæring, for å kunne møte folk med respekt.

– For mange handler omskjæring om identitet, tilhørighet og sosialisering. Vi kommer fra et land der omskjæring er knyttet til ære, til et samfunn der det er forbundet med skam. Det er viktig med kunnskap for å kunne møte mennesker med respekt, og ikke fordømmelse. Hvis folk føler de blir møtt med fordømmelse, lukker

de døra. Da kommer man ingen vei i kampen mot omskjæring, sier Justina Amidu.

Hun er jordmor og helsesøster, og jobber ved RVTS Midt (regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging) i Trondheim. Hun er også med i et nasjonalt kvinnenettverk som jobber mot omskjæring.

Har plikt til å avverge

Det er straffbart for en sykepleier å stille seg passiv til at en pasient kan bli kjønnslemlestelse. Å gjemme seg bak taushetsplikten hjelper ikke.



SKAL REAGERE: – Helsearbeidere har plikt til å avverge hvis de har mistanke om at kjønnslemlestelse kan skje, sier jurist Hilde Skagestad i Helsedirektoratet.

Ifølge loven om forbud mot kjønnslemlestelse har helsepersonell plikt til å avverge kjønnslemlestelse. Det samme har ansatte i barnehager, skoler, sfo, barnevern og trossamfunn. Det er straffbart å ikke overholde dette.

– Avvergelsesplikten inntreffer når man får kunnskap om at et inngrep kan bli utført. Hvis man har mistanke om at inngrepet kan skje lengre fram i tid, kan man oppfylle avvergelsesplikten ved å ta foreldrene inn til en samtale eller sette i gang forebyggende arbeid. Det kan skje i samarbeid med andre yrkesgrupper. Dersom man tror inngrepet er nært forestående, har

man plikt til å anmelde forholdet, sier jurist Hilde Skagestad i Helsedirektoratet.

– *I hvilke situasjoner kan avvergelsesplikten inntre?*

– For eksempel hvis en helsesøster får kunnskap om at ei jente skal reise på sommerferie til familiens hjemland, og dette er et land der kjønnslemlestelse praktiseres. Et annet eksempel kan være en familie som nylig er kommet til Norge, der man vet at foreldrene er positive til kjønnslemlestelse, og man vet at moren kjønnslemlestet. Det kan også være hvis jenta har eldre søstre som er kjønnslemlestet. Skagestad understreker at

avvergelsesplikten setter taushetsplikten til side.

– Avvergelsesplikten gjelder når man får opplysning i kraft av sitt yrke. Den treffer også inn selv om man har fått opplysningene utenom arbeidstiden, sier Skagestad.

Også helsepersonelloven er aktuell i forbindelse med kjønnslemlestelse.

– Loven pålegger helsepersonell opplysningsplikt til barnevernstjenesten dersom man har grunn til å tro at et barn er utsatt for omsorgssvikt. Ifølge Barne- og likestillingsdepartementet regnes kjønnslemlestelse som alvorlig omsorgssvikt, sier Skagestad.



Liv Alfhild Utby,
kreftsykepleier og



Iver Strøm, farmasøyt,
kreftpoliklinikken ved
Sykehuset Innlandet HF
Tynset.

Ekstravasale injeksjon av cytostatika og de problemer dette medfører er fryktede.

Få ekstravasale injeksjoner

Organisering og arbeidsmetoder ved kreftpoliklinikken på Sykehuset Innlandet HF Tynset, gir økt sikkerhet ved cytostatika-behandling.

Kreftbehandlingen ved Tynset sykehus ble omorganisert våren 1993, noe som har resultert i at Kreftpoliklinikken ved Sykehuset Innlandet HF Tynset i dag er sykepleierdrevet. Før dette var det turnuslegene som gjorde i stand og administrerte cytostatika. Nå er det er sykepleiere og farmasøyt som har ansvaret for å gjennomføre den praktiske legemiddelbehandlingen. Det vil si å gjøre innkjøp, ha ansvar for lagerhold, produksjon/utblanding og administrering. Vi har ikke sykehusapotek og får legemidlene fra et privat apotek. Vi gir ikke bare cytostatika, men også kvalmestillende legemidler, Venofer, legemidler til reumatiske pasienter, blodtransfusjoner, væskebehandling med mer. Egentlig driver vi en form for infusjonspoliklinikk

Risikofyllt

Behandling med cytostatika er blant de mest risikofylte behandlinger på et sykehus. Ekstravasale injeksjon av cytostatika og de problemer dette medfører er fryktede. Med ekstravasale injeksjon eller infusjon mener vi at legemidlet ved uhell blir infundert eller injisert utenom perifer eller sentral vene.

I faglitteraturen finner vi at cirka 5 prosent av all parenteral cytostatika går ekstravasalt (1). Dette tallet virker noe høyt, men kommer sannsynligvis av at cytostatika tidligere av og til ble gitt direkte intravenøst uten bruk av perifer venekanylene (2).

Per i dag har vi 1,2 stillingshjemler på poliklinikken. Det vil si 0,6 prosent av alle stillingshjemlene. På sykehuset er det totalt cirka 200. Hjemlene er fordelt på seks stykker; fem sykepleiere og en farmasøyt. Fire av sykepleierne er kreftsyke-

pleiere og en er intensivsykepleier.

Vi har sett på frekvensen av ekstravasale infusjoner/injeksjoner ved Sykehuset Innlandet HF Tynset og presenterer resultatet her.

Cytostatika blir gitt på tirsdager og onsdager. Unntaksvis gir vi cytostatika de andre ukedagene.

Vi gir de vanligste cytostatikakurene som FLv, ukentlig Adriamycin ACO, CHOP, CHOEP-R, FEC, FLOX, FLIRI, ABVD, Taxol, Taxo-Carboplatin, TEC, GTX, Taxotere også videre. Noen er enkle og noen mer kompliserte. Fra endagskur til tredagerskurer.

Av cytostatika er noen vevsnøytrale, som cyklofosamid og 5-Fu, og noen meget vevsetsende som doxorubicin, epirubicin, mitomycin, vincristin, vinorelbin og paclitaxel. Det er ikke bare cytostatika som skader vevet, også Doxycyklin som er et antimikrobielt middel, er vevsirriterende.

Gir plager

Vevsetsende infusjoner kan gi betydelig ubehag, sårdannelse og nekrose dersom de gis ekstravasalt. Ekstravasale infusjoner av doxorubicin kan gi store etseskader og det kan bli behov for kirurgisk sårrevisjon (2). Gir man større mengder av en kur ekstravasalt vil dette også medføre langsommere absorpsjon av legemidlet. Dersom høye serumkonsentrasjonstopper er ønskelig vil dette kunne medføre at behandlingen blir dårligere. Ekstravasale hendelser medfører i tillegg ofte forsinkelser med henhold til når legemidlene skal gis. Dette skaper mye ekstraarbeid som for eksempel vurdering av konsekvensene og avviksmeldinger. Noen legemidler, inkludert cytostatika, kan også gi

betydelige smerter i venen under infusjon.

For dacarbazin (DTIC) hevdes det av enkelte forfattere at smerte i venen som observeres ved intravenøs administrering, kan tilskrives fotokjemiske spaltingsprodukter av legemiddelet (3). Vi beskytter derfor posene og slangene mot lys der dette er anbefalt.

Forebygging

Vi mener at følgende faktorer er med på å unngå/reducere ekstravasale hendelser og annet ubehag som tromboflebitter: De ansatte ved poliklinikken har lang praksis og relevant utdanning, i tillegg til at personalet ved klinikken er stabilt. Når vi gir cytostatika bruker vi, med få unntak, infusjonsposer og ikke sprøyter. Videre velger vi, der det er mulig, det løsningsmiddelet og den osmolalitet som gir best stabilitet og minst ubehag. Så fremt det lar seg gjøre overholder vi også anbefalt infusjonstid. Vi bruker konsekvent tynn perifer venekanylene dersom pasientene ikke har VAP. Hvis vi kan unngå det legger vi ikke venekanylen på håndbaken ved bruk av irriterende og etsende legemidler. Venekanylens funksjon blir også alltid kontrollert og dokumentert av to stykker. Hvis det er problemer med å legge inn veneflon gjøres det av anestesiadveilingen. Ved to- eller tredagers kurer legges det inn en ny venekanylene hver dag. Tidligere forekom det at pasienter hadde samme venekanylene i to dager. I tillegg overvåker vi pasientene meget nøye der det er behov for dette. Ved besøk på wc stenges dryppet, noe som heller ikke alltid ble gjort tidligere. Før brukte vi y-sett og 4-greners sett, nå

www.sykepleien.no

Les mer og finn
litteraturhenvisninger på
www.sykepleien.no

Søkeord:

Cytostatika
Ekstravasale injeksjoner
Kreftpoliklinikk

ved liten kreftpoliklinikk

bruker vi spesielle cyto-sett som er en form for byggeklosser. Inneliggende pasienter bruker VAP, som er et kateter som ligger i en sentral vene, der kateteret er av PUR (polyuretan) 8 F. Bruk av VAP gir langt mindre ekstravasale hendelser og mindre veneubehag enn bruk av perifere vener.

Metode og materiale

For å finne frekvensen av ekstravasale injeksjoner/infusjoner benyttet vi flere innfallsvinkler:

- **Logg/dagbok:** For å kunne gå tilbake og kontrollere prosessene i ettertid ble det startet føring av logg/dagbok på data over hovedaktivitetene i juni 1993. Blant annet ble hvilke kurer, utsatte kurer, sparetiltak, små og store avvik/feil notert. Fra mai 1998 ble det opprettet et eget underavsnitt i denne loggen/dagboken som henviser til når vi hadde problemer med administreringen, inkludert ekstravasal infusjon/injeksjon.
- **Produksjonsprotokoll:** Vi fører produksjonsprotokoll der det angis dato, legemiddeladministrasjoner, inkludert til rheumapasienter, cytostatikadoser og pasientdager. Her finner vi hvor mange infusjoner av cytostatika som er gitt.
- **Intervju av ansatte:** Alle som har arbeidet ved poliklinikken siden 1993, med unntak av en som kun var her et par måneder, har blitt spurt om hvilke ekstravasale episoder de har opplevd.

Resultat og bakgrunnsdata

Vi hatt en jevn stigning i arbeidsmengden fra vi startet (tabell 1). 1994 var et spesielt år med blant annet mange ukentlige Adriamycin-kurer. I kolonnen poser/sprøyter er det også tatt med midler mot reumatisk artritt og Morbus Crohn,

det vil si ATC-hovedgruppe L og V (Calciumfolinat og Uromitexan). En «pasientdag» vil si en behandlingsdag. For eksempel gir en FLV-kur over to dager fire blandinger og to pasientdager.

Vår organisering av og arbeidsmetoder ved kreftpoliklinikken på Sykehuset Innlandet HF Tynset, gir meget lav frekvens av ekstravasale infusjoner/injeksjoner. Det ble gitt 4633 infusjoner i tidsrommet fra og med 06.07.1993 til og med 31.04.08. Frekvensen i ekstravasale infusjoner/injeksjoner er 0,09 prosent.

I løpet av disse 14 årene ble det kun registrert fire tilfeller:

- 1) Adriamycin 20 mg ukentlig via VAP i 1994. VAPen lå dypt og det ble brukt for kort nål. VAP-nåla lå utenfor VAPen. Første pasient med VAP og lite erfaring. Kirurg åpnet, men skade ble ikke registrert.
- 2) Adriamycin 20 mg ukentlig via veneflon i 1999. Infusjonen ble stoppet umiddelbart etter at en liten utposing kom til syne distalt for veneflonen. Ingen skade ble observert i ettertid.
- 3) 5-Fluorouracil-Calciumfolinat (FLV) i 2002 eller 2003. Det oppstod en kul foran veneflonen som lå håndbaken. Det vil si at noe gikk ekstravasalt. Vi kunne ikke observere skade i ettertid. 5-Fu og Calciumfolinat er vevsnøytralt.
- 4) Taxol (Paclitaxel) ukentlig via veneflon i 2002. Pasienten var på wc alene. Veneflonen gled ut av vennen, men satt fortsatt under huden og litt gikk ekstravasalt. Pasienten kjente ikke ubehag i ettertid. De tre første tilfellene ble ikke meldt som avvik.

Avslutning

Frekvensen av ekstravasale infusjoner/injeksjoner ved kreftpoliklinikken på Sykehuset Innlandet HF Tynset, er etter vår oppfatning

Tabell 1: Fra og med 1994 til og med 2007

År	Pasient dager	Poser/sprøyter/blære instillasjon	Blandinger totalt inkl blæreinstillasjon og im, og Octagam, Venofer, Zometa og lignende. Ikke kvalmestillende og blod.
1994	176	323	
1995	68	127	
1996	74	132	
1997	80	159	
1998	88	180	
1999	121	219	
2000	103	156	
2001	247	419	
2002	212	418	542. Begynte her med denne oversikten.
2003	260	430	466
2004	178	387	400
2005	206	369	437
2006	194	406	461
2007	328	683	742
Totalt	2335	4408	

meget lav. Vi fant i ATC gruppe L og V 0,09 prosent.

Vår erfaring er at personale med lang praksis, tverrfaglig organisering av en liten kreftpoliklinikk og valg av arbeidsmetoder/prosesser er meget hensiktsmessig og sikker. Imidlertid erfarer vi at nåværende antall pasienter og blandinger tilsier at de stillingshjemler vi nå har er for små, og ved fortsatt økning kan dette etter hvert utgjøre en betydelig risiko for alvorlige feil.

LITTERATUR

1. The National Extravasation Information Service. 2000-2007. Updatet 30.06.07.
2. Sæter G, Gundersen S, Høst H. Extravasal injeksjon av cytostatika. Tidsskrift Norske Lægeforening nr 33,1983, 103, 2260-2262
3. Tønnesen HJ, Karlsen J. Fotokjemisk stabilitet av legemidler i infusjonsløsninger Norges Apotekerforenings Tidsskrift 96, nr 2,1988, 31-39.

Asuncion Brager,

Sykepleier, Seksjon for

Blodsykdommer, Poliklinikk, Rikshospitalet,

Hilda Riddervold,

Spesialsykepleier Onkologi, Radiumhospitalet,

Kjersti Stokke,

Spesialsykepleier Onkologi, Radiumhospitalet,

Liv Synnøve Myhre,

Spesialsykepleier, Seksjon for blodsykdommer,

Radiumhospitalet,

Heidi Sandbæk,

Prosjektadministrator, Senter for pasientmed-

virkning og sykepleieforskning, Rikshospitalet,

Cornelia Ruland,

Forskningsjef, Senter for pasientmedvirkning

og sykepleieforskning, Rikshospitalet

Bedre kommunikasjon

IT-verktøyet CHOICE gir en mer pasientfokustert symptomhåndtering for kreftpasienter.

Pasientene som brukte CHOICE-programmet hadde færre plagsomme symptomer og problemer, og mindre behov for hjelp fra helsepersonell gjennom behandlingsforløpet.

Kreftpasienter har ofte mange, sammensatte symptomer, problemer og bekymringer og sliter med betydelig usikkerhet og engstelse over lang tid. Studier viser at helsepersonell ofte har svært lite kjennskap til hvordan helseproblemer fortøner seg for pasientene (1-3). Pasienters problemer er gjerne identifisert fra helsepersonells synsvinkel og det tas ikke tilstrekkelig hensyn til hvordan pasienten selv opplever sine erfaringer og bekymringer. Dermed får ikke pasientene tilstrekkelig hjelp og kan få unødige plager, redusert livskvalitet og en forsinket rehabilitering.

Pasientenes kjennskap til egen situasjon og hva som er viktig for dem er en vesentlig og nødvendig forutsetning for å gi best mulig sykepleie og behandling til den enkelte. Forskning viser at opp til en tredjedel av kreftpasientene utvikler så alvorlige psykiske problemer som angst og depresjon at de trenger behandling for dette. Og dess større bekymringer pasientene har dess større er de psykiske problemene (4-7). Betydningen av å møte pasientene der de er og ta utgangspunkt i problemene og bekymringene slik de opplever dem, kan derfor ikke vektlegges nok.

CHOICE-programmet

CHOICE (Creating better Health Outcomes by Improving Communications about patients'

Experiences) er et elektronisk kommunikasjons- og pasientmedvirkningsverktøy. CHOICE er utviklet ved Senter for pasientmedvirkning og sykepleieforskning ved Rikshospitalet og skal nettopp bidra til bedre kommunikasjon og pasientmedvirkning.

Hensikten med programmet er å:

- hjelpe pasientene til å formidle sine symptomer, problemer og prioritinger for hjelp ut fra eget perspektiv
- klargjøre for helsepersonell pasientenes prioritinger og hvilke symptomer og problemer de er mest plaget av
- øke fellesforståelse og kommunikasjon mellom pasient og sykepleier/lege slik at behandling og sykepleie kan skreddersys problemene og prioriteringene til den enkelte pasient

Tidligere studier har vist at behandling og sykepleie ved hjelp av CHOICE-programmet blir signifikant mer i samsvar med pasientenes opplevde symptomer og problemer (8-10). Det letter kommunikasjonen med pasientene, ikke minst om vanskelige ting. Pasientene som brukte CHOICE-programmet hadde færre plagsomme symptomer og problemer, og mindre behov for hjelp fra helsepersonell gjennom behandlingsforløpet. Problemer og

bekymringer som ikke ville blitt fanget opp ellers blir fanget opp. Behandlingen blir mer effektiv, noe som sparer tid. Pasientene rapporterte at de fikk større innflytelse over egen behandling og kontroll over egen situasjon. De følte seg mer sett og bedre ivaretatt, og var bedre forberedt til møtet med lege og sykepleier. Videre sa pasientene at CHOICE-programmet ga dem større forståelse og kunnskap om sykdommen, og de opplevde større mestring.

Hvordan bruke CHOICE?

På bakgrunn av de gode erfaringene ble CHOICE-programmet tatt i bruk i februar 2007 for alle pasienter på tre sengeposter og en poliklinikk, Seksjon for Blodsykdommer på Rikshospitalet og lymfomavsnittet på Radiumhospitalet (Montebello) (11). Disse avdelingene behandler i hovedsak maligne blodsykdommer, lymfom, testikkelkreft eller sarkom. En del av disse pasientene behandles med allogene og autologe benmargstransplantasjoner.

Når pasientene innlegges eller kommer til poliklinikken gir ansvarlig sykepleier dem en bærbær «touchpad» datamaskin med CHOICE-programmet. Her registrerer pasienten i fred og ro hvilke symptomer, bekymringer og prioritinger for hjelp de har, med fokus på det som er viktigst og mest plagsomt. Problem- og

www.sykepleien.no

Les mer og finn litteraturhenvisninger på www.sykepleien.no

Søkeord:

Dokumentasjon
CHOICE
Pasientmedvirkning

on med kreftpasienter

symptombeskrivelsene i programmet er basert på en systematisk gjennomgang av forskningslitteraturen, samt fokusgrupper med helsepersonell og pasienter. Dette dekker de fleste symptomer eller problemer pasienter med kreft kan ha.

Når pasientene bruker programmet går de gjennom fire hovedområder: (1) smerter, (2) fysiske plager og ubehag, (3) tanker, følelser og sosiale forhold, og (4) ting som er vanskelig å klare. Hvert område har flere undergrupper med symptomer eller problemer. Ved å klikke på de områdene en har problemer med, for eksempel «fysiske plager og ubehag» og deretter «i tarm og blære», får en opp mer spesifikke symptom-/problembeskrivelser. Her velger pasienten igjen kun det som er relevant, for eksempel diaré. På denne måten slipper pasientene å gå gjennom mange unødige spørsmål, men kan fokusere i detalj på de problemer som gjelder nettopp dem. Det gir pasientene muligheten til å reflektere over sin egen situasjon, noe mange har beskrevet som hjelp i seg selv.

Når pasientene har merket av hvilke symptomer og problemer de har, blir de spurt om hvor plagsomme problemene er og deres prioriteringer for hjelp med disse problemene. Når pasienten er ferdig, lager programmet en oversiktlig oppsummering av

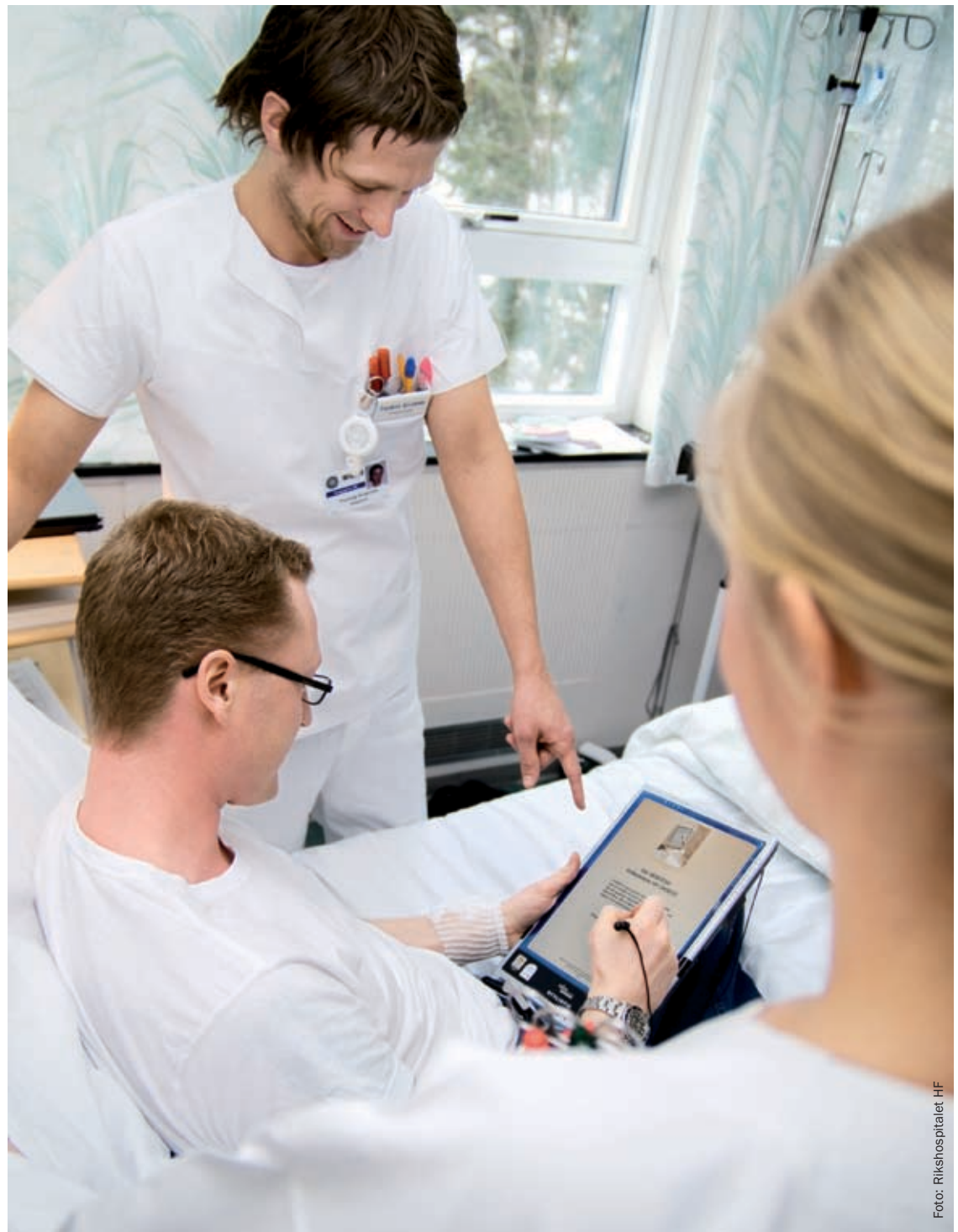


Foto: Rikshospitalet HF

NYTTIG: Ved innleggelse får pasienten utlevert en bærbar pc og kan registrere symptomer og bekymringer i CHOICE-programmet.

Den samlede informasjonen fra pasienten hjelper helsepersonell til å strukturere samtalen med utgangspunkt i det pasienten opplever som viktigst.

de symptomene og problemene pasienten har merket av og hvor plagsomme de er, rangert etter pasientens prioriteringer for hjelp.

Individuell behandling

Oppsummeringen skrives ut i flere eksemplarer, en kopi til pasienten og en kopi til kurveboken, slik at den er tilgjengelig for felles pleie- og behandlingsplanlegging. Denne oversikten gir en veldig god fellesforståelse, slik at sykepleiere og leger i kommunikasjon med pasienten kan skreddersy sykepleie og behandling til hver enkelt.

På sengepostene på Riks- og Radiumhospitalet brukes CHOICE hver gang pasientene kommer til cellegiftbehandling. Benmargstransplanterte pasienter som ligger på avdelingen over lengre tid, kan gjenta kartleggingen en gang per uke. Det er også ønskelig at man tar en CHOICE-kartlegging ved utskrivning, hvis en travel hverdag tillater det. På den måten kan man forberede pasienten til hjemreisen og de problemer de eventuelt møter der.

På poliklinikken i Seksjonen for Blodsykdommer bruker pasientene programmet før de går inn til den polikliniske konsultasjonen. Pasienten, legen og sykepleieren får en kopi av utskriften som brukes som

utgangspunkt i samtalen med pasienten. Deretter brukes CHOICE ved tre, seks og ni måneders kontroll, og årlige kontroller etter stamcelletransplantasjon. Vi tilbyr i tillegg CHOICE til pasienter som får vedlikeholdsbehandling ved leukemi eller til pasienter med annen malign blodsykdom. Vi er opptatt av hvordan pasienten opplever at de har det.

I likhet med andre journalopplysninger behandles informasjonen konfidensielt. Opplysningene leses kun av helsepersonell med autorisert tilgang som har med pasientens behandling og pleie å gjøre. Kartleggingen vil legge føringer for videre oppfølging. Om nødvendig, formidler vi kontakt med samarbeidspartnere på pasientens hjemsted i samarbeid med pasienten.

Hva er viktigst for pasienten?

I det følgende vil vi illustrere hvordan CHOICE-verktøyet kan hjelpe oss til å gi bedre sykepleie og behandling til den enkelte pasient i hverdagen. En viktig observasjon vi har gjort er at en samtale om pasientenes prioriteringer av problemer de ønsker mest hjelp til er en god måte å starte dialogen med pasientene på. Problemer henger ofte sammen, og når man får hjulpet pasientene med det viktigste

faller ofte mange andre problemer på plass av seg selv.

Følgende pasienthistorie kan illustrere dette: Pasienten er en 40 år gammel mann som kom til utredning med et mulig residiv av et tidligere lymfom. Det var to år siden første diagnose. Ved ankomst til avdelingen var pasienten tydelig engstelig. Pasienten kommuniserte godt rundt sin tidligere kreftsykdom og behandling, men uttrykte et sterkt behov for undervisning og informasjon om sin nåværende tilstand. Pasienten brukte CHOICE ved innkomst.

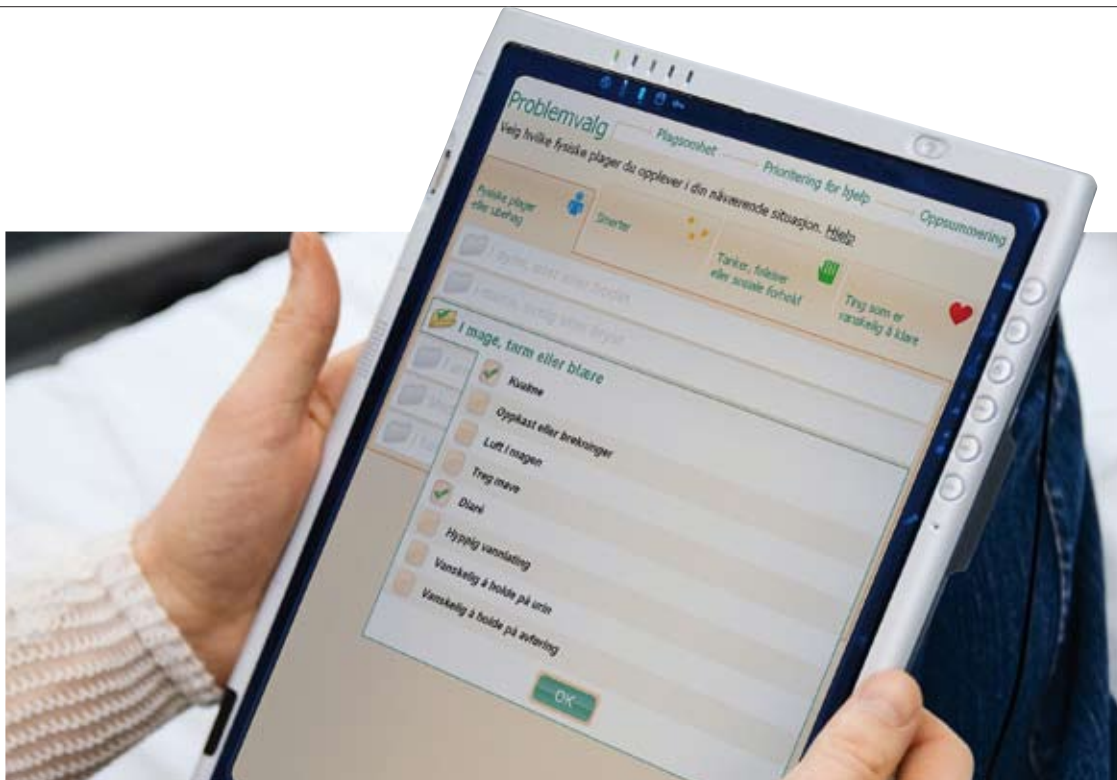
På CHOICE-utskriften kom det frem at pasienten hadde veldig mange problemer, som ved første øyekast virket overveldende. Han anga 28 punkter med symptomer og problemer, hvorav 10 er høyeste skår (i en skala fra 0 til 10) for prioritering for hjelp: Under fysiske plager og ubehag skåret han 10 på «pustevansker, andpustenhet og hjertebank». Under området tanker, følelser eller sosiale forhold skåret han 10 på «usikkerhet for stønader og hjelp, redd for ikke å bli frisk, vanskelig å planlegge framtiden, og vanskeligheter med å finne indre ro og styrke». Ellers rangerte «søvnproblemer, slitenhet, døsighet og vekttap» på topp. Fire andre punkter hadde lav

skår, mens resten lå på over fem vedrørende grad av plagsomhet og prioritering for hjelp, blant annet vanskeligheter med å følge opp barna.

Dette var en omfattende liste. Hva måtte vi gjøre først? Her var det flere ting som trengte å utdypes for å få et klarere bilde. Pasienten hadde selv oppgitt hva som var viktigst og flere av problemene hang sammen. Når vi gikk inn på disse problemene fortalte pasienten mer om sin livssituasjon og det kom fram at han bekymret seg for sønnen som ville bli mye alene i helgene. Sønnen trenger ekstra oppfølging på grunn av ADHD. Han hadde økonomiske bekymringer da han ikke hadde vært i arbeid etter første sykdomsperiode og trengte hjelp til å betale banklån. Han hadde bivirkninger etter forrige behandling i form av nevropati i beina og var redd for å falle. Han gikk derfor nødig ut, noe som førte til at han ikke alltid fikk handlet mat. Han var redd for ikke å bli frisk, og gruet seg til en ny behandlingsrunde. Angsten gjorde at han røkte mer enn vanlig. Alt dette gjorde at han ikke sovnet før ut på morgenen.

Færre problemer

Etter at pasienten hadde fortalt



KOMMUNIKASJON: Registreringene i Choice er et godt utgangspunkt for samtale mellom helsepersonell og pasient.

om seg selv, prøvde vi å sortere problemene. Vi snakket om hva som hørte forrige behandling til, som polineuropatier. Dette var ikke farlig, men plagsomt. Deretter så vi på hvilke nye fysiske plager som var oppstått på grunn av ny sykdom i mageregionen. Disse symptomene som vekttap, dårlig matlyst, hetetokter, svetting, engstelse og bekymring ville han merke ble bedre når behandling ble iverksatt. Selv om bedringen ikke var umiddelbar ville det komme på sikt.

Pasienten trengte hjelp til å få ordnet med økonomien. Han fikk henvisning til sosionom, som tok fatt i problemet. Pasientens familie (med pasientens samtykke) ble trukket inn i behandlingsplanleggingen og ønsket å være delaktige fordi dette ville være det beste for barna. Det ble innkalt til tverrfaglig møte med lege, sosionom, pasientens søster og sykepleier for å bli enig om en strategi for støtte og informasjon. Støttekontakt for sønnen ble ordnet. Ernæringsfysiolog ble kontaktet med hensyn til riktig mat og for å hindre ytterlig vekttap. Pasienten ble sterkt oppfordret til å slutte å røyke da dette ville forverre hans pustevansker. Han fikk også hjelp til å snu døgnnet i form av innsøvningsmedisin.

Når pasienten tok en ny CHOICE-måling før hjemreise åtte dager senere oppga han bare åtte problemer og kun ett med score på 10. Svært mange av problemene var blitt borte, også de vi ikke hadde gjort noe med, men kun anerkjent. På spørsmål om hva som hadde skjedd i løpet av uken, svarte pasienten at det hadde vært svært viktig for ham å få hjelp til å få orden på tankene. Det var viktig at noen tok fatt i de problemene han hadde sosialt og hjemme. Han ble trygg på at sønnen ville få det bra og han fikk forklaring på hvordan behandlingen ville virke og at han hadde sjanser for å bli frisk. Ved utreise virket han trygg. Han hadde større pågangsmot i forhold til behandlingen som akkurat hadde begynt.

Historien viser at ved å ta tak i det som er viktigst for pasienten løses samtidig mange andre problemer. Dermed kan vi hjelpe den enkelte pasient med det som betyr mest for ham eller henne. CHOICE er i så måte et viktig redskap.

Oppsummering

Etter ett års bruk av CHOICE opplever vi at dette IT-verktøyet har vært et positivt bidrag til sykepleierens daglig arbeid. CHOICE har gitt oss tilgang til mer presis

informasjon om pasienten og hans opplevelse av sykdomsrelaterte symptomer. Dette er spennende og gir oss mange overraskelser. I tillegg til fysiske plager og symptomer, gir pasienten oss innsikt i tanker og følelser relatert til sykdom og behandling. Samtalen blir lettere, ikke minst om vanskelige tema når pasienten selv har åpnet for dette, som for eksempel seksualitet, eller at pasienten er redd for å dø. Vi opplever ofte at det som er viktig for pasienten kan være noe helt annet enn det som vanligvis er fokus for oss som helsepersonell. Den samlede informasjonen fra pasienten hjelper helsepersonell til å strukturere samtalen med utgangspunkt i det pasienten opplever som viktigst.

Med CHOICE-konseptet er det utviklet en teknologi som er lett å bruke og lett å innføre. Programmet har et stort anvendelsespotensiale i flere andre sammenhenger. Det vil også relativt lett kunne tilpasses andre grupper kronisk syke.

Mer informasjon om CHOICE-verktøyet og prosjektet kan fås ved henvendelse til Senter for pasientmedvirkning og sykepleieforskning, Rikshospitalet.

LITTERATUR

- Grossman SA, Sheidler VR, Sweeden K, Mucenski J, Piantadosi S. Correlation of patient and caregiver ratings of cancer pain. *Journal of Pain & Symptom Management* 1991;6(2):53-7.
- Reilly CA, Holzemer WL, Henry SB, Slaughter RE, Portillo CJ. A comparison of patient and nurse ratings of human immunodeficiency virus-related signs and symptoms. *Nursing Research* 1997;46(6):318-23.
- Hiltunen EF, Puopolo AL, Marks GK, Mardsen C, Kennared MJ, Follen MA, et al. The nurse's role in end-of-life treatment discussions: preliminary report from the SUP-PORT project. *Journal of Cardiovascular Nursing* 1995;9(3):68-77.
- Derogatis LR, Morrow GR, Fetting J, Penman D, Pisetsky S, Schmale AM, et al. The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA* 1983 Feb 11;249(6):751-7.
- Parle M, Jones B, Maguire P. Maladaptive coping and affective disorders among cancer patients. *Psychological Medicine* 1996 Jul;26(4):735-44.
- Harrison J, Maguire P. Predictors of psychiatric morbidity in cancer patients. *British Journal of Psychiatry* 1994 Nov;165(5):593-8.
- Heaven CM, Maguire P. The relationship between patients' concerns and psychological distress in a hospice setting. *Psycho-Oncology* 1998 Nov;7(6):502-7.
- Ruland CM. Decision support for patient preference-based care planning: effects on nursing care and patient outcomes. *J Am Med Inform Assoc* 1999;6(4):304-12.
- Ruland CM, White T, Stevens M, Fanciullo G, Khilani SM. Effects of a computerized system to support shared decision making in symptom management of cancer patients: preliminary results. *J Am Med Inform Assoc* 2003;10(6):573-9.
- Ruland CM. Handheld technology to improve patient care: evaluating a support system for preference-based care planning at the bedside. *J Am Med Inform Assoc* 2002;9(2):192-201.
- Ruland C. IT-verktøy for å styrke pasienters- og brukeres medvirkning. In: Vatnøy T, editor. *Medvirkning, Samhandling, Sikkerhet*. Oslo: Conflux; 2007. p. 200-18.

**Halvor Nordby**

Professor Høgskolen i Lillehammer Avdeling for helse- og sosialfag og Universitetet i Oslo Det medisinske fakultetet Institutt for helseledelse og helseøkonomi.

Et enkelt spørsmål som «Hvordan går det med deg?» kan ofte være det som skal til for at pasienter føler at de står overfor en empatisk person.

www.sykepleien.no

Les mer og finn litteraturhenvisninger på www.sykepleien.no

Søkeord:

Kommunikasjon
Felles språk
Oppmerksomhet
Assosiative misforståelser
Verdier

Oppfatter pasienten



det du sier?



GOD KOMMUNIKASJON: Det er viktig å forsikre seg om at pasienten har forstått det du sier. Arkivfoto:Erik M. Sundt. Personene på bildet har ingenting med innholdet i artikkelen å gjøre.

Det er viktig å sikre god pasientkommunikasjon, og det er ofte relativt enkelt for sykepleiere å danne seg en oppfatning av hvorvidt kommunikasjonsbetingelsene er møtt.

Artikkelen bruker antagelser om språk og bevissthet fra filosofisk psykologi til å skille mellom fire grunnleggende kommunikasjonsbetingelser som det er viktig for sykepleiere å være oppmerksomme på. Den første handler om nødvendigheten av å ha et felles språk, den andre om å ha pasientens oppmerksomhet, den tredje om å unngå det man kan kalle «assosiative misforståelser» og den fjerde om kommunikasjon av verdier, emosjoner og holdninger. Artikkelen klargjør forholdet mellom disse betingelsene og forklarer hvorfor det er viktig for sykepleiere å ha et bevisst forhold til dem.

Språk

Hvis en sykepleier ikke uttrykker et budskap på en måte som en pasient forstår – hvis de ikke knytter den samme meningen til sykepleierens verbale eller ikke-verbale språklige handlinger – så finnes det ikke en felles språkplattform som interaksjonen kan være basert på (1,2,3). Det samme poenget gjelder selvsagt den andre veien i relasjonen. Hvis en pasient uttrykker et budskap ved hjelp av kroppsspråk eller verbalt språk sykepleieren ikke klarer å forstå, så er kommunikasjon grunnleggende mislykket.

Rene språklige misforståelser oppstår lett når pasienter eller sykepleiere snakker dårlig norsk. Men selv i tilfeller hvor begge parter behersker godt det samme språket, kan språklige misforståelser lett

oppstå. Hovedgrunnen er at den typiske sykepleier-pasient-interaksjon involverer to typer språklige uttrykk (4,5). Den første er det man kan kalle vanlige medisinske uttrykk som intravenøs, infeksjon og diabetes. Sykepleiere og andre helsearbeidere som har et hverdagslig forhold til disse uttrykkene kan lett glemme at pasienter og pårørende ofte har en relativt svak forståelse av dem. Pasienter kan dessuten synes det er litt flaut å spørre hva uttrykkene betyr hvis de synes de møter en forventning om at «alle vet vel hva de betyr». Den andre typen språklige uttrykk som lett kan skape språklige misforståelser er lekmannshelseuttrykk som ikke har presise definisjoner selv innenfor helsevesenet. Det er godt dokumentert at pasienters forståelse av subjektive ord som smerte, vondt, kvalme og svimmel er formet av deres sosiale og kulturelle kontekst (6,7,8). Hvis en pasient ikke direkte svarer bekreftende på spørsmål om han har «veldig vondt», og hvis grunnen er at han i virkeligheten har en høyere terskel for bruk av ordet «vondt» enn det sykepleieren tror, så vil sykepleieren ha et feilaktig bilde av den tilstanden pasienten uttrykker.

Det er viktig at sykepleiere har en varhet for når språklige misforståelser er i ferd med å oppstå. Spesielt når bruk av medisinske uttrykk spiller en avgjørende rolle i den forstand at de utløser handlinger. Vurderinger rundt smertestillende med-

ikamenter ut fra en pasients bruk av ordet «vondt», bør for eksempel gjøres ut fra en utfyllende klargjøring av hvordan pasienten forstår ordet. En praktisk handlingsregel kan formuleres på følgende måte: Hvis det er tvil om hvordan en pasient forstår et språklig uttrykk, og hvis bruken av uttrykket spiller en viktig handlingsveiledende rolle for en sykepleier, så bør potensielle språklige misforståelser avdekkes og oppklares.

Sykepleiere vil normalt ikke bruke et spesielt medisinsk vokabular uten å forklare hva det betyr. Man forventer ikke at pasienter har en god forståelse av fremmede uttrykk, og de fleste er flinke til å unngå så åpenbar dårlig kommunikasjon. Det er lettere å gå i språklige feller når det gjelder mer vanlige uttrykk. I en hektisk yrkeshverdag er det ikke alltid så lett å huske at uttrykk, som for sykepleiere fortøner seg dagligdage og uproblematisk, kan være ganske fremmede for pasienter. Både leger og sykepleiere vil nok kunne si «Det er ikke noe i veien med blodtrykket ditt» uten å forklare nærmere hva «blodtrykk» betyr. Men mange pasienter, og spesielt pasienter uten en lang sykdomshistorie, har ofte en vag forståelse av ordet. Og i så fall har man ikke klart å kommunisere så mye som man kanskje tror.



Oppmerksomhet

Felles språkplattform er nødvendig, men ikke en tilstrekkelig betingelse for vellykket kommunikasjon. Budskapet som sykepleieren forsøker å kommunisere må virkelig nå frem til pasientens bevissthet (9,10,11).

En rekke faktorer kan gjøre at sykepleier ikke har pasientens fulle oppmerksomhet. Pasienten kan være mer omtåket og ha større problemer med å fokusere enn man tror (2,9). Pasienten kan også ha nedsatt evne til å tenke rasjonelt og bearbeide omfattende informasjon. Problemet kan også oppstå den andre veien i relasjonen. Man hører noen ganger om pasienter som klager over at helsepersonell holder på med andre ting mens de tilsynelatende kommuniserer. For eksempel ved resepsjoner i sykehusavdelinger hvor sykepleiere registrerer pasientinformasjon mens de snakker med pasienter. For pasienter kan det føles ganske frustrerende å legge ut om personlige og private helseplager, hvis de føler at de ikke har helsepersonells fulle oppmerksomhet.

Kommunikasjon fra sykepleier til pasient er grunnleggende mislykket hvis sykepleieren tror at informasjon har nådd frem til pasientens bevissthet, mens det i virkeligheten ikke har skjedd (9,10). En viktig grunn til at slike misforståelser lett oppstår er at mange pasienter har problemer med å bearbeide det som har blitt sagt, spesielt i forhold til detaljert og ukjent informasjon. Pasienter kan ofte klare å forstå det som blir sagt der og da, men like fullt ha store problemer med å huske det i ettertid. Mot slutten av en samtale bør man ofte oppsummere den viktigste informasjonen som er gitt. Og hvis det er tvil bør man

kontrollere at denne informasjon virkelig har nådd frem til pasientens bevissthet.

Et annet poeng er at pasienter ofte har mer enn nok med å klare «å være til stede» (12,13). Møter med helsevesenet oppleves ofte fremmed og ukjent og er i stor grad preget av usikkerhet og emosjoner. En stor del av pasienters mentale kapasitet blir brukt til å bearbeide sykdomsopplevelser og forskjellige sanseinntrykk i møtet med et komplekst system. Det er viktig å huske at selv pasienter som ikke har akutt skade eller sykdom kan trenge tid og hjelp til å «senke skuldrene» i møte med sykepleiere og annet helsepersonell.

Enda mer utfordrende blir det selvsagt når helsepersonell står overfor pasienter eller pårørende i krise (14). Hvis det er rimelig tvil bør man derfor avklare om det er noe helt spesielt pasienten lurer på. Det betyr ikke at man må ha et endelig svar på det de spør om. «Det er vanskelig å si noe nå» kan ha en beroligende effekt, spesielt hvis pasienten i første omgang trodde at sykepleieren hadde et mer konkret svar.

Assosiasjoner

Det tredje problemet som kan oppstå er at pasienten danner seg helt andre oppfatninger om sykepleierens budskap enn det sykepleieren mener å kommunisere.

Utfordringen for sykepleiere og annet helsepersonell er at pasienter vanligvis tillegger det som uttrykkes i språk mer enn det som blir sagt. Dette er et vanlig fenomen som faller inn under et generelt prinsipp om at avsendere i kommunikasjonsprosesser forsøker å være så økonomiske som mulig i sin kommunikasjon (15,16). Ideen er at både avsendere og mottagere i



kommunikasjonsprosesser tilpasser seg dette prinsippet (15). Det vil si, avsendere uttrykker bare det de tror de trenger for å kommunisere det de ønsker, og fortolkningene til mottagere vil normalt inneholde mye mer enn det avsender faktisk sier (17). På mange måter kan man si at verbalt språk vanligvis oppfattes som toppen av isfjellet i mellommenneskelig kommunikasjon. Med utgangspunkt i avsenders kroppsspråk, konteksten man er i og antagelser om avsender, former avsender fortolkninger som går langt utover det som direkte kommer til syne i språk.

En viktig handlingsregel for sykepleiere og annet helsepersonell er derfor å tydeliggjøre hva de legger i vage påstander. Spesielt når det er grunn til å tro at pasienter kan tolke påstandene for negativt eller positivt, og når det ikke er grunnlag for å tolke dem i den ene eller andre retningen. Når det er rimelig grunn til tvil om dette er i ferd med å skje, bør sykepleiere forvise seg om at budskapet blir forstått på den måten det er tilsiktet.

Sykdomsopplevelser, verdier og holdninger

En fjerde kommunikasjonsbetingelse bør til slutt nevnes: Avsendere i kommunikasjonsprosesser forsøker ofte å kommunisere følelser, verdier og holdninger. Vellykket kommunikasjon forutsetter at mottagere forstår hvilke følelser, verdier og holdninger avsendere uttrykker.

Et eksempel kan være en pasient som ønsker å kommunisere til en sykepleier hvordan en tilstand av smerte oppleves. Selve opplevelsen

Uttrykk som for sykepleiere fortøner seg dagligdagse og uproblematiske kan være ganske fremmede for pasienter.

av å ha smerte er ikke en oppfatning, men en subjektiv erfaring (17). Misforståelse oppstår hvis sykepleieren tror at den erfaringen pasienten uttrykker har en helt annen natur enn det pasientens smertetilstand virkelig har. På samme måte er det mulig å misforstå hvordan pasienter opplever tilstander som kvalme, ubehag og svimmelhet, og også mer generelle plager som angst og uro (2).

For sykepleiere er det viktig å huske at pasienters verdier og måten de uttrykkes på er formet av deres egen sosiale og kulturelle bakgrunn. Manglende kulturforståelse og kultursensitivitet kan gjøre at helsepersonell misforstår hvordan pasienter verdsetter å bli behandlet. Pasientens sosiokulturelle normer samsvarer ikke nødvendigvis med normene helsepersonell baserer interaksjonen på (6,7).

Denne type tilskrivelse av verdier pasienter i virkeligheten ikke har, er et fenomen som det er viktig å tenke på for de som ukritisk legger sine egne eller «politisk korrekte» verdier til grunn i pasientinteraksjon. Fundamentale misforståelser og dårlig kommunikasjon oppstår lett hvis sykepleiere uten videre tror at «våre» eller «norske» verdier er universelle verdier.

Et annet fenomen som bør nevnes er tilskrivelse av holdninger som empati, omsorg og omtanke. Hvis en pasient tror at en sykepleier ikke er empatisk, og hvis sykepleieren faktisk mener å uttrykke empati i ord eller handlinger, så har en grunnleggende misforståelse oppstått. Det er derfor viktig at sykepleiere ikke bare forstår og anerkjenner pasienters sykdomsopplevelser. Man må faktisk vise empati – ellers kan pasienter lett tro at man ikke er empatisk. Et enkelt spørsmål som «Hvordan går

det med deg?» kan ofte være det som skal til for at pasienter føler at de står overfor en empatisk person (14).

På samme måte er det viktig å unngå tilskrivelse av negative holdninger. Hvis en pasient tror at en sykepleier som sier «Det går mye bedre med deg nå», egentlig ikke mener det som sies og sykepleieren faktisk mener å være oppriktig, så har en grunnleggende misforståelse oppstått. Denne typen misforståelse oppstår gjerne i inkongruent kommunikasjon – hvis pasienten opplever at sykepleierens kroppsspråk ikke passer med det som sies. Problemet med inkongruent kommunikasjon er at vi har lett for å tro at sannheten ligger i avsenders kroppsspråk (19) – og at avsender faktisk mener det motsatte av det som sies. Tilskrivelse av negative holdninger som mistillit og manglende oppriktighet fordi kroppsspråket ikke støtter det budskapet som uttrykkes i ord, vil derfor i spesielt stor grad skape en dårlig relasjon mellom sykepleier og pasient.

Spørsmål i praksis

De fire grunnleggende kommunikasjonsbetingelsene denne artikkelen har fokusert på er ofte relevante i pasientinteraksjon. Ved å ha forholdet mellom disse klart for seg kan det være enklere for sykepleiere å forholde seg til situasjoner som involverer utfordrende kommunikasjon. I tillegg er det fire spørsmål det er viktig å være oppmerksom på i praksis:

1) Har vi en tilfredsstillende lik språkforståelse?

– Hvis det er rimelig tvil bør man klargjøre sin egen og pasientens forståelse.

2) Har jeg pasientens oppmerksom-

het, og er jeg oppmerksom på det pasienten sier?

– Hvis det er rimelig tvil bør man sikre seg at budskapet når frem.

3) Hvordan tolker pasienten det jeg sier og hvordan forstår jeg pasienten?

– Hvis det er rimelig grunn til å tro at pasienten får helt andre assosiasjoner rundt det som sies enn det som er tilsiktet, bør man klargjøre sine egne assosiasjoner. På samme måte, hvis det ikke er klart hvilke oppfatninger pasienten egentlig mener å kommunisere, så bør man avdekke hvilke oppfatninger pasienten har.

4) Er jeg i ferd med å bli tilskrevet holdninger eller verdier jeg ikke har, eller tilskriver jeg pasienten holdninger, verdier eller sykdomsopplevelser pasienten ikke har?

– Hvis det er tvil bør man klargjøre sine egne holdninger og verdier og på samme måte forsøke å avklare hvilke holdninger, verdier og sykdomsopplevelser pasienten har.

Dette kan forstås som en mental plakat sykepleiere kan ha i bakhodet – en praktisk sjekkliste for å sikre god pasientkommunikasjon. Spørsmålene og måtene man kan sikre seg at svarene er tilfredsstillende på kan virke enkle. Men ved å være flink til å bruke dem i praksis kan man forebygge mange unødvendige misforståelser. Kunnskap om kommunikasjonsbetingelsene løser selvsagt ikke alle problemer som kan oppstå i pasientinteraksjon. Men poenget er at betingelsene er relevante og anvendbare i en rekke situasjoner som involverer utfordrende kommunikasjon.

LITTERATUR

1. Burge T. Individualism and the mental. I: Uehling P (red). *Midwest Studies in Philosophy*. Minneapolis: Minneapolis University Press, 1979: 73-121.
2. Enelow A, Forde D, Brummel-Smith K. *Interviewing & Patient Care*. Oxford: Oxford University Press, 1996.
3. Nordby H. Meaning and normativity in nurse-patient-interaction. *Nursing Philosophy* 2007; 8: 16-27.
4. Radley A. *Making sense of illness*. London: Sage publications, 1994.
5. Nordby H. The importance of knowing how to talk about illness without applying the concept of illness. *Nursing Philosophy* 2004; 5: 30-40.
6. Lupton D. *Medicine as culture*. London: Sage Publications, 1994.
7. Nettleton S. *The sociology of health and illness*. Cambridge: Polity Press, 1995.
8. Helman C. *Culture, health and illness*. Oxford: Butterworth-Heinemann, 1984.
9. Nordby H. Interactive and face-to-face communication. *Seminar.Net*. 2. 2006 (1-20).
10. Crawford P, Brown B, Nolan P. *Communicating care: The language of nursing*. Cheltenham: Stanley Thornes, 1998.
11. Baillie L. *Developing practical nursing skills*. London: Hodder Arnold, 2001.
12. Bang S. *Rørt, rammet og rystet*. Oslo: Gyldendal akademisk, 2003.
13. Falk B. *Å være der du er: samtale med kriserammede*. Bergen: Fagbokforlaget, 1999.
14. Nordby H. *Møter mellom ambulanspersonell og foreldre som har mistet barn i krybbeød*. Forskningsrapport Høgskolen i Lillehammer, nr 133-07. 2007.
15. Sperber D, Wilson D. *Loose talk*. I: Davis S. (red.) *Pragmatics: A reader*. Oxford: Oxford University Press, 1991: 540-49.
16. Cappelen H, Lepore E. *Insensitive semantics*. Oxford: Blackwell, 2005.
17. Guttenplan S. *A companion to the philosophy of mind*. Oxford: Blackwell, 1996.
18. Fagerli R, Lien M, Botten Grete, Wandel M. Role dilemmas among health-workers in cross-cultural patient encounters around dietary advice. *Scandinavian journal of public health* 2005; 33: 360-369.
19. Eide T, Eide H. *Kommunikasjon i praksis*. Oslo: Gyldendal, 2004.



Hagesykepleie for pårørende

SELVLÆRT: Hagen er full av detaljer. Olafur Olafsson har hatt hånd om det meste.

Utenfor barneklivnikken pleier sykepleier Olafur Olafsson georginer og gullfisker.

Det er fem år siden han tok fatt i en forsømt, overgrodd hage med dam mellom blokkene på Haukeland universitetssykehus.

Nå holder han på å få georginene i hus før kulden tar dem. Løker skal settes i jorden.

Olafsson er ansatt på akuttmottaket, men er for tiden sykemeldt. Han liker å fikse ting og finne løsninger.

– Trivelig og avstressende å jobbe fysisk. Så har det ballet på seg, sier han.

Utdøende rase

Georginene i mange farger er i flertall. Men her er stokk- og klatreroser, klemmer og kaprifol, peon og pasjonsblomst. En hvit duftlilje. En svart kala. Mørkeblå iris. Duftende

erteblomster. Mange av plantene har Olafsson dyrket fram fra frø. I et lite drivhus har han stiklinger.

– Så nå kan du ikke dra på ferie?

– Jo da. Portøren Dag har jobbet her siden 1972. Han føler ansvar og hjelper til. Han er litt en utdøende rase. Jeg er litt den rasen óg – som ikke bare gjør det som står i arbeidsinstruksen, sier den selv lærte gartneren som bor en fem minutters sykkel tur unna.

Han får også god hjelp av rengjøringspersonalet med å fore de 15 gullfiskene.

Kontrast til teknologien

Brakkene i hagen har overnattingsrom for foreldre, primært til premature langliggere. De setter stor pris på å slappe av i grønne omgivelser.

– De kan bli værende i tre–fire måneder. Rommene er ikke koselige. Sykehuset er heller ikke så innbydende med alt det tekniske, alarmer og tuting.

Når det kommer unger i hagen, setter Olafsson på apekatten. Det vil si at spruten står ut av kjeften på skulpturen ved dammen. Nå er blomstringen på hell, og han har allerede tatt inn en del av møblene.

Over dammen ligger et nett. Det måtte han legge på fordi måkene begynte å spise fiskene hans. Dermed kom heller ikke småfuglene til.

– I sommer ble de frustrerte, de fikk ikke drikke, forteller han.

Nå har de fått sitt eget lille fuglebad, med en stein til å sitte på.

Bulldoserne kommer

– Sykehuset er under stadig ombygging. Hva om det kommer nye bygg her?

– Det kommer snart bulldosere. Det er planlagt. Men da sier jeg med Martin Luther som sa noe sånt som dette: Hvis min siste dag er i morgen, vil jeg plante et tre i dag.

Men hadde han visst at hageprosjektet var varig, ville han lage

fossefall i dammen. Det gjør han ikke nå.

Helt fra han var liten ønsket han å bli helsearbeider, enten sykepleier eller lege. Olafsson var misjonær-barn og vokste opp i Etiopia. Han begynte å jobbe på sykehuset i 1986.

Ved juletid setter han opp en stor edelgran, som han pynter med lys. Helst hadde han sett at den ble stående vinteren gjennom.

– Fint å tenne et lys i mørket, smiler han.



BEST: – Det fine med georginer er at de blomstrer seks måneder, sier Olafsson.

Nyttig med helse på nett

Å diskutere helse på nett, oppleves som nyttig. Det viser psykolog Jan-Are K. Johnsen i en ny doktoravhandling fra Universitetet i Tromsø.



Illustrasjonsfoto: Colourbox

Funnene bygger delvis på spørreskjemaer som ble lagt ut på fora der psykiske plager diskuteres. 46 prosent svarte at de tar opp ting på nettet, som de ikke diskuterer med egen lege eller terapeut. Tre av fire mente det var lettere å fortelle om helseplager på nett, enn til venner og familie.

Men Johnsen aviser ikke at nettdiskusjoner også kan virke negativt. For eksempel ved at mennesker sykeliggjør seg selv når de graver seg ned i beskrivelser av sykdomssymptomer. Han ser også faren ved at mennesker stiller diagnoser på seg selv ut fra hva de finner på nettet. Nettopp derfor mener han det er viktig med kvalitetssikring av slike tjenester.

Kilde: forskning.no

Fire røykfrie uker

Pasienter som stumper røyken før en operasjon, har mindre risiko for komplikasjoner. Men det er uklart hvor lang tid i forveien røykekuttet må skje for å ha effekt. Nå viser doktorgradsarbeidet til den svenske kirurgen David Lindström at å slutte fire uker før gir færre komplikasjoner.

Hans studie inkluderte 117 pasienter. Halvparten fikk hjelp til røykeavvenning fire uker før operasjonen. Pasientene som ikke fikk denne hjelpen, hadde dobbelt så mange komplikasjoner. 58 prosent av dem som fikk hjelp til røykeavvenning, sluttet å røyke. 33 prosent var røykfrie ett år etter.

Kilde: Karolinska Institutet

Bra med bare kompresjoner

Kontinuerlige brystkompresjoner gir ikke dårligere overlevelse ved hjertestans utenfor sykehus enn kompresjoner og innblåsninger. Det viser en norsk studie basert på 695 tilfeller. Ambulansepersonell registrert at 40 prosent av pasientene hadde fått hjerte-lunge-redning med innblåsninger, mens 21 prosent fikk kompresjoner. Førstehjelpen var utført av lekfolk. Blant dem som fikk både kompresjon og innblåsninger, overlevde 13 prosent. Av dem som bare fikk kompresjoner overlevde 10 prosent. Forskjellen var ikke statistisk signifikant.

Norsk Resuscitasjonsråd opprettholder anbefalingene om 30 brystkompresjoner og to innblåsninger.

Kilde: Dagens Medisin

Psykisk syke søker ikke hjelp

Bare fire av ti med mye psykiske plager søker hjelp. Det antyder en rapport fra Folkehelseinstituttet og Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Dataene rapporten bygger på, er hentet fra Statistisk sentralbyrås levekårsundersøkelse i 2005. Denne undersøkelsen omfatter et representativt utvalg av befolkningen over 15 år og gjøres hvert tredje år.

Det ser ut som mennesker med lite utdanning, dårlig økonomi og lite sosial støtte får minst hjelp. Kvinner, de med utdanning, de ikke-gifte og de med mye sosial støtte får mest.

Kilde: Folkehelseinstituttet

Mange spørsmål?



Har du eller noen nære fått henvisning til behandling, undersøkelse, utredning eller vurdering? Du får oversikt på nett og veiledning av pasientrådgiver på telefon:

www.frittsykehusvalg.no

og 800 41 004



FRITT SYKEHUSVALG • NORGE

Helsedirektoratet



Egen nettfilial

– for medlemmer i NSF

På nettfilialen finner du dine medlemstilbud og dine priser. Se etter DnB NOR-logoen på www.sykepleierforbundet.no og klikk på den. Det kan lønne seg.

Du kan også ringe 04800 eller komme innom et av våre kontorer.

DnB NOR

Marie Aakre om stolthet

Leder, Rådet for sykepleieetikk, skriver hver måned i Sykepleien

Alder: 60 år

Fra: Trondheim

Utdannet sykepleierleder, -lærer og -veileder



Hvor har det blitt av sykepleiespråket?

Spørsmålet er om vi har overlatt til markedets og det kvantifiserbares språk å beskrive vår hverdag.

Stolt? Hun formelig spytter ut ordet. De skulle visst hva vi står i, de som bestemmer. De skulle visst hva vi makter å holde på med. Det er et under at vi blir her. Vi er vitner til det ubeskrivelige, vi løfter og støtter og steller og gråter, vi lytter og håper og ser. Vi løper, men ikke fort nok. Jeg tenker av og til at det er ubeskrivelig at jeg holder ut, at jeg velger å bli i dette. Herlighet, – de aner ikke hva de snakker om når de debatter flere hender. Vent til det gjelder dem selv, først da forstår de litt. De etterspør jo bare en ting fra oss: Tempo. Lønn skal vi visst få i himmelen, de av oss som kommer dit!

Sterke innspill

Jeg hører biskheten i stemmen. Som veileder hadde jeg foreslått ordet «stolt» som tema for dagens morgenrefleksjon. Det var nok til sterke innspill. Vi lytter og klatrer på andres tanker fra både de provoserte, de engasjerte, de resignerte, de ettertenksomme, de årvåkne og bevisste. Halvtimen går fort. Jeg ønsker dem en god dag og forlater avdelingen med mye ettertanke, – nok en gang.

Hva er sykepleie til for?

I arbeidet med etisk bevisstgjøring berører vi ofte faglig identitet og integritet. Mitt bilde er at vi må løfte både vår selvforståelse og andres forståelse av vårt fag.

Å svare på hva vi er til for er ikke mulig uten å bruke formuleringene i sykepleiens grunnlag. Der heter det at *grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet*. Det presiseres også at *sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene*.

Det er respekten for mennesket, livet og

verdigheten som er kjernen i vårt fag, vårt mandat og vår begrunnelse som sykepleiere. Disse gamle, store ordene og etiske begrepene peker på grunnleggende behov som alltid har vært der, som aldri har endret seg og som vil bestå. Flere av dem er, sin alder til tross, uerstattelige når det gjelder å beskrive hva sykepleiere er satt til å ivareta.

Språksett praksis

Vi snakker for å tenke, sa Inge Eidsvåg i et radio-program nylig. Språk er egentlig for begrenset hvis vi søker å forstå den andre, det duger best til å forstå oss selv. Vi må høre hva vi sier for å vite hva vi mener. Språk skaper virkelighet og identitet. Sykepleiespråket hjelper oss til å forstå oss selv og vårt faglige ansvar. Når det faglige arbeidet i hverdagen ikke språksettes ser vi verken oss selv eller våre kolleger tydelig.

Den tause kunnskap trenger språkforsterkere for å gjøre sykepleien tydeligere. Det tilligger enhver profesjon å utvikle og vedlikeholde eget fagspråk.

Mykt, taust og veikt?

Det er ikke sant at språket om de myke sider av helsetjenester må være veikt. Sykepleiere har kompetanse på livets mest sårbare arena. Derfor kan og bør vi enda tydeligere gå foran i å formulere livets sterke erfaringer. Det kreves et sterkt språk for å dele myke og sårbare fenomener. Sykepleiere står daglig i en kryssild av kommunikasjon og samhandling, der modige møter og nødvendige samtaler er verktøy.

Sykepleiefaget utøves ofte der folk flest føler språklig avmakt, og mange trenger hjelp for å verbalisere sine erfaringer. Sterke og krevende livserfaringer som truer og berører er nært

sykepleieres hverdag. Det sykepleiefaglige språk må nettopp tilstrebe å holde sin oppmerksomhet på de sterkeste sider av livs-, sykdoms- og dødsprosesser. Jeg lurar på om mangel på språksett praksis kan være en grunn til at politikere ensidig etterspør flere hender.

Stolt

Tankene mine vender tilbake til morgenrefleksjonen. *Jeg er stolt av faget mitt*, var det en som sa der. *Av det vi egentlig vil. Det vi kjemper for og strekker oss etter. Vi får det ikke alltid til, og det koster meg mye. Jeg er stolt når jeg forstår at jeg gjør en forskjell i kompleksiteten, miraklene jeg noen ganger forløser med små ord og gode spørsmål. Jeg er stolt av måten vi møter pasientene på, og jeg vet jeg er god på samhandling. Jeg kjenner arbeidsglede og stolthet når hendene mine lindrer og bekrefter den andre i et godt morgenstell. Jeg er stolt når jeg har gjennomført krevende familiesamtaler, eller når jeg gir lindring og ro ved taus tilstedeværelse som fastvakt. Det er provoserende at de som bestemmer ikke ser det vi står i og etterspør våre resultater.*

Språk er makt

Det sterkeste språket er nødvendigvis ikke det som kan kvantifiseres. Hva er det som gjør at markedets språk og det kvantifiserbares språk får dominere så sterkt i hverdagen der sykepleie utøves?

Hva er grunnen til at vi stadig tilpasser oss andres språk og lar vårt eget forstumme? Verken politikeres, økonomers eller medisineres språk er dekkende for det sykepleiefaglige. Hvorfor har språket i våre yrkesetiske retningslinjer ofte liten plass i hverdagsspråket i praksis?

Den tause kunnskap trenger språkforsterkere for å gjøre sykepleien tydeligere.

Vi har akseptert at mange av benevnelsene på viktige sykepleiefunksjoner er fjernet fra vokabularet. Både i sykehus og kommunale tjenester pågår det stadig omstillinger som fjerner forståelige titler på både sykepleieledere og andre. Sykepleiefaglige benevnelser eksisterer nesten ikke, verken på ledernivå eller i offentlige dokumenter der vi stort sett finner begrep som helse og omsorg.

Igjen trekker jeg frem yrkesetiske retningslinjer. Der heter det at *sykepleiere bruker titler og betegnelser som vedkommendes utdanning,*

autorisasjon og funksjon berettiger til, og som gir korrekt informasjon om kvalifikasjoner og ansvar.

Ordene

Liv og språk kan ikke unnvære hverandre. Livet bæres av språket og måten det brukes på. Mennesker lever ikke av ting, heller ikke av tall, men av ord, ordene. Ordene er det som vi uttaler om tingene. Sykepleiens kjerne handler om å bygge kulturer der barmhjertighetstanken



Månedens dilemma

- Hva kjennetegner hverdagspråket der jeg jobber?
- Hva teller når det telles hos oss?
- Hvordan bruker vi språket i sykepleiens grunnlag og yrkesetiske retningslinjer hos oss?
- Hva er du stolt av i egen sykepleiepraksis?
- Hvorfor er det grunn til å være stolt av sykepleietilbudet der du arbeider?

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.

er sentral. Utenfor det kvantifiserbare, standardiserte og evidensbaserte ligger de eksistensielle fenomener som nærværet, tilliten, roen, trøsten, meningen, verdigheten. Vi må snakke sant om livet, om både glede og sorg, livsmot og tretthet, håp og savn.

Ledelse

Hverdagskultur kan fremme eller hemme dette. Kulturer må bygges og ledes frem bevisst, og da er sykepleieledelse helt avgjørende. Språket er selve bygningsmaterialet i kulturbygging. Hvis du leste de 24 historiene i Sykepleien nr. 10 antar jeg at du så sykepleiekulturer tydelig.

Det er krevende og det koster å gi helhetlig sykepleie i trange rom. Altfor mange sykepleiere forteller at de arbeider i tause kulturer, rutinepregede kulturer, «snakke om-kulturer» fremfor «snakke med-kulturer». Taus rapport har blitt innført flere steder som en konsekvens av it-basert sykepleiedokumentasjon. Hva gjør dette med sykepleiespråket, formuleringsevne og hverdagskultur?

Et språk må brukes

Vi utvikler vår språklige kompetanse ved å bruke språket bevisst og aktivt. Fortellingene er en måte å bruke språk på for å forme en bærende helhet om oss selv og andre. Fortellingenes språk og livet kan ikke unnvære hverandre, og de som reflekterer over dem går forandret videre.

Det går an å være både tydelig og stolt selv om vi ikke blir målt på grunn av våre resultater av ledere og eiere. Pasienter og pårørende etterspør jo hele tiden det vi har å tilby. Samtidig skal vi forsterke språklig fremstilling av sykepleieres resultater til nytte for mange. Troverdighet i kvalitet er umulig uten å inkludere dette.

MER ENN HENDER: Språk skaper virkelighet og identitet.

Om smittevern

Av Bjørg Marit Andersen, professor, dr. med, Mette Rasch, Kjersti Hochlin, Bente Seljordslia, Tori Tollefsen
hygienesykepleiere, avdeling for sykehushygiene og smittevern,
Ullevål universitetssykehus.

Ny veileder øker smittefaren

Mens rutinene for å forebygge MRSA skjerpes og forsterkes rundt om i verden, ser det ut til at Norge går motsatt vei – og slakker av på tiltak.

I løpet av 2008 skal det foreligge en ny veileder for å forebygge infeksjoner med meticillinresistente gule stafylokokker (MRSA). Nasjonalt folkehelseinstitutt og Helsedirektoratet står bak.

Tiltaksdelen var ferdig i september 2008. Den er ikke sendt på høring til smittevernpersonell. Selv om det har vært en rekke innspill til arbeidsdokumentene som er sendt ut underveis, ser det ikke ut til at det er tatt hensyn til disse.

Vi ønsker derfor å peke på forhold i primærhelsetjenesten som vil influere på smittespredning til sykehus.

Uklart mål

Veilederens mål er at MRSA ikke skal etablere seg og bli en fast del av bakteriefloraen ved norske sykehus eller sykehjem. Dessverre er MRSA allerede i ferd med det, særlig i sykehjem og primærhelsetjeneste.

Det er ikke lenger noen tvil om at MRSA involverer alle ledd i norsk helsevesen. Både personlig for pasienter og helsearbeidere og strategisk-økonomisk for ledere på alle nivå. Tiltakene som beskrives tar ikke høyde for at MRSA er definert som en allmennfarlig, smittsom sykdom og ifølge Smittevernloven skal behandles som sådan.

En påkjenning

Vi har en viss erfaring med smitteoppsporing, screening, sanering og oppfølging av MRSA-smittede pasienter og helsepersonell (1-4). Vi har også

erfart at isolering, screening og sanering kan ha store kostnader. Blant annet til økt bemanning av mikrobiologiske laboratorier, merarbeid i kliniske avdelinger og andre enheter som har vært utsatt for smitte (1,3). I tillegg kommer sykemeldinger og ekstra bemanning ved smittet personell.

Men den største utfordringen er den smitten som uforvarende er påført medpasienter og personell. MRSA-smitte medfører ofte en langvarig, til dels mislykket, sanering og oppfølging i mange måneder. Tilbakefall av smitten kommer relativt ofte etter både tre og fem negative kontrollprøver.

Derfor er det med stor bekymring vi leser de nye tiltakene fra Folkehelseinstituttet.

Økt smittespredning

Den forrige veilederen av 2004 hadde ingen effekt med hensyn til å redusere forekomst av MRSA i Norge, snarere tvert imot (5). Siden 2004 har det vært en sterk økning av MRSA i sykehjem og primærhelsetjenesten for øvrig, særlig i Oslo-regionen (4).

Manglende undersøkelser

Ifølge den nye veilederen er tidligere MRSA-positive personer ikke lenger smitteførende etter tre negative kontrollprøver. Dette finnes det ingen dokumentasjon for. Derimot er det svært godt dokumentert at tilbakefallsprosenten er stor, 50-90 prosent, dersom personen ikke er godt nok sanert og fulgt opp.

Det er vist – og det er også vår erfaring – at de

som har konsekvent negative, gjentatte prøvesett (minst 15 trippelsett) i løpet av ett år trolig er blitt MRSA-negative. Derfor må alle som innlegges i helseinstitusjoner og som har vært MRSA-positive testes om igjen ved innleggelse. Det samme må kreves av ansatte.

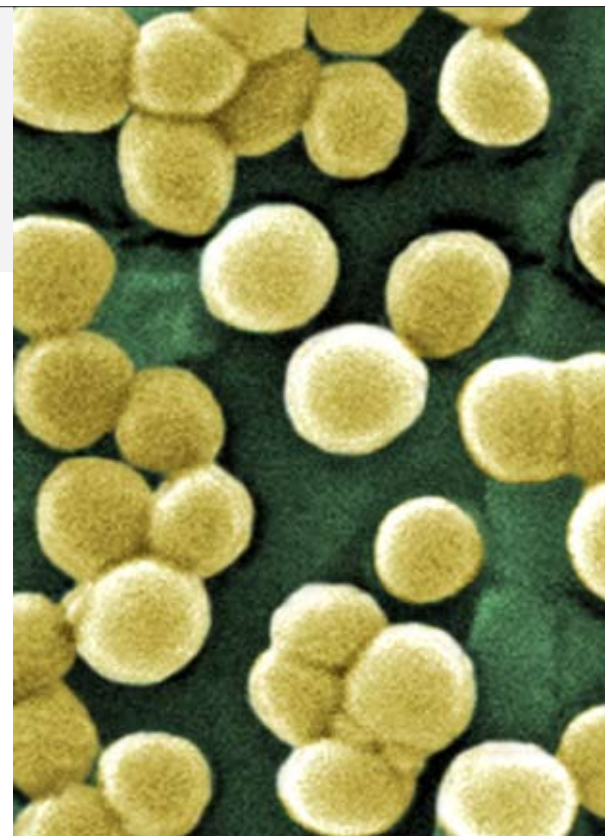
Ikke isolering

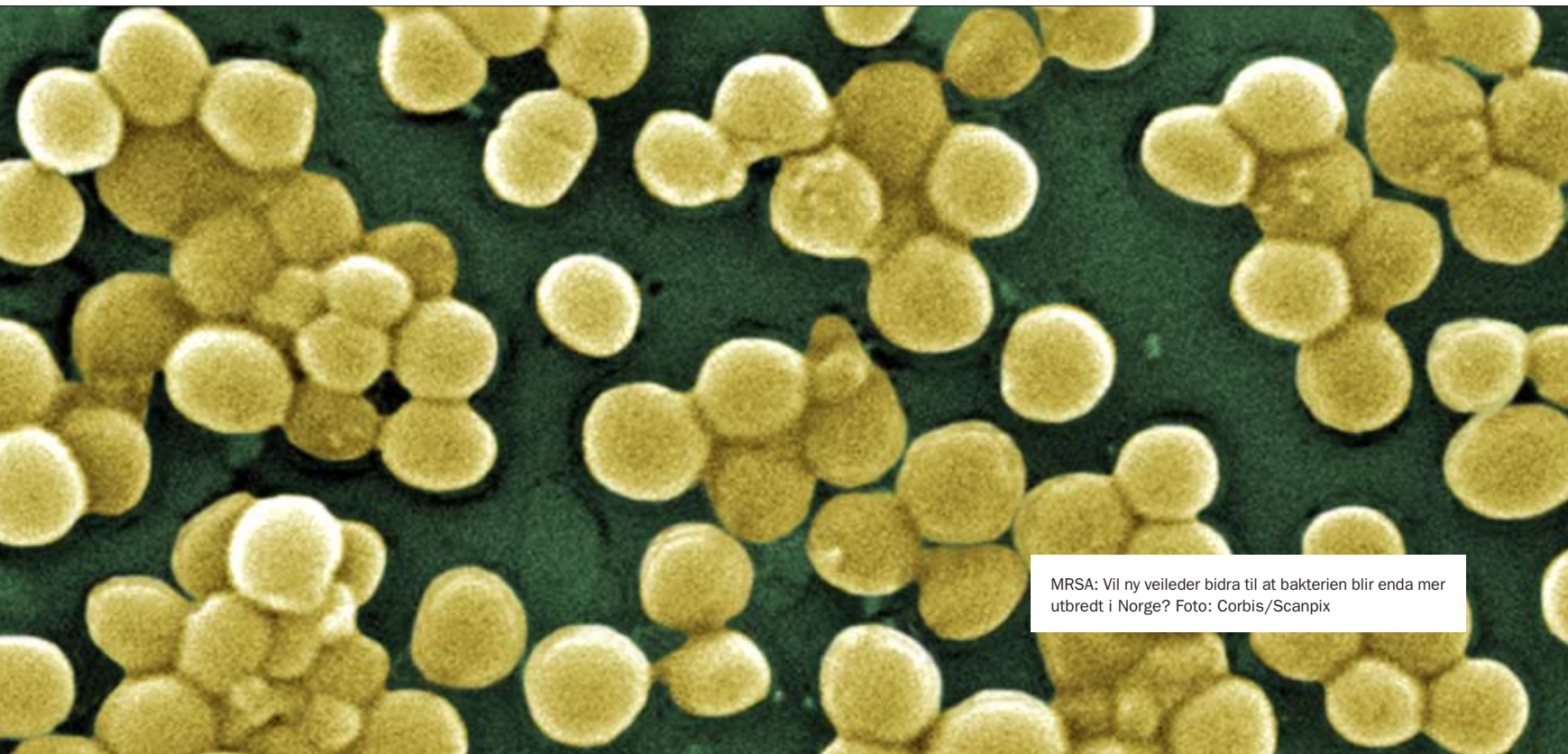
Den nye veilederen reduserer smitteverntiltak ved sykehjem ytterligere. MRSA-positive skal nå ikke isoleres, unntatt i stell. Dette vil føre til økt smittebelastning for andre pasienter og ansatte ved sykehjemmet, noe som er vel dokumentert. Slike forhold vil utløse frykt for å oppholde seg i og å arbeide ved sykehjem. Pårørende vil også reagere på at deres nærmeste hensynløst blir utsatt for alvorlig smitte.

Smittet personell i arbeid

Veilederen vil tillate MRSA-smittede helsearbeidere å jobbe med pasienter i hjemmesykepleie og resten av primærhelsetjenesten. Dette involverer blant annet MRSA-smittede primærleger, helseøstre, fysio- og ergoterapeuter og tannleger.

Resultatet kan bli økt smittespredning mellom dårlige pasienter og blant kolleger av helsepersonell. Det er godt dokumentert at MRSA-positiv personell i hjemmesykepleien er en smitterisiko, særlig i forhold til behandling av kroniske sår og katetre (6). Både pasienter og pårørende vil være skeptiske til å få hjelp av en MRSA-positiv person som arbeider ubeskyttet.





MRSA: Vil ny veileder bidra til at bakterien blir enda mer utbredt i Norge? Foto: Corbis/Scanpix

Smittet eller ikke

Veilederen hevder også at MRSA-smittet personell generelt sett kan starte i jobb ved helseinstitusjoner – umiddelbart etter gjennomgått sanering – før man ser effekt av saneringen. Videre kan personell etter mislykket sanering – det vil si at de fremdeles er smitteførende – defineres som «ikke smitteførende etter individuell vurdering».

Dette er feil bruk av ord og viser manglende innsikt i hva smitteførende betyr. Enten er man smitteførende eller så er man ikke. Alle som er MRSA-positive er smitteførende fordi bakterien ofte veksler i sine lokalisasjoner over hele kroppen.

Veilederen gir her fritt leide til å omgå lovpålagte arbeidsrestriksjoner for smittet helsepersonell, noe som medfører økt smittespredning i helsetjenesten. I motsetning til veilederen sier smittevernloven at alle – også helsearbeidere – har plikt til å la seg undersøke dersom de er utsatt for en allmennfarlig smittsom sykdom. Dersom en er positiv, vil forbud mot arbeid tre i kraft. Dette vil da bli en selvforsterkende prosess: Personell pålegges å arbeide ubeskyttet mot MRSA i primærhelsetjenesten, de blir smittet, de har plikt til å la seg teste, og får forbud mot arbeid i helseinstitusjoner.

Ikke sanering

Ifølge veilederen vil ikke MRSA-smittede utenfor helsevesenet konsekvent få tilbud om sanering og oppfølging.

Undersøkelser viser at minst halvparten i en familie er MRSA-smittet dersom en indeksperson

påvises. Dette medfører at venner og kjente, særlig i helsesektoren, holder seg på god avstand for ikke å bli smittet. Barnehager er heller ikke så begeistret for MRSA-positive barn som kan smitte barn av helsepersonell og andre som fører smitten videre. Dette blir de nye «spedalske» i samfunnet. Enda verre er en ringvirkning av potensielt farlige mikrober som før eller senere kommer tilbake til sykehus med alvorlige infeksjoner.

I motsetning til veilederen sier smittevernloven (§6-1) at MRSA-smittede har rett til smittevernshjelp, uansett hvor i systemet de befinner seg. At de får hjelp til sanering og bli kvitt smittebæretilstanden skulle være selvsagt.

I konflikt

I Arbeidsmiljøloven heter det at «ingen arbeidstaker skal utsettes unødige for smitte.» Ved ikke å skjerme ansatte med nødvendig smittevernustyr i behandling av smittede pasienter vil veilederen komme i klar konflikt med arbeidsmiljøloven og smittevernloven. En betydelig del, cirka ti prosent i Oslo-området, har vært helsepersonell (4). Risiko for smitte er reell.

Veilederen beskriver at personell som arbeider med «en kjent MRSA-positiv pasient som ikke isoleres (for eksempel i sykehjem eller i hjemmesykepleien)» er regnet som smitteutsatt. Vedkommende, «som har hatt nær kontakt uten å bruke beskyttelsesutstyr», må derfor MRSA-testes ved innleggelse og før arbeid i sykehus. Ergo har personen unødige vært utsatt for smitte.

Mer kontroll

Undersøkelser viser at helsepersonell i Oslo ofte arbeider ved andre helseinstitusjoner på samme tid og vil kunne være aktive smittespredere. Studier har vist at personell er særlig aktive smittespredere via hender. Etter en kraftig forurensning av hender blir MRSA og andre bakterier sittende igjen, og øker derved mulighet for spredning (7, 8). God håndhygiene er derfor ikke nok ved MRSA-smitte, heller ikke i sykehjem (10).

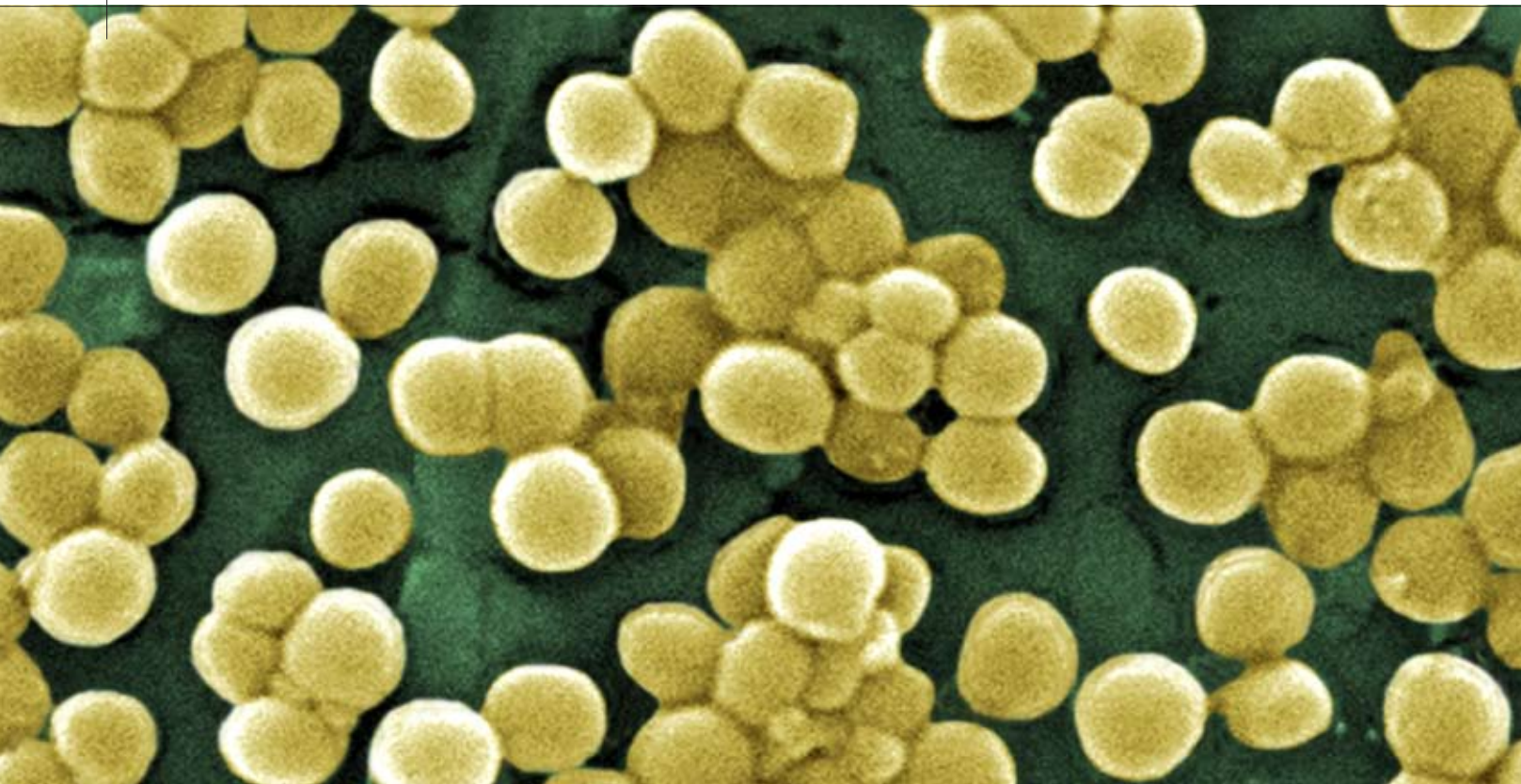
Ubeskyttet eksponering for MRSA-smitte i sykehjem og primærhelsetjenesten vil medføre økt behov for forhåndsundersøkelser av alt helsepersonell som kommer fra primærhelsetjenesten og som skal arbeide ved sykehus. Dette medfører store screenings-kostnader, tap av arbeidstid og arbeidsgivere som foretrekker fast arbeidskraft, det vil si at man ikke jobber flere steder samtidig.

Siden saneringsproblemer er store, etterkontrollen langvarig og yrkesforbud en risiko vil trolig mange ansatte vegre seg mot frittgående MRSA-positive personer i sykehjem og i primærhelsetjenesten for øvrig. I sin ytterste konsekvens kan veilederen medføre flukt av helsepersonell fra primærhelsetjenesten fordi man ikke tar vare på smittevernet for ansatte.

Også pasienter og pårørende har krav på smittevern, noe veilederen ikke tar godt nok hensyn til.

Ikke lenger risikofritt

«Norden» er i veilederen definert som trygt område for MRSA. Men med sterk økning av MRSA i



Danmark, Sverige og Finland er disse landene blitt risikosoner. Utveksling av helsepersonell og pasienter er vanlig mellom de nordiske land, og dersom disse ikke testes er det relativt større risiko for spredning.

Ikke alvorlig?

Slik veilederen nå skrives vil det bli en kontrollert spredning av MRSA i Norge.

Blant 1 200 sykehus i USA har nå 2,4 prosent av alle pasienter MRSA-infeksjon. Ifølge *Center for Disease Control* er MRSA hyppigst i ikke-intensive avdelinger. Mange sykehus, både i USA, Canada, og Europa, har begynt å teste alle pasienter som legges inn, og mener det klart lønner seg. Også økonomisk.

Konsekvenser

Den nye veilederen kan medføre en ukontrollert spredning av MRSA i sykehjem og primærhelsetjeneste. Svært mange pasienter her har stort behov for gjentatte sykehusinnleggelse, og er den gruppen som benytter sykehus mest. Derved må økende antall sykehusstrengende pasienter fra sykehjem og primærhelsetjeneste isoleres og testes. Dette medfører stort behov for enerom, isolater og smittevernutstyr, og ikke minst store ekstra utgifter. Det må også etableres testing av helsepersonell fra primærhelsetjenesten dersom de skal i arbeid ved sykehus.

Det er derfor viktig å få brakt på det rene hva den nye MRSA-veilederen vil koste norsk

Den største utfordringen er den smitten som uforvarende er påført medpasienter og personell.

helsevesen i ekstra ressurser til:

- isolasjon og etablering av nye enerom og isolater og smittevernutstyr
- økt smitteoppsporing og mer sanering av helsepersonell og pasienter
- økte utgifter til erstatninger for smittede pasienter, pårørende og personell
- merutgifter til desinfeksjon og smittevask
- merutgifter til laboratorietjenester
- langtidssykemeldinger, omskolering til annet arbeid for dem som ikke blir kvitt infeksjonen/bæretilstanden
- ekstra bemanning for dem som er sykemeldte
- merutgifter til testing av personell

Bør stoppes

En konsekvensanalyse må gjennomføres for å vurdere hvordan den nye veilederen vil virke inn på norske pasienters og personells liv, helse og livskvalitet. Den bør også gjennomgå en juridisk vurdering med hensyn til ansvar i forbindelse med arbeidsmiljølov, smittevernlov, lov om pasientrettigheter og lov om helsepersonell.

Derfor bør veilederen stoppes, gjennomgå en grundig kvalitetssikring og risikoanalyse og deretter sendes ut på høring til smittevernpersonell.

REFERANSER

1. Andersen BM, Bergh K, Steinbakk M, Syversen G, Magnæs B, Dalen H, Bruun JN. A Norwegian nosocomial outbreak of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* resistant to fusidic acid and susceptible to other antistaphylococcal agents. *J Hosp Infect* 1999; 41: 123-32.
2. Andersen BM, Syversen G. Methicillinresistente *Staphylococcus aureus* i Oslo i 2000. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001; 121: 1844-1847.
3. Andersen BM, Lindemann R, Bergh K, Nesheim B-I, Syversen G, Solheim N, Laugerud F. Spread of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* in a neonatal intensive unit associated with understaffing, overcrowding and mixing of patients. *J Hosp Infect* 2002; 1; 1-7.
4. Andersen BM, Rasch M, Syversen G. Is an increase of MRSA in Oslo, Norway, associated with changed infection control policy? *J Infection* 2007; 55: 531-538.
5. National guideline for preventing infections with MRSA in health care; MRSA-veilederen. Folkehelseinstituttet og Sosial- og helsedirektoratet, Smittevern 10, 2004.
6. Thomas S, Karas JA, Emery M, Clark G. Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* carriage among district nurse patients and medical admissions in a UK district. *J Hosp Infect* 2007; 66: 369-373.
7. Kjølén H, Andersen BM. Handwashing and disinfection of heavily contaminated hands- effective or ineffective? *J Hosp Infect* 21: 61-71, 1992.
8. Andersen BM, Rasch M. Når vanlig håndvask ikke er tilstrekkelig. *Tidsskr sykepleien* 2001;11:52-57.
9. Sie I, Thorstad M, Andersen BM. Infeksjonskontroll og håndhygiene ved sykehjem i Oslo. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2008; 128:1528-1530.
10. Tacconelli E, Pop-Vicas AE, D'Agata EMC. Increased mortality among elderly patients with methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* bacteraemia. *J Hosp Infect* 2006;64:251-256.

Jobb + studie = sant

I Danmark rekrutteres sykepleierstudenter med garanti om jobb under studiet. Det er utdanningen i Ålborg som er først ute.

Fra høsten 2009 vil studentene få tilbud om relevant jobb på lokale sykehus. De kan ha jobben under hele studiet, og garanteres minst 30 timer i måneden. Disse stillingene kan bare søkes av sykepleierstudenter. Hensikten er å gjøre sykepleien mer attraktiv, etter at antall studenter siste år er redusert med nesten 20 prosent. Målet er at ordningen etter hvert skal utvides til hele landet.

Den danske studentlederen er positiv, men opptatt av at jobben ikke må erstatte praksisstudier.

Kilde: Sygeplejersken

Mobil gir ikke hodepine

Nå finnes det tre studier som viser at strålingen fra mobiltelefoner ikke gir hodepine. Den siste er gjort i Norge, av professor Lars Jacob Stovner ved NTNU i Trondheim. 17 personer som alle mente de fikk hodepine av mobilbruk, var med i studien. Det viste seg at de fikk hodepine uansett om det ble sendt ut stråling eller ikke, faktisk litt mer når det ikke var noen stråling. Forskerne tror effekten skyldes placebo, det motsatte av placebo, slik at når du har forventninger om at noe vil skade deg, oppstår smertene.



Kilde: Dagens Medisin

Mat etter bukkirurgi

Skepsisen mot å la nyopererte bukpasienter spise, synes ubegrunnet. Det viser en norsk studie med 447 pasienter. Alle hadde gjennomgått stor øvre bukkirurgi. Pasientene ble randomisert inn i to grupper. Den ene fikk anlagt ernæringskateter, måtte faste og fikk kun ernæring gjennom kateteret. Den andre gruppen fikk tilbud om å spise samme dag de hadde blitt operert.

Ifølge studien var det ikke flere komplikasjoner eller reoperasjoner hos gruppen som fikk lov til å spise. Derimot var tendensen færre komplikasjoner, færre uventede hendelser og mindre vekttap. I tillegg fikk de raskere tilbake tarmfunksjonen.



Foto Colourbox

Kilde: Tidsskrift for Den norske lægeforening

Sykepleiere uten grenser?

I Danmark diskuteres det i Utenriksdepartementets blad «Udvikling» om ikke *Leger uten grenser* heller burde omdøpes til *Sykepleiere uten grenser*. I de siste årene er det blitt stadig vanskeligere å rekruttere danske leger til verdens brennpunkter. I år har kun fire leger blitt sendt ut, mens tallet for sykepleierne del er 13.

Kilde: Sygeplejersken

Nobelpris til HIV- og HPV-oppdagere

Den tyske og de to franske forskerne som oppdaget henholdsvis HPV- og HIV-virusene, har fått årets nobelpris i medisin.

Det har ikke skjedd helt friksjonsfritt.

Francoise Barré-Sinoussi (61) deler halve prisen på 10 millioner svenske kroner med Luc Montagnier (76) for oppdagelsen av HIV-viruset.

Det at ikke amerikaneren

Robert Gallo har fått være med på dette laget, har vært kontroversielt. Gallo og Montagnier hadde en het disputt på 1980-tallet om hvem som først oppdaget viruset. Det er i dag ingen tvil om at det

franske teamet var først ute, men usikkerheten dreier seg mer om de kunne ha gjort det uten arbeidet som Gallo bidro med gjennom årenes løp.

KilHarald zur Hausen (72) fikk den andre halvparten av prisen.

Han var 15 år ute før alle andre og sa allerede i 1970-årene at årsaken til livmorkreft må være HPV. Han brukte ti

år på å leite etter HPV-familien, og arbeidet hans har banet veien for vaksinen som norske jenter skal få fra neste år.

Kilde: BMJ (British Medical Journal)

Gallo og Montagnier hadde en het disputt på 1980-tallet om hvem som først oppdaget viruset.

C Ebixa "Lundbeck"

Middel mot demens. • ATC-nr.: N06D X01

DRÅPER, oppløsning 10 mg/g: 1 g inneholdt: Memantinhydroklorid 10 mg tilsv. memantin 8,31 mg, kaliumsorbat (E 202), sorbitol, renset vann. TABLETTER, filmdrasjerte 5 mg, 10 mg, 15 mg og 20 mg: Hver tablett inneholdt: Memantinhydroklorid 5 mg, 10 mg, 15 mg og 20 mg tilsv. memantin 4,15 mg, 8,31 mg, 12,46 mg og 16,62 mg, hjelpestoffer. Tabletter 10 mg inneholdt: laktose. TABLETTER, filmdrasjerte 10 mg: Hver tablett inneholdt: Memantinhydroklorid 10 mg tilsv. memantin 8,31 mg, laktose 166 mg, hjelpestoffer. Med delestrek. TABLETTER, filmdrasjerte 20 mg: Hver tablett inneholdt: Memantinhydroklorid 20 mg tilsv. memantin 16,62 mg. **INDIKASJONER:** Behandling av pasienter med moderat til alvorlig grad av Alzheimers sykdom. **DOSERING:** Behandlingen bør initieres og veiledes av lege med erfaring i diagnostisering og behandling av Alzheimers demens. Behandlingen skal bare igangsettes hvis en omsorgsperson er tilgjengelig og jevnlig kan monitorere pasientens legemiddelinntak. Diagnostisering bør gjøres i tråd med gjeldende retningslinjer. **Voksne/eldre:** Maks. daglig dose er 20 mg. Risikoen for bivirkninger reduseres ved å gradvis øke dosen med 5 mg pr. uke i de første 4 ukene opp til vedlikeholdsdose: Startpakning: 5 mg en gang daglig i 7 dager, 10 mg en gang daglig i 7 dager, 15 mg en gang daglig i 7 dager, 20 mg en gang daglig i 7 dager. Deretter fortsetter behandlingen med en anbefalt vedlikeholdsdose på 20 mg en gang daglig. Kan tas uavhengig av måltider. Ved moderat nedsatt nyrefunksjon (kreatininclearance <40-60 ml/minutt/1,73 m²) anbefales maks. 10 mg. **KONTRAINDIKASJONER:** Overfølsomhet for memantin eller et eller flere av hjelpestoffene. **FORSIKTIGHETSREGLER:** Forsiktighet utvises hos pasienter med epilepsi, som har hatt tidligere episoder med krampeanfallet eller pasienter som er predisponert for epilepsi. Samtidig bruk av N-metyl-D-aspartat (NMDA)-antagonister som amantadin, ketamin eller deksametofan bør unngås pga. økt risiko for bivirkninger. Overvåking av pasienter ved tilstander med økt pH-verdi i urin (f.eks. drastiske endringer i kostholdet, f.eks. fra kosthold med kjøtt til vegetarisk, eller stort inntak av syrenøytraliserende midler, renal tubulær acidose (RTA) eller alvorlige urinveisinfeksjoner med Proteus bacteria) kan være nødvendig. Pga. begrenset erfaring bør pasienter som nylig har hatt hjerteinfarkt, ubehandlet kongestiv hjertesvikt (NYHA klasse III-IV) eller ukontrollert høyt blodtrykk overvåkes nøye. **Nedsatt nyrefunksjon:** Ved lett nedsatt nyrefunksjon (kreatininclearance 50-80 ml/minutt) er det ikke nødvendig med dosejustering. Ved moderat nedsatt nyrefunksjon (kreatininclearance 30-49 ml/minutt) bør daglig dose være 10 mg. Hvis godt tolerert etter minst 7 dagers behandling kan dosen økes til 20 mg/dag iht. vanlig opptitreringsplan. Ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon (kreatininclearance 5-29 ml/minutt) bør daglig dose være 10 mg/dag. **Nedsatt leverfunksjon:** Ved mild eller moderat nedsatt leverfunksjon (Child-Pugh grad A eller Child-Pugh grad B) er det ikke nødvendig med dosejustering. Memantin anbefales ikke til pasienter med alvorlig nedsatt leverfunksjon da det ikke finnes data om bruk av memantin hos disse pasientene. Pasienter med arvelig galaktoseintoleranse, Lappplattasemangel eller glukose-galaktosemalabsorpsjon bør ikke bruke tablettene. Pasienter med fruktoseintoleranse bør ikke bruke dråpene. Moderat til alvorlig Alzheimers sykdom pleier vanligvis å nedsette evnen til å kjøre motor kjøretøy og betjene maskiner. I tillegg kan memantin ha lett til moderat påvirkning, slik at pasienter bør informeres om å være spesielt oppmerksomme når de kjører motor kjøretøy eller betjener maskiner. **INTERAKSJONER:** Effektene av barbiturater og nevroleptika kan bli redusert. Samtidig administrering av memantin med spasmodytiske stoffer som dantrolen eller baklofen, kan modifisere deres effekter og dosejustering kan være nødvendig. Samtidig bruk av memantin og amantadin, ketamin og deksametofan bør unngås pga. risiko for farmakotoksisk psykose. Andre legemidler som cimetidin, ranitidin, prokainamid, kinin og nikotin innebærer en mulig risiko for økte plasmanivåer. Redusert ekskresjon av hydrokortiazid eller kombinasjonspreparater med hydrokortiazid er mulig. Enkelttilfeller av økt INR ved samtidig behandling med warfarin er sett. Nøye monitorering av protrombintid eller INR anbefales. **GRAVIDITET/AMNING:** Overgang i placenta: Risiko ved bruk under graviditet er ikke klarlagt. Bør derfor ikke brukes under graviditet uten at det er helt nødvendig og etter nøye vurdering av nytte/risiko. **Overgang i morsmelk:** Risiko ved bruk under amming er ikke klarlagt. Det er ikke kjent om memantin skilles ut i morsmelk hos mennesker, men med tanke på hvor lipofilt stoffet er, antas dette å forekomme. Kvinner som tar memantin, bør ikke amme. **BIVIRKNINGER:** Bivirkningene er vanligvis milde til moderat alvorlige. **Hypypige (>1/100):** Gastrointestinale: Forstoppelse. Sentralnervesystemet: Svimmelhet, hodepine og sømnløshet. Sirkulatoriske: Hypertensjon. **Mindre hypypige:** Gastrointestinale: Oppkast. Sentralnervesystemet: Hallusinasjoner (stort sett rapportert hos pasienter med alvorlig Alzheimers sykdom), forvirring, unormal gange. Sirkulatoriske: Venetrombose/tromboembolisme. Øvrige: Tretthet, sopplinfeksjoner. Krampeanfallet er rapportert svært sjeldent. Enkelttilfeller av psykotiske reaksjoner og pankreatitt er rapportert. Alzheimers sykdom er forbundet med depresjon, selvmordstanker og selvmord og er også rapportert hos pasienter som er behandlet med memantin. **OVERDOSERING/FORGIFTNING:** **Symptomer:** Hhv. 200 mg og 105 mg/dag i 3 dager har vært forbundet med enten bare tretthet, svakhet og/eller diaré eller ingen symptomer. Ved overdoser på <140 mg eller ukjent dose har pasientene hatt symptomer fra sentralnervesystemet (forvirring, søvnighet, sømnløshet, svimmelhet, agitasjon, aggresjon, hallusinasjoner og unormal gange), og/eller mage-tarm-besvær (oppkast og diaré). Den høyeste rapporterte overdosen, 2000 mg, ga symptomer fra sentralnervesystemet (koma i 10 dager, og senere dobbeltsyn og agitasjon). Pasienten ble behandlet symptomatisk og med plasmafereose, og kom seg uten varige mén. En pasient som hadde fått 400 mg memantin oralt fikk symptomer fra sentralnervesystemet som rastløshet, psykose, synshallusinasjoner, krampependens, sømnløshet, stupor og bevisstløshet. Pasienten ble restituert. **Behandling:** Symptomatisk. **EGENSKAPER:** **Klassifisering:** Memantin er en spenningsavhengig, ikke-kompetitiv NMDA-reseptorantagonist med moderat affinitet. **Virkningsmekanisme:** Ved neurodegenerativ demens er det i økende grad bevis for at svikt i glutamaterge neurotransmittere, særlig ved aktivering av NMDA-reseptorer, medvirker til både symptom- og sykdomsforverrelse. Memantin modulerer virkningen av patologisk økte spenningsnivåer av glutamat som kan føre til neuronal dysfunksjon. **Absorpsjon:** Absolutt biotilgjengelighet ca. 100%. T_{max} oppnås etter 3-8 timer. «Steady state»-plasmakonsentrasjoner fra 70-150 ng/ml (0,5-1 µmol) med store interindividuelle variasjoner. **Proteinbinding:** Ca. 45%. **Fordeling:** Distribusjonsvolum ca. 10 liter/kg. **Halveringstid:** Memantin elimineres monoeksponensielt med terminal t_{1/2} på 60-100 timer. Total clearance (Cl_{tot}) 170 ml/minutt/1,73 m². Renal eliminasjonsrate av memantin ved alkalisk urin kan bli redusert med en faktor på 7-9. **Metabolisme:** Ca. 80% gjenfinnes som modersubstansen. Hovedmetabolittene er inaktive. **Utskillelse:** Gjennomsnittlig 84% utskilles innen 20 dager, og mer enn 99% utskilles renalt. **OPPBEVARING OG HOLDBARHET:** Dråper: Åpnet flaske bør brukes innen 3 måneder. **PAKNINGER OG PRISER:** Dråper: 50 g kr 783,40. Tabletter: Enpac: Startpakn: 7 tabl. 5 mg + 7 tabl. 10 mg + 7 tabl. 15 mg + 7 tabl. 20 mg kr 939,90. 10 mg: 30 stk. kr 519,50. 50 stk. kr 778,90. 100 stk. kr 1523,50. 20 mg: 28 stk. kr 939,90. 98 stk. kr 2954,20.

Sist endret: 28.07.2008

H. Lundbeck A/S
Strandveien 15
Postboks 361
1326 Lysaker
Tel.: 91 300 800
Fax: 67 53 77 07
www.lundbeck.no



www.ebixa.com

Litt sjokolade bra for hjertet?

6,7 g mørk sjokolade daglig beskytter mot betennelser med mulig påfølgende hjerte- og karsykdom. Det antyder en italiensk studie. Hypotesen var at antioksidanter i kakaobønnene reduserer betennelsesreaksjoner i kroppen. Det er kjent at betennelser kan være en tidlig indikator for blant annet hjertesykdommer. I studien inngikk 4 849 personer og de ble undersøkt for crp-nivå, som er en infeksjonsindikator. De som regelmessig spiste moderate mengder mørk sjokolade, hadde lavere crp-nivåer. Det understrekes at moderat inntak har betydning. Større inntak ser ut til å få effekten til å forsvinne.

Kilde: Forskning.no



Foto: Colourbox

Ut med BCG

BCG-vaksinen skal ikke lenger være en del av barnevaksinasjonsprogrammet. Det kommer frem i regjeringens forslag til statsbudsjett. Det er Nasjonalt folkehelseinstitutt som har anbefalt å erstatte allmenn vaksiner med målrettet vaksiner av særlig smitteutsatte. Vaksinen går ut av barnevaksinasjonsprogrammet fra skoleåret 2009-2010.

Kilde: Folkehelseinstituttet

Dyr placebo mer effektiv enn billig

Fra før er det kjent at placebo (narrepiller) har en viss effekt. Ved Duke University i Carolina, USA, har de funnet ut at prisen også spiller en rolle. Deltakerne i studien ble fortalt at de skulle få et nytt smertestillende middel. Alle fikk elektrisk sjokk og placebo beskrevet som enten et dyrt eller et billig amerikansk middel, eller et dyrt eller billig kinesisk middel. Deltakerne pekte ut det dyre amerikanske middelet som mest effektivt.

Kilde: JAMA (Journal of the American Medical Association)

Morfin gir mer smerter

I mange sammenhenger brukes det for lite smertestillende midler i Norge, og kortvarig morfinbruk er forbundet med få problemer. Men langvarig morfinbruk over flere måneder kan føre til mer smerter. Det har smerteforskerne professor Arne Tjølsen og stipendiat Frøydis Haugan ved Universitetet i Bergen funnet ut. Rotteforsøk viser imidlertid at denne uheldige effekten kan hemmes ved å kombinere morfin med to andre preparater; ketamin og memantin.

Kilde: Forskning.no

Feitere i nord

Ungdom i nord har nesten dobbelt så stor risiko for å være overvektige som ungdom i Oslo. Det viser tall fra ungdomsundersøkelser, der nesten 16 000 ungdomsskoleelever fra seks fylker har deltatt. I Oslo er 9 prosent overvektige og 1,4 prosent har fedme. For Hedmark og Oppland er tilsvarende tall 12-13 prosent og 2-3 prosent. For de tre nordligste fylkene er det 16 prosent og 4 prosent. Tallene viser også at de som spiser frokost og matpakke har mindre risiko for overvekt enn de som hopper over disse måltidene.

Kilde: Folkehelseinstituttet

Gjesteskribent Martine Aurdal

Yrke: Journalist og forfatter
E-post: martineaurdal@gmail.com



En plagsom forklaring

Jeg har sjelden blitt så skuffa. Der og da gikk Norsk Sykepleierforbund for meg fra å være en av de viktigste kamporganisasjonene for likestilling og likelønn, til å bli en del av problemet.

Vi var på Litteraturhuset i Oslo. Jeg ledet Unios likestillingskonferanse, med stort engasjement like etter at Likelønnskommissjonen hadde lagt fram sine forslag. Det var tid for debatt, med ledere fra de ulike medlemsforbundene i paraplyorganisasjonen. Jeg syntes alle sa utrolig mye bra, og debatten utviklet seg til et strategimøte for likelønn. Likestilling syntes innen rekkevidde. Men så kom altså lederen fra Sykepleierforbundet og demonstrerte hvorfor det ikke blir likestilling.

Det blir ikke likestilling uten likelønn. Så lenge kvinner tjener mye dårligere enn menn, vil gutta jobbe mer, ha mer makt i samfunnet og mindre tid i hjemmet enn damene. I Norge har lite skjedd på 25 år, lønnsforskjellen mellom kvinner og menn er like stor i dag som den var da. Det er mange forklaringer på det. En viktig grunn, la oss kalle den forklaring nummer én, er at kvinner og menn jobber i ulike bransjer. Sykepleiere tjener dårligere enn ingeniører, og det er flest kvinner som er sykepleiere og flest menn som er ingeniører. Det forklarer noe av lønnsforskjellen.

Forklaring nummer to er at kvinner og menn ikke har samme stillingsfunksjon: Menn er oftere ledere og har et annet ansvar i jobben. Blant lærere og sykepleiere er det flest kvinner, men blant rektorene og oversykepleierne er menn overrepresentert. De mannlige sykepleierne har rett og slett statistisk sett bedre lønn og karrieremuligheter enn sine kvinnelige kolleger.

Når det gjelder forklaring nummer én, kan vi som er opptatt av likelønn, regne med drahjelp fra sykepleierne og lærerne. De har stått på barrikadene for høyere lønn til kvinnedominerte yrker, og med tillitsvalgte som Bente Slaatten og Helga Hjetland vært med på å sette likestilling på dagsorden i bredt perspektiv. Jeg har ei mor som er lærer, så jeg vet hva jeg snakker om. Da jeg var liten, betydde streik i skolen ikke bare fri med venner, men demonstrasjonstog, taktfaste rop og sanger. Etter at jeg begynte som journa-

Kvinnelige sykepleiere vil ikke bli oversykepleiere, fortalte hun.

list, har Unios tillitsvalgte vært flittige kilder og gode leverandører av fakta på likelønn. Leder Anders Folkestad er både informert og tydelig på kravene. Men på forklaring nummer to, kan han altså ikke regne med støtte fra Sykepleierforbundet.

Jeg reiste problemstillingen rundt de mannlige oversykepleierne. Annie Sandersen Skotaam fra Politiets Fellesforbund hadde nettopp fortalt om gammeldagse holdninger mot kvinnelige politi-

folk, og jeg henvendte meg til Lisbeth Normann med en kommentar om at slik var det jo ikke hos sykepleierne. De kvinnelige sykepleierne uttrykker jo gjerne glede over mannlige kolleger, i den grad at de verdsettes høyere enn de kvinnelige. Så stor pris setter de på dem, at mennene tjener mer og oftere blir oversykepleiere. Det måtte da være et problem, mente jeg.

Det syntes ikke Lisbeth Normann. Kvinnelige sykepleiere vil ikke bli oversykepleiere, fortalte hun. Normann fortalte om de kvinnelige sykepleiernes yrkesstolthet, at de finner glede i faglig utvikling og at de blir sykepleiere fordi de vil gjøre sitt ytterste for å hjelpe pasientene. Fordi de velger jobben av disse grunnene, er det visst ikke så rart at de vegrer seg for å bli oversykepleiere eller andre former for ledere. Jeg vet at mange føler det sånn. Å være sykepleier er for mange en reell opplevelse av å ha ansvar for andres liv og død. Jeg vet ikke hvordan jeg selv hadde taklet det, og jeg skjønner jo at personalansvar og papirarbeid ikke er attraktivt for alle.

Som debattleder lot jeg Normann slippe etter et par oppfølgingspørsmål. Men det har plaget meg siden. Ikke fordi ikke folk skal få velge som de vil. Fordi det er noe som skurrer i forklaringen. Jeg forstår at kvinner velger å bli sykepleiere fordi de vil hjelpe pasientene og finner glede i det. Men hvorfor velger mannlige sykepleiere å bli sykepleiere da?

SYKEPLEIENS ØVRIGE GJESTESKRIBENTER I 2008:



Jon Hustad
Journalist i Dag og Tid



Anders Folkestad
Leder i Unio



Trude Aarnes
Jordmor og privatpraktiserende sexolog.



Gøhril Gabrielsen
Sykepleier.
Forfatter av boka «Unevnelige hendelser».

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

JOBB

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

SykepleienForskning

Redaktør
Anners Lerdal
 tlf. 22 04 33 63
anners.lerdal@hibu.no

NETT

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 58
hilde.rebaard.evensen@sykepleien.no

Grafisk formgiver
Sissel Vetter
 tlf. 22 04 33 61
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



Flott seier!

– Hyggelig med seieren i trykkammer-saken. Dette bringer Norge framover!

Det er Bjørn Sagvolden som ringer til Sykepleien etter å ha lest saken i 13/2008 om Bergens-sykepleierne som fikk 5,5 millioner kroner i erstatning fordi de ble dykkersyke på jobben.

Sagvolden er tidligere marine-dykker og ble skadet da han besvimte under dykking i 1983. I 2005 fikk han godkjent dette som yrkesskade, men i november blir det rettsak i Oslo tingrett om erstatning.

– Fint at arbeidsgiver ivaretar restarbeidsevnen og tilpasser arbeidet for de skadde, sier han om Haukeland universitetssykehus.

At arbeidsgiver forsikret sykepleierne for risikodykking, synes han er svært interessant.

– Dette må være første gang at staten erkjenner ansvar for risikodykking i avtaleverket, sånn jeg ser det. Det er svært positivt og i tråd med det Nordsjødykkerne mener, sier Sagvolden på telefonen.

Redaksjonen

Av med smykkene!

Leser sykepleien 10/08, dere har dokumentert et helt døgn i helsevesenet. For første gang på lenge koser jeg meg med bladet! Så legger jeg merke til sykepleierene på avd. B4 med. overvåkning, og sykeleieren på barneavdelingen. Begge går med klokke på armen og ring på fingeren. Av med det! Hørt om søsterur??

Vennlig hilsen medlem nr 1016633



Vant 500 kroner

Disse vant gavekort på 500 kroner etter konkurransen på sykepleierkongressen i Trondheim i september:

- Ragnhild Astrid Mathisen Voldhuset, 1476 Rasta
- Jorunn Fjetland Lyster, 1929 Auli
- Liv Rognerud Eriksson, 1358 Jar
- Heidi Langholm, 0588 Oslo
- Klara Iren Helsø, 7224 Melhus

Sykepleien 16/08

Somatikk vs psykiatri

Pasienter under psykisk helsevern har også en kropp – som kan bli syk. Det høres selvsagt ut, men er det det?

Åpent brev til Lisbeth Normann

” Jeg vært et trofast medlem i NSF siden 1979. Jeg har betalt min kontingent, gått under fanen i 1. mai-toget, vært aktiv som tillitsvalgt.

I løpet av medlemstiden min, har jeg hatt behov for bistand fra min fagforening to ganger. Første gang var i 1989. Da var det ikke hjelp å få, jeg fikk knapt et svar på min forespørsel. Andre gang var i august i år.

På NSFs hjemmeside står det: «Hos NSF får du juridisk bistand i individuelle og kollektive saker. Det er godt å vite, om det skulle oppstå problemer i arbeidsforholdet, eller andre situasjoner.» I statusrapporten 2007, står det også at NSF ivaretar medlemmenes interesser og rettigheter. Flott, tenkte jeg. Jeg prøver igjen. Jeg hadde behov for bistand og kontaktet medlemstjenesten i august. Her var det lite hjelp å få, men jeg fikk navn på noen ved hovedkontoret som kanskje kunne

hjelpe. Flott igjen. Jeg ringte, men ingen kunne svare, fordi alle var på ferie. Jeg tok kontakt igjen etter ferien, både på mail og på telefon. Den første mailen ble sendt 20. august. Jeg ble lovet bistand, men vedkommende på hovedkontoret sier hun hadde hatt det for travelt, det hadde vært for mange møter, hun hadde glemt. Etter stadige forsøk på å få et svar, gir jeg nå opp. Nå har jeg ikke behov for denne bistanden lenger, fristen har gått ut.

Dersom jeg tar dagens medlemskontingent og ganger med 30, så har jeg betalt cirka 130 000 kroner til NSF. Summen blir naturligvis mindre enn dette, men et betydelig beløp, likevel.

Og da lurer jeg på; hvorfor jeg skal fortsette å betale medlemskontingenten? Lojalitet overfor yrket og standen, hvorfor det? Jeg kan ikke se at NSF har behandlet meg lojalt i disse sakene. Lønn, tariff, gunstige forsikringer? En ansatt ved NSFs hovedkontor har cirka



50 000 mer i lønn enn meg, en nyansatt flyvertinne i Norwegian har høyere lønn og bedre arbeidsforhold enn meg, til tross for at jeg har cirka 30 års trofast tjeneste bak meg, både på «gølv», som spesialutdannet og som leder.

Vennlig hilsen Anniken Gamlund



Quiz Er du en kompetent sykepleier ?

Ta vår aktuelle og nådeløse kunnskapsquiz.



1 Hva er et pedometer?

- A: Apparat for å måle ankelpuls
- B: Instrument for å måle grad av pedofili
- C: Skritteller

2 Hva står BCG for i BCG-vaksinen?

- A: Basil Carrington's Gift
- B: Basill Contraception Guaranty
- C: Bacille Calmette Guérin

3 Et annet ord for daktyl?

- A: Albueledd
- B: Finger eller tå
- C: Dansefot

4 Hva er skrofulose?

- A: Et slags eksem
- B: Betennelse i skrotum
- C: Lymfeknutetuberkulose på halsen

5 Hva er NPR?

- A: Norsk pasientregister
- B: Norsk parasittregister
- C: Nasjonal pleieratio

6 Et mer medisinsk navn på drypert?

- A: Syfilis
- B: Herpes
- C: Gonorré

7 Hvem er Judith Wrubel?

- A: Tysk sykepleierleder
- B: Amerikansk sykepleieteoretiker
- C: Svensk sykepleiereformator

8 Hva står forkortelsen RS-virus for?

- A: Respiratorisk syncytialt virus
- B: Respiratorisk synergisk virus
- C: Respiratorisk syntetisk virus

9 Hvor tilbys master i kunnskapsbasert praksis?

- A: Høgskolen i Oslo
- B: Høgskolen i Molde
- C: Høgskolen i Bergen

10 Hva er anamnese?

- A: Sykehistorie
- B: Sykehusjournal
- C: Dokumentasjon

😊 **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.)



PARASITTER: Har disse et eget norsk register?

Foto: Colourbox.

C Daivobet® LEO

Middel mot psoriasis. ATC-nr.: D05A X52
T SALVE: 1 g inneh.: Calcipotriol 50 µg, betametasonpropionat 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 innholdsstoffene. Pga. innholdet av kortikosteroid 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 hudvever, iktyose, akne rosacea, hudsår-/skader, perianal og genital kløe. Ved guttatt, 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 hudfolder bør unngås, da det øker det systemiske opptak av kortikosteroider. Huden i ansiktet og genitalia er svært følsom for kortikosteroider. Langtidsbehandling av disse kortikosteroider 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 psoriasismidler 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 fordelten 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 angioødem og ansiktsoedem. Systemiske effekter ved lokalbehandling kan i meget sjeldne tilfeller forårsake hyperkalsemi eller hyperkalsemi. 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, hudfolder), 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

Refusjon: Refusjonsberettiget bruk: Initial behandling av stabil psoriasis vulgaris egnet for lokal terapi. **Refusjonskode:** ICPC: S91 Psoriasis (25), ICD: L40 Psoriasis (25). Vilkår 25: Før et eksem anses å være langvarig i denne sammenheng, må den samlede varighet ha overskredet tre måneder.

Sist endret: 07.10.2008

Svar: 1C Skritteller, 2C Bacille Calmette Guérin, 3B Finger eller tå, 4C Lymfeknutetuberkulose på halsen, 5A Norsk pasientregister, 6C Gonorré, 7B Amerikansk sykepleieteoretiker, 8A Respiratorisk syncytialt virus, 9C Høgskolen i Bergen, 10A Sykehistorie



HELSEUNDERSØKELSE av ansatte ved tekstilfabrikken Janusfabrikken utenfor Bergen på 1950-tallet.

«Kjøttkontrollene» lever fortsatt

Allerede i 1917 ansatte Freia Chocolate Fabrik i Oslo professor Carl Schiøtz som fabrikklege. Hovedoppgavene hans var helsekontroll av de ansatte og forebyggende tiltak i arbeidsmiljøet.

Utover på 1930-tallet ble det ansatt stadig flere leger i forskjellige bedrifter. Tuberkulosen herjet, og begrunnelsen for å gjennomføre årlige helsekontroller var faren for smittsomme sykdommer. Bedriftslegene fikk ikke drive kurativ virksomhet, fordi de da ville stjele pasienter fra allmennpraktikerne. Ifølge en avtale mellom Den norske lægeforening og LO/NAF fra 1946, ble det forbudt

for bedriftsleger å drive denne type virksomhet.

1943 markerer starten på bedriftslegeordningen i Norge. Det ble da nedsatt et bedriftslegeutvalg som utarbeidet retningslinjer for en slik ordning. Ved utgangen av 1943 hadde 40 bedrifter med rundt 10 000 arbeidstakere etablert bedriftslegeordning.

Stadig flere begynte etter hvert å stille spørsmål ved ordningen. Kritikerne oppfattet de årlige helsekontrollene som unødvendig «kjøttkontroll». De så ikke verdien i å sjekke de ansatte etter et tilfeldig, gitt skjema, uten å ta hensyn til hva de ansatte drev med.

Kritikken ble stadig mer høylytt de neste tiårene, og i Arbeidstilsynets retningslinjer fra 1980 ble det slått fast at helsekontrollene skulle være målrettede og selektive. De skulle altså rette seg mot organer som var reelt utsatt for risiko, og de skulle bare omfatte de ansatte som var utsatt for denne risikoen.

Selv om det ikke finnes faglige argumenter for «kjøttkontroller», er det fortsatt mange som etter spør denne type kontroller. Overlege Håkon Lasse Leira ved St. Olavs Hospital i Trondheim mener dette skyldes at helsekontroller formidler en følelse av trygghet,

riktignok falsk, men trygghet i alle fall.

– I tillegg har vi det siste tiåret fått et medisinsk marked hvor all etterspørsel blir tilfredsstillt dersom betalinga er god nok. Om en bedriftslege på faglig grunnlag avslår å gjennomføre en ønsket prøve, står det alltid en annen lege klar til å utføre den. Og dersom denne legen i tillegg slenger på et røntgenbilde og en gynekologisk undersøkelse, er suksessen sikret. Derfor lever kjøttkontrollene, skriver Leira i «La oss huske hverandre som vi er!».



– Nå krever nordiske sykepleiere handlingsplan for likelønn!

Denne uttalelsen ble vedtatt av Sykepleiernes samarbeid i Norden på styremøte på Færøyene den 24. September.

De nordiske sykepleierforbundene krever at myndighetene i våre land tar sitt ansvar både som arbeidsgivere, som bestillere av tjenester og som bevilger av de økonomiske rammer helsesektoren skal drives innenfor. Vi krever forpliktende nasjonale handlingsplaner for likelønn!

Nordiske sykepleiere har fått nok av den systematiske nedvurderingen av sykepleiernes kompetanse og arbeidsinnsats. Under årets tariffoppgjør gikk sykepleiere til streik både i Danmark, Sverige

og Norge. Islandske sykepleiere truet alle med overtidsnekt. I Finland sa 12 000 sykepleiere kollektivt opp sine arbeidsplasser. Alle nordiske land melder om akutte rekrutteringsproblemer og et massivt lønnssetterslep i forhold til andre faggrupper med samme utdanningslengde. Dette må rettes opp nå!

Manglende verdsetting

Dokumentasjonen på manglende likelønn er overveldende i alle de nordiske landene: utdanning, kom-

petanse og ansvar verdsettes ulikt for kvinner og menn. Denne verdsettingsdiskrimineringen av store kvinnedominerte utdanningsgrupper i offentlig sektor er en skam for land som liker å framstille seg som forbilder på likestilling!

Helsesektorens behov for arbeidskraft er også dokumentert. Men det er en overveldende manglende vilje til å ta i bruk lønn som virkemiddel for å rekruttere og beholde kompetent arbeidskraft. Verken politikere eller befolkningen for øvrig kan forvente at

dagens unge gutter og jenter vil velge et yrke der de ikke verdsettes.

Det er på tide at politikerne våkner opp til de barske realiteter. Sykepleiernes lønnssetterslep er så massivt at hvis det ikke blir rettet opp nå, står vi overfor ikke bare et nasjonalt, men et nordisk problem av historiske dimensjoner.

KS kaster seg inn i likelønnskampen

Tre milliarder er ikke nok til å jevne ut lønnsgapet mellom kvinner og menn i offentlig sektor.

I et fellesbrev ber KS og UNIO statsministeren følge opp Like lønnskommissjonens forslag om å muliggjøre et lønnsloft for de kvinnedominerte utdanningsgruppene i kommunal sektor. Dermed har likelønnskampen fått en viktig alliert gjennom KS, som er kommunenes og fylkeskommunenes arbeidstakerorganisasjon.

I brevet krever KS og Unio mer enn tre milliarder kroner i lønnsloft for å skape likelønn i offentlig sek-

tor. Til ANB/dagsavisen sier lederen for KS, Halvdan Skard, at han støtter det omstridte forslaget om en likelønnsrett på tre milliarder kroner, men at summen er for liten.

– Vi ser dette som ett virkemiddel til å oppnå bedre reell likelønn for likt arbeid i samme virksomhet, sier Halvdan Skard.

Ikke tilstrekkelig

– Og du mener at tre milliarder kroner er for lite?

– Ja. Tre milliarder vil ikke være tilstrekkelig for å utjevne lønnsforskjellene mellom kvinner og menn, men det vil være et viktig bidrag, sier Skard.

Brevet, som er signert av Skard og UNIO-leder Anders Folkestad, viser til likelønnskommissjonen, som nettopp foreslår en like lønnsrett som ett av tiltakene. Hovedkonklusjonen her er at lønnsgapet mellom kvinner og menn følger det kjønnsdelte

arbeidsmarkedet: «Dette er særlig synlig for kvinnedominerte utdanningsgrupper i offentlig sektor i forhold til mannsdominerte yrkesgrupper i privat sektor med tilsvarende utdanning. Men også innenfor de ulike tariffområdene i offentlig sektor har vi likelønnsutfordringer», skriver Skard og Folkestad i brevet til statsminister Jens Stoltenberg.



FÅTT NOK: Nordiske sykepleiere er lei av at deres kompetanse og arbeidsinnsats systematisk blir nedvurdert.

Foto: ScandinavianStockPhoto

Superstudium for tillitsvalgte

Det tilrettelagte studiet for tillitsvalgte i NSF ved Universitetet i Bergen (UiB) skal videreføres.

Det skal tas opp en ny gruppe på 25 studenter som starter opp i januar 2009. Studiet består av to moduler som til sammen gir 30 studiepoeng.

Den første er basert på den organisasjonsinterne opp-

læringen tillitsvalgte i NSF allerede har gjennomgått. Undervisningen gis på første samling og avsluttes med en oppgave. Den andre delen går over fire samlinger på tre dager.

Denne tar blant annet for seg endringsprosesser i helsevesenet med aktuelle utfordringer, og rammene

– Alle som har gått der har vært så fornøyde.

Seniorrådgiver Grethe Johansen

i det norske forhandlingssystemet, historisk og nåtid. I tillegg vil utfordringene i arbeidslivet fremover stå sentralt. Modulene vil kunne inngå i gradssystemet ved UiB.

– Alle som har gått der har vært så fornøyde, forteller seniorrådgiver Grethe Johansen som er NSF's kontaktperson for studiet.

Interessert? Ta kontakt med henne på 22043302 eller grete.johansen@sykepleierforbundet.no for informasjon om finansiering og søknadsveiledning. Søknadsfristen er 23.oktober 2008.

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.

Unni Hembre til Europa

Nestleder i NSF, Unni Hembre, ble på møte i European Association of Nurses (EFN) valgt til styremedlem for organisasjonen. Og det i en tid hvor organisasjonen beveger seg fra å være en ren interesseorganisasjon til å bli mer samfunnsrettet.

Forbundsleder Lisbeth Normann

Stilling: Forbundsleder i NSF

E-post: lisbeth.normann@sykepleierforbundet.no



Likelønn betyr ikke at alle skal tjene likt

Kvinner og menn med like lang utdanning må tjene det samme.

LO er den største fisken i fagbevegelsen, og vi ventet spent på hvordan de mente man skulle bekjempe ulikelønn. Da de la frem sitt høringsvar til Likelønnskommisjonen ble vi dessverre skuffet. Der kommisjonen gikk



ULIKT: I dag er det mer lønnsomt for menn å ta høyere utdanning enn det er for kvinner. Foto: Colourbox

til kjernen av hovedutfordringene, viker LO tilbake til gamle løsninger som har vist seg ikke å virke.

I gjennomsnitt tjener kvinner snaue 85 prosent av menns lønn per time. Likelønnsproblemet er imidlertid enda større innen grupper med høyere utdanning. Kvinner med inntil fire års høyere utdanning tjener bare 80 prosent av en manns lønn. En gjennomsnittlig sykepleier tjener med andre ord rundt 6000 mindre i måneden enn hva hun eller han burde ha gjort.

Årsaken til dette er at menn med høyere utdanning i større grad arbeider innenfor privat sektor og i tekniske yrker, mens kvinner med høyere utdanning arbeider i offentlig sektor, særlig innenfor undervisning og helse. I dag får disse kvinnegruppene liten uttelling for utdanningen de har tatt.

Fordi avstanden mellom kvinner og menns lønn er størst i utdanningsgruppene, og høyt utdannede kvinner får liten uttelling for utdanningen sin i offentlig sektor, valgte likelønnskommisjonen å fremheve denne gruppen som målgruppe for et likelønnsloft på 3 milliarder kroner. Disse milliardene vil ikke alene lukke lønns-gapet. Statistisk sentralbyrå har regnet ut at kun 1/7 av gapet vil bli tettet gjennom dette tiltaket. Det må derfor kun ses på som et lite steg i riktig retning, og det er også derfor UNIO har foreslått en lønnsloftsplan som går over ti år og hvor målet nettopp er til slutt å utligne disse 6000 kronene.

Et sentralt problem med LOs høringsvar er det ikke erkjenner at ulikelønnen er størst for kvinner med høyere utdanning. LOs strategi for likelønn har vært å se likelønnskamp som en lavtlønnskamp. Dette har vært effektivt for store grupper uten høyere utdanning. Men ingen av tiltakene LO foreslår er rettet direkte

inn mot de kvinnedominerte gruppene med inntil fire års høyere utdanning.

Det er ikke lenger slik at kvinner ikke tar utdanning. I dag er det like mange kvinner som menn med høyere utdanning i arbeidslivet, og det er der lønns-gapet er størst. Menn tjener mer på å ta høyere utdanning enn kvinner. Dette er ganske ironisk. Mange tenker sikkert at utdanning vil bidra til å løse likelønnsproblemet, men slik er det altså ikke. Lønnsforskjellene vokser med utdanningsnivå. Forskere er enige om at det er dette som er den viktigste likelønnsutfordringen i dag. Det slo også Likelønnskommisjonen fast i sin utredning.

Hvilket signal sender vi til unge jenter, når lønnsforskjellene vokser med utdanningsnivå? Sier vi til dem at det ikke lønner seg å ta utdanning? Et likelønnsloft vil gi unge jenter et positivt signal. Det vil bli mer lønnsomt for kvinner å ta høyere utdanning enn det er i dag. Gevinsten vil også være at flere vil finne det attraktivt å gå inn i de viktige velferdsyrkene.

Vi må passe på ikke å gjøre likelønnsdebatten til en «kvinne er kvinne verst»-debatt. Vi må ikke sette kvinnegrupper opp mot hverandre. For likelønn handler jo ikke om å sammenligne ulike kvinnegrupper. Likelønn handler derimot om å sammenligne kvinnelønn og mannlønn. Da må vi sammenligne kvinner og menn som har like lang utdanning. Likelønn betyr ikke at alle skal tjene likt.

Fem fordeler med Loette

- ✓ **DOSE** Ingen kombinasjons p-pille med lavere østrogeninnhold¹
- ✓ **VEKT** Gir ingen vektøkning³
- ✓ **HUD** 35% reduksjon av akne-lesjoner¹
- ✓ **ENKELHET** 28 piller i hvert brett, ikke noe opphold⁴
- ✓ **ERFARING** →





Propyless er en ny fuktighetsbevarende hudlotion fra Schering-Plough.

Propyless er i korte trekk Essex lotion tilsatt 20% propylenglykol. Det høye innholdet av propylenglykol gir Propyless spesielt gode egenskaper.

Propyless kan brukes av både barn og voksne med tørr og ømfintlig hud.



Hvorfor velge Propyless:

- Propyless inneholder ikke parfyme, fargestoffer eller parabener.
- Propyless er en hudlotion med 9% fett som tas raskt opp i huden.
- Propyless har gode fuktighetsbevarende egenskaper:
 - Propylenglykol danner en "film" på huden som gjør at vannfordampningen reduseres.
 - Gjennom en osmotisk mekanisme trekker propylenglykol opp vann til hornlaget (epidermis) fra underhuden (dermis).
- Propyless har gode keratolytiske egenskaper. Dvs. at pasienter med utpregede skorpedannelser på huden (f.eks. ved psoriasis og ichtyose) vil ha stor glede av denne da skorpen vil løsne lettere.

Propyless kan kjøpes på Vitus apotek, Ditt apotek og sykehusapotekene.