

Etter elektrosjokkene:

## Jeg husker verken bryllupet eller fødselen



«Hanne» fikk elektrosjokkbehandling på grunn av det legene trodde var fødselsdepresjon. Bruken av elektrosjokk øker, særlig på kvinner. Også gravide får slik behandling.

Side 20-27

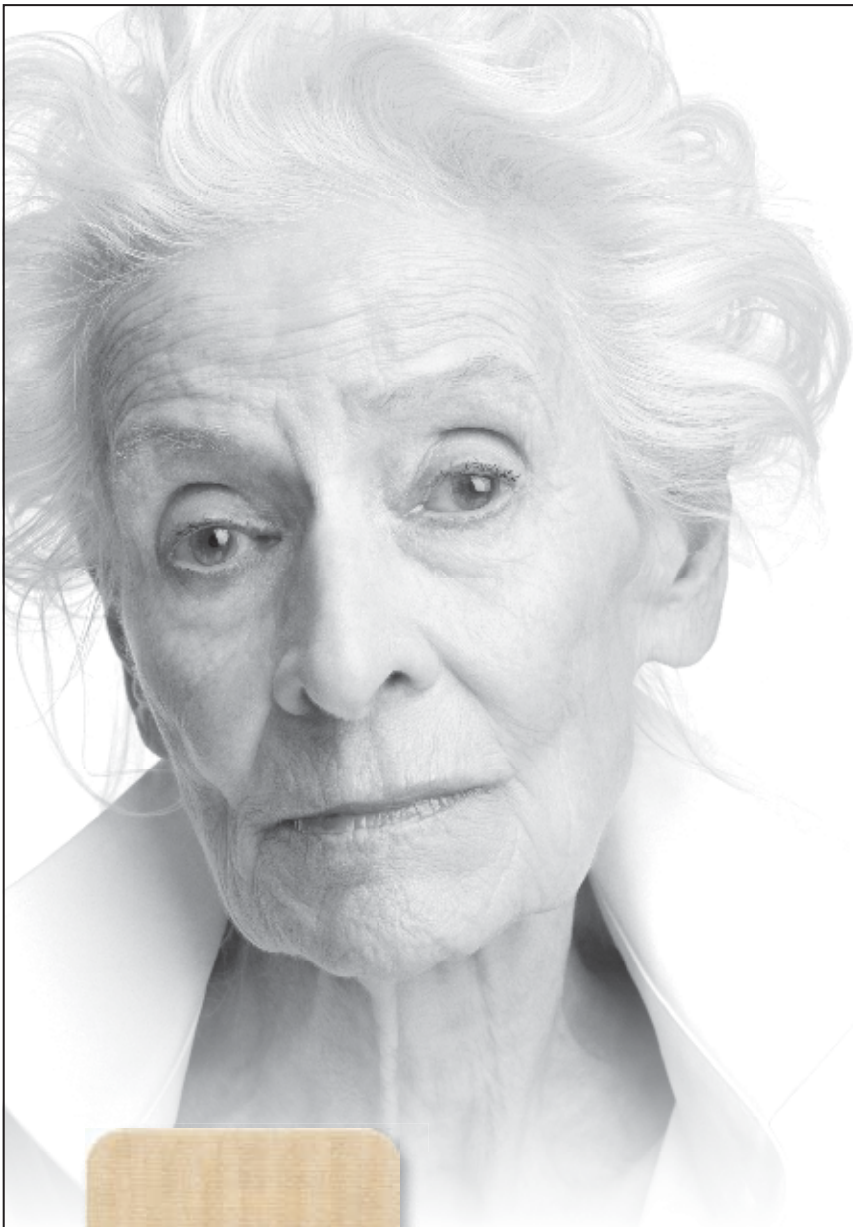
**Moderne sykestuer i Nordland** Side 28

**Tett på Rita Nilsen** Side 32

**Smartprisen 2008: Stem nå!** Side 56

**Husk handvask** Side 84





1-2 tabletter  
hver sjette time ...



... det blir inntil  
56 tabletter i uken!



## ETT NORSPAN® PLASTER GIR 7 DØGNS SMERTELINDRING

Når ikke-opioide analgetika som f.eks. paracetamol eller NSAIDs ikke gir tilstrekkelig effekt

- 7-døgns smertepaster: Skiftes kun én gang i uken
- 3 lave styrker: 5,10,20 µg/t
- Til artrose, osteoporose-smerter eller andre langvarige opioidfølsomme sterke smerter
- Enkel behandling: Start alltid med Norspan 5 µg/t

**Norspan®**  
Buprenorfin  
7-døgns smertepaster

Norspan® er et sterkt opioid mot sterke smerter.

Se preparatomtale side 99



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

# Sykehuset Asker og Bærum HF tar basis IKT kompetanse på alvor. 1200 ansatte blir eBorgere.

Sykehuset Asker og Bærum HF er et digitalt sykehus hvor samtlige ansatte må bruke data.

## Allikevel fikk de tilbakemeldinger som:

«Jeg trives med å være sykepleier og tror til og med at jeg er en god sykepleier, men nå må man kunne skrive på data for å gjøre jobben og det klarer jeg ikke. Jeg har tenkt at jeg må slutte.»

«Jeg sjekker alltid vaktlisten og ser om det er noen som er gode på data når jeg skal på jobb. Dersom det ikke er det bytter jeg vekten. Det tar mye tid å planlegge slik, vet ikke hvor lenge jeg orker å ha det sånn.»

## Basiskompetansen manglet

Med innføring av elektronisk pasientjournal DIPS ble det tydelig at mange ikke hadde den grunnleggende basiskompetansen på data. Og uten den ble det vanskelig å lykkes med å digitalisere informasjonen som tidligere bare ble ført for hånd.

«Det sliter på folk når de ikke behersker de oppgavene de er satt til å gjøre. Når du skal lære deg noe nytt må du begynne med det grunnleggende først. Med DIPS startet man alt for langt oppe i trappen», sier Bente C. Strøm, HR-direktør i foretaket. «Det var innlysende at vi måtte ta tak i og heve basiskompetansen på IKT før vi fortsatte med opplæring på mer kompliserte systemer.»

## Sykehuset valgte eBorger

For å få med seg alle valgte sykehuset Asker og Bærum HF å gjennomføre kartlegging, opplæring og testing på eBorgernivå, først som et pilotprosjekt på 200 personer, deretter ble dette utvidet med 1000 ansatte til.

eBorger er et konsept utviklet av Datakortet a.s som gjennom fortest, opplæring og eBorgertest sikrer at den enkelte har et minimum av de ferdigheter som er nødvendig i vårt moderne informasjonssamfunn.

Innholdet i eBorger er svært grunnleggende og består av innføring i datamaskinens basisverktøy, enkel tekstbehandling, e-post og Internett.

## Viktig at prosjektet var konkret, målrettet og tidsavgrenset med tester

Sykehuset Asker og Bærum HF bestemte at de ansatte skulle bli eBorgere uten kostnader for den enkelte.

Men det ble stilt krav til at den enkelte måtte bidra med egeninnsats og gjennomføre to tester. Lederne forpliktet seg til å tilrettelegge for kompetansehevingen.

Alle gjennomførte en anonymisert eBorger fortest via Internett og resultatet fikk de direkte på skjermen. Det var på forhånd satt opp videre anbefalinger avhengig av resultatet på fortesten. De som fikk et høyt resultat på fortesten var allerede på eBorgernivå og kunne gå direkte til eBorgertesten. Ved å identifisere disse personene i tidlig fase reduserte sykehuset opplæringsomfanget og sparte dermed mye ressurser. De som fikk middels resultat ble anbefalt å gå igjennom pensum på egenhånd, bok eller CD før de tok eBorgertesten. De som hadde liten eller ingen erfaring med data og som dermed fikk lavt resultat på fortesten ble anbefalt å melde seg på et kurs i regi av sykehusets kursavdeling. Siste fase var at alle skulle gjennomføre eBorgertesten og sykehuset fikk dermed målt utviklingen og dokumentert resultatoppgjøret og kompetanseheving i prosjektet.

## eBorger resulterte i mer enn bare kompetanseheving

«Vi opplevde at folk ble tryggere og motivert for å lære mer. Testing og bekreftelse på kompetanse ga mange økt selvfølelse i forhold til bruk av IKT. At alle skulle delta virket både samlende og teambyggende, fordi ansatte med vidt forskjellig fagbakgrunn og arbeidsoppgaver fikk noe felles å snakke om», sier Bente C. Strøm. «Vi tror at eBorgerprosjektet har gitt de ansatte ved sykehuset en tiltrengt og god basiskompetanse å bygge videre på innen IKT.»

Vil du vite mer om eBorger eller prøve en demotest; se [www.eBorger.no](http://www.eBorger.no)

 eBorger

Et produkt fra



## Bjørn Arild om arbeidsmiljø

**Stilling:** Konstituert redaktør i Sykepleien

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

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

# La det ikke gå til ny omkamp

I den landsomfattende arbeidsmiljøturneringen «God Vakt!» blant helseforetakene gjelder det å score minst. Helst bør det ende målløst.

I 2005 ble det dømt seks baklengsmål mot daværende nystiftede Rikshospitalet-Radiumhospitalet HF under Arbeidstilsynets landsomfattende «God vakt!»-turnering. I andre runde av turneringen i høst har nåværende Rikshospitalet HF per i dag fått dømt fire baller i eget mål. To andre scoringer er til vurdering. Dommer Arbeidstilsyn vil imidlertid vente med avgjørelsen til sluttsignalet er gått i de andre helseforetakene i Helse Sør-Øst i slutten av desember!

Ikke bare gjelder det å score minst mulig i denne turneringen. Det kan også til tider være vanskelig å forstå dommeravgjørelsene. I 2005 stod det for eksempel i «lokalavisa» Arbeidstilsynet 2. distrikt: «Fusjonen mellom Rikshospitalet og Radiumhospitalet opptar mange og påvirker deres arbeidsmiljø på ulike måter. Når det gjelder omstilling både knyttet til fusjonen og til omstillinger generelt, fikk Arbeidstilsynet opplyst at *det ikke hadde vært vurdert helsekonsekvenser for arbeidstakerne i forkant* (vår uthevelse).»

Ikke bra spill i 2005, altså. Arbeidstilsynet gav også Rikshospitalet-Radiumhospitalet rødt kort for ikke å ha iverksatt rutiner som sikrer risikovurdering i forbindelse med omstilling. «Pålegget gjelder rutiner for omstillinger generelt, ikke for den pågående fusjonen spesielt», lød dommeravgjørelsen.

Så har vel Arbeidstilsynet og administrerende direktør Bente Mikkelsen i Helse Sør-Øst tatt hensyn til denne beslutningen da de i forrige måned bestemte at klubbene Ullevål, Aker og Rikshospitalet skal slås sammen til storklubben Oslo universitetssykehus HF?

Nei, ikke hvis vi skal tro «regionsavisa» [www.helse-sorost.no](http://www.helse-sorost.no): «Administrerende direktør legger til grunn at nødvendige virkemidler tas i bruk for å unngå ufrivillige oppsigelser av

ansatte, og at *det i den videre prosessen særlig rettes fokus mot arbeidsmiljøspørsmål arbeidsbelastning og muligheten for faglig utvikling.*»

I høringsnotatet i juni i år fra Helse Sør-Øst — i det som er blitt kalt hovedstadsprosessen — legges det opp til kortere liggetid og lengre «åpningstider» for planlagt behandling ved sykehusene. Glemte er tilbakemeldingene til Arbeidstilsynet om påleggene som ble gitt sommeren 2005: «Klinikkene har nedlagt et stort arbeid det siste året for å redusere gapet mellom oppgaver og ressurser, og mye er oppnådd ... Spørsmålet er om det er mulig med de produktivitetskrav og økonomiske ressurser som Rikshospitalet arbeider under å komme i mål ...».

Det er også liten forståelse å finne for de ansatte hos administrerende direktør. Hun tror på at øvelse gjør mester.

Arbeidstilsynet er mer bekymret for de ansattes arbeidshverdag. I alle fall litt. Tilsynsrapporten som ble lagt fram i forrige måned slår fast at «risikoen i forbindelse med ubalanse mellom oppgaver og ressurser vurderes som høy. Det har blitt opplyst at forholdet har forverret seg siden 2005 ... På bakgrunn av de beskrivelser som er gitt av avdelingssykepleiernes arbeidssituasjon, vurderer Arbeidstilsynet det slik at arbeidstakerne kan bli utsatt for helsebelastninger.»

Ja avdelingssykepleiere. Dette skulle da være klar tale?

Men nei. Det er mange «men» i denne arbeidsmiljøturneringen. «Men» som gjør reglene vanskelig å forstå. Det foreligger altså et klart brudd på arbeidsmiljøloven § 4-1. Greit, men ... «Arbeidstilsynet avventer imidlertid å komme med varsel om pålegg på området 'forholdet mellom oppgaver og ressurser' inntil

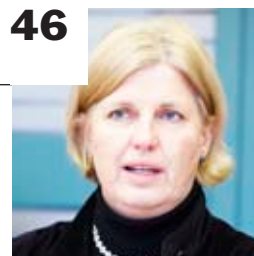


Foto: Stig Weston

tilsynene ved alle helseforetakene tilknyttet Helse Sør-Øst er gjennomført.»

La oss ikke vente til neste «God Vakt»-turnering. For i denne turneringen ønsker vi som nevnt ingen scoringer.

*Bjørn Arild Ostby*



Forsidefoto: Erik M. Sundt

**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 Diskutabel lov om hornhinner  
9 **Vi bare spør** Jorunn Olsen  
10 Folk  
13 – Nå er det kommunenes tur  
14 Klabb og babb med juleturnus  
16 Farlige hull  
18 Ny sykehus-struktur  
19 Ny dom gir håp for sykepleiere  
20 **Dokumentar:** Elektrosjokk  
• – Vi har ingen oversikt  
• Elektrosjokk til gravide  
28 Vil prøve ut minisykehus  
30 Hjemmesykepleien skal løftes  
32 Tett på Rita Nilsen  
36 **Hør her:** Hvem skal ta blodprøvene?  
38 Ingen tvinges til underlivsundersøkelse  
38 Fortsatt sprøyterom i 2009  
46 Generalsekretæren oppsagt  
48 Tolker på 16 språk  
49 – Ingeniører mer verdt enn sykepleiere  
50 **Bøker:**  
• Forfatterintervju: Svein Olav Daatland  
• Anmeldelser  
• Månedens bok  
• Omtaler  
• 9 spørsmål til Christer Mjåset  
56 **Tema:** Smartprisen 2008  
• Husk å stemme før nyttår!  
59 Smartpriskandidatene  
83 Likestilling på retrett  
92 Dilemma: Helsefarlig sykepleie  
94 Dilemmasvar  
95 **Refleks:** Turid Aarnes  
96 Siden sist  
97 Meninger  
99 Minneord  
100 Quiz  
101 Før  
102 Sykepleien JOBB – ledige stillinger  
116 Meldinger, skoler og kurs

**NSF:**

- 120 Endringer i forsikringsordningene  
121 Utvikling med pasienten i sentrum  
122 **Lisbeth Normann** om Harstad-saken

**Fag i utvikling:**

- 40 **Fagtema:** Innvollsrik undervisning  
• Mindre stryk med casebasert undervisning  
82 Fagnotiser  
84 Husk handvask  
88 – En glemte arena?  
91 Fagnotiser

**Lærer bedre med ekte vare**

Høyskolelektor Egil Bekkhus får hjelp fra slakteriet i undervisningen. På den måten har strykprosenten for sykepleierstudenter gått ned i fagene anatomi og fysiologi. Sykepleien har vært med på gildet, og Bekkhus har skrevet fagartikkel om caseundervisningen.



Foto: Erik M. Sundt

Hornhinner og samtykke:

# – Jeg skjønner ikke hva pårørende

I årevis har hornhinner blitt tatt fra døde uten å spørre pårørende om lov. Plutselig er det ulovlig. Jussprofessor Marit Halvorsen forstår ikke hvorfor.

I høst har mediene satt søkelyset på at vi i Norge tar hornhinner fra døde for å bruke dem til transplantasjon, uten å spørre på forhånd.

Da NRK Brennpunkt behandlet temaet i november, ville ingen norske leger snakke med journalisten, selv om leger både i Danmark og Sverige fortalte at de der måtte spørre pårørende først. Seerne fikk inntrykk av at dette fungerte fint i Sverige, mens i Danmark hadde tilgangen på hornhinner gått ned etter at pårørende måtte godkjenne først. Der hadde lovendringen kommet raskt etter at media hadde skrevet om praksisen, det samme som nå skjer i Norge.

Helseminister Bjarne Håkon



## Hornhinner i Norge

Hornhinnetransplantasjoner utføres på Ullevål universitetssykehus, Haukeland universitetssjukehus og St. Olavs hospital. De to førstnevnte har sine egne hornhinnebanker, mens St. Olavs hospital planlegger å få en.

VEV ELLER ORGAN: Uttak av hornhinner skal følge de samme reglene som for organer når det gjelder innhenting av samtykke, men får ikke drg-refusjon på 80 000 kroner som annen organuthenting får. Foto: Marit Fonn

# har med det å gjøre

Hanssen sendte i forkant av NRK-programmet ut et rundskriv med en ny fortolkning av reglene for organ-donasjon. De nærmeste pårørende til avdøde må nå informeres og gis anledning til å motsette seg uttak av hornhinner.

Når dette bladet går i trykken, skal Hanssen diskutere de praktiske konsekvensene av den nye fortolkningen med tre av helseregionene samt de tre helseforetakene Ullevål universitetssykehus, Haukeland universitetssykehus og St. Olavs hospital. Han vil også ha møte med Stiftelsen Organdonasjon for å drøfte mulige tiltak.

## Presumert samtykke

– Det er sørgelig at dette har kommet opp på denne måten, sier Marit Halvorsen, professor ved det

– Jeg skjønner ikke hva pårørende har med det å gjøre. Det er et minimalt inngrep som ikke kan ses som noen krenkelse av likets verdighet. I tillegg er det en etisk forsvarlig virksomhet når man ved transplantasjon gir synet tilbake til blinde.

Men Halvorsen understreker at hun ikke synes det er en god løsning at hornhinner høstes uten hensyn til avdødes vilje.

– Mye taler for at man bør anvende et presumert samtykke også for hornhinner, altså slik at man som levende kan reservere seg mot at hornhinner fjernes etter døden. Da må man selv ta ansvaret for at denne informasjonen blir tilgjengelig for sykehuset, sier professoren.

## Mulig sykepleieroppgave

På Ullevål universitetssykehus synes

hornhinner, men der får ikke Sykepleien noen kommentar for møtet med helseministeren har funnet sted.

Hvilken yrkesgruppe som vil få ansvaret for å ta samtalen med pårørende i forkant av uthenting av hornhinne, vil ikke Helse- og omsorgsdepartementet legge seg borti.

– Det må avklares internt ved det enkelte sykehus, sier stassekretær Dagfinn Sundsbø.

– *Hvem vil gjøre den jobben hos dere på Ullevål?*

– Det er det for tidlig å svare på, men sykepleiere er et alternativ som vi diskuterer i arbeidsgruppa, sier Drolsum.

## Og pengene?

I år kom en egen DRG-kode for uttak av organer til transplantasjon. DRG 36D gjør at sykehuset får refundert 80 000 kroner per organ uavhengig av hvilket organ det er, og om inngrepet gjøres som innleggelse eller poliklinisk.

– Selve vevsuttaket, etter gjeldende definisjon av hornhinne som vev og ikke organ, inngår ikke i tilleggsrefusjonsordningen av organ-donasjon som ble innført i 2008, opplyser statssekretær Sundsbø.

Han begrunner dette med at kostnadene for uttak av hornhinne vil være langt lavere enn for uttak av større organer. Stiftelsen Organdonasjon vil likevel foreslå for helseministeren at også donasjon av hornhinne bør omfattes av DRG 36D.

– DRG-refusjonen skal i tillegg dekke utgifter til samtale med pårørende, og denne samtalen skal ikke velges bort. Den skal derimot ligge til grunn, og den skal være god, sier daglig leder Hege Lundin Kuhle i Stiftelsen Organdonasjon.

I dag er det ikke obligatorisk opplæring av det helsepersonellet som



## Loven:

Forarbeidene til transplantasjonsloven gir anvisning på at hornhinner skal falle inn under bestemmelsen i lovens paragraf 6: «Uttak av blod, fjernelse av mindre hudpartier og mindre inngrep som kan likestilles med de nevnte, kan skje uten hinder av bestemmelsene i denne lov». Det betyr at reglene om presumert samtykke for høsting av organer ikke gjaldt. Den 4. november i år kom et rundskriv fra departementet som forklarer hvordan reglene rundt organdonasjon og samtykke skal tolkes. Der heter det at uttak av hornhinner ikke skal ses som et mindre inngrep etter transplantasjonslovens paragraf 6 len-ger. Nå er det forbudt å ta hornhinne uten å innhente samtykke først.

skal snakke med pårørende i forbindelse med informert samtykke, men det tilbys kurs gjennom NOROD (Norsk Rådgivningsgruppe for Organdonasjon) på Rikshospitalet.

– Skolering av helsepersonell er viktigere enn informasjonskampanjer, selv om også informasjonen ut selvfølgelig bør være god og tilgjengelig, sier Kuhle.

## NSFs faggruppe tier

Norsk Sykepleierforbunds faggruppe av øyesykepleiere har bare så vidt diskutert den nye lovtolkningen, og leder Bjørg Sivertsen sier hun ikke vil ha noen offentlig mening om den på vegne av faggruppen ennå.

## Det er et minimalt inngrep som ikke kan ses som noen krenkelse av likets verdighet.

Jussprofessor Marit Halvorsen

juridiske fakultet ved Universitetet i Oslo.

– Jeg synes helsevesenet er hengt ut på en urettferdig måte, som om de ansatte er skurker og bedragere når de bare har fulgt loven. I stedet for å svare på medieoppslagene med å endre fortolkningen av loven, burde helseministeren heller ha forsvart dagens praksis.

Halvorsen har tidligere skrevet bok om rettslig regulering av humant biologisk materiale og ser ikke helt behovet for noen ny fortolkning av loven.

– *Men vi er jo vant til og krever mer åpenhet i dag. Er det ikke naturlig at man spør pårørende først?*

overlege ved øyeavdelingen Liv Kari Drolsum at det er fint med en oppklaring av et noe uklart regelverk.

– Men vi hadde nok håpet at en slik endring ikke hadde kommet så fort, fordi det vil ta lang tid å bygge opp et nytt system om informert samtykke, sier hun.

Allerede før rundskrivet kom, hadde de på Ullevål bestemt seg for å innføre informert samtykke. Inntil det kommer i gang er det full stopp i henting av hornhinner ved sykehuset. For at pasientene på ventelisten skal få et tilbud, anskaffer sykehuset inntil videre hornhinner fra USA.

Også ved Haukeland universitetssykehus er det stopp i uthenting av



Jeg skal  
bruke den  
fordi jeg er  
**nysgjerrig**

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

**Hva skal du bruke den til?**

Helse og omsorg, en helt ny nettside utviklet spesielt for deg som jobber i pleie- og omsorgstjenesten. Innholder mye av det du må kunne noe om for å gjøre en god jobb: lover og regler, ny forskning, statistikk, metodikk og spennende erfaringer fra inn- og utland. Helse og omsorg finner du på Helsedirektoratets hjemmesider; [www.shdir.no](http://www.shdir.no)

**Helse og omsorg**

- Korteste vei til innsikt og kunnskap for deg som jobber i pleie og omsorgstjenesten





## Jorunn Olsen

**Alder:** 59 år

**Aktuell som:** Oversykepleier på Bergen legevakt. Der har hun jobbet siden 1975.

### BAKGRUNN:

Vold og fyll på legevakten i Bergen, skrev Dagbladet 24. november. En sykepleier ble slått ned av en beruset pasient. Nå frykter sykepleierne for sin sikkerhet, skrev avisen.

#### Det går hardt for seg hos dere for tiden?

– Det har vært en periode med underbemanning og sykdom hos politiet. Men i alle år har vi samarbeidet utrolig godt.

#### Er problemet den såkalte politiaksjonen?

– De kaller det ikke aksjon. Politiet har sagt at de har ansvar for ro og orden i byen. Når de kommer med berusede personer til legevakten, overlater de videre håndtering av pasientene til oss. Slik pleier det ikke å være.

#### Hvordan pleier det å være?

– Politiet kommer med berusede personer for klarering til fyllearest og venter her til vi har undersøkt pasienten. Nå ble det vår oppgave å ta hånd om disse pasientene, og så skulle vi tilkalle politiet hvis pasientene ble truende.

#### Kom politiet da?

– Da vi ringte, kunne ikke politiet komme.

#### Hva skjedde da?

– Vi klarte ikke å ri av stormen. Pasienten gikk løs på inventaret, brølte og sa han ville knuse legevakten. Vi ringte igjen og politiet hørte bråket på telefonen. Da kom de.

#### Hva med sykepleieren som ble slått ned?

– Han ble ikke slått ned, men slått. Han har det fint. Vi har stasjonert en vakt her natt til lørdag og søndag. Nå ble også vakten engstelig.

#### Hva gjør dere for å beskytte helsepersonellet?

– Vi har doblet vaktholdet natt til lørdag og søndag. Og så har vi overfallsalarmer. Stort sett kommer politiet med en gang når alarmen går, men av og til blir vi ikke prioritert. Det er ille. Nå har de lovet å komme. Det ser ut som det går seg til.

#### Blir det stadig flere berusede og aggressive pasienter?

– Det gjør nok det. Men det er helst de med dobbeltdiagnose, psykiatri og rus, som er voldelige. Og gutter mellom 19 og 25.

#### Hva gjør dere med dem?

– Noen sender vi hjem til foreldrene i drosje. Noen til hospits. Noen må på sykehus. Noen blir liggende her og opptar behandlingsrom som vi har bruk for til syke folk. Bergen kommune har ingen tilbud om akutt avrusning.

#### Nok bemanning?

– Tror ikke det er problemet.

#### Julebordsesongen er i full gang. Går det på sikkerheten løs hos dere?

– Mange drikker en gang i året og blir sørpefulle. De legger seg på golvet, faller ned fra benker og spyr. Vi må trække over dem. De hindrer oss i å jobbe effektivt. Det er kanskje feil bruk av ressurser at disse belaster helsevesenet.

#### Blir du indignert over all fylla?

– Det er folks atferd vi reagerer på. Det er litt sånn at du kan gjøre hva du vil når du er full.

tekst **Marit Fonn**  
foto **Bjørn Erik Larsen**





Foto: Carina Hansen

## Årets sykepleier i Troms

I år var det May Tove Ludvigsen som stakk av med hedersbetegnelsen «årets sykepleier» i Troms. I løpet av sine 15 år på urologisk sengepost på Universitetssykehuset i Nord-Norge, har hun stelt i stand en rekke tiltak som skal hjelpe pasientene. Blant annet har hun fått til samtaleprogram som skal gjøre det lettere for pasientene og de ansatte å være åpne med hverandre.

– Jeg så tidlig at det var udekte behov på avdelingen, og så begynte jeg med små tiltak som jeg så ga pasientene veldig mye tilbake. De store tiltakene startet jeg da jeg begynte på videreutdanningen i klinisk stige, sier Ludvigsen.

tekst **Eivor Hofstad**

### Vi siterer Rusavhengige «Daniel»:

– Sprøyterommet er ikke bare et sted for å sette en dose heroin. Det er et sted man kan få hjelp til å komme i kontakt med sosialkontor og avrusningstilbud.

Kilde: Journalen HiO

## Nightingale-pris til ammekorkjemper

Elisabeth Tuft er tildelt Rikshospitalet HF's Nightingale-pris for 2008. Tuft har gjort seg særlig bemerket gjennom arbeidet for å styrke ammeveiledningen og gjennom prosjektet "Mor-barn-vennlig initiativ". Hun har systematisk samlet inn data, og spredt kunnskap og utdannet sykepleiere og annet helsepersonell i kunsten å gi god ammeveiledning. Tuft har sitt daglige virke som seniorrådgiver ved Nasjonalt kompetansesenter for amming ved Rikshospitalet HF og har lang klinisk erfaring fra arbeid ved intensivavdeling for nyfødte og som helsesøster.

Kilde: Rikshospitalet.no



Foto: Carina Hansen

## Sykepleien avanserer

Fra januar blir Sykepleien det tiende største bladet i Den norske fagpresses forening (Fagpressen). Fagpressen består totalt av 240 medlemsblader med opplag fra 350 til 448 951 blader per utgivelse. I dag ligger Sykepleien på ellefte plass med et opplag på 84 194. Men siden bladet «Vi over 60» er kjøpt opp av Aller Norge, blir det fra 2009 med i Magasin- og ukepresseforeningen. Dermed rykker Sykepleien fram til tiende plass. Førsteplassen innehas av bladet Motor.

Kilde: Fagpressenyt

## Diplom til Frøya sykehjem

Frøya sykehjem la seg i selen for å bedre livskvaliteten hos beboerne. De ansatte målte beboernes uro natt og dag, og satte i gang ulike miljøtiltak som fysisk aktivitet (turgåing og sittedans), stimulering som høytlesning og individualisert musikk i regi av kulturskolen på Frøya. Målet var å redusere uroen med 50 prosent, men resultatet viste en reduksjon på hele 75 prosent. Tiltakene har nå blitt en del av hverdagen for beboerne.

Arbeidet inngikk i gjennombruddsprosjektet 2008, initiert av Den norske legeförening, Norsk Sykepleierforbund og Helse- og omsorgsdepartementet. Sykehjemmet har laget en plakat om prosjektet, og mottok en diplom for den ved gjennombruddsprosjektets siste fellessamling i Kristiansand. Alle sykehjem i Norge var invitert til å delta, men Frøya sykehjem var det eneste fra Midt-Norge som var med. Totalt er 23 sykehjem med i prosjektet.

Kilde: Frøya kommune



# EMSELEX® - EFFEKTIV<sup>1</sup> OG M<sub>3</sub> SELEKTIV

Effektivt<sup>1</sup>

## VEIEN TIL BEHANDLING AV OVERAKTIV BLÆRE

- 77% reduksjon av antall episoder med urgeinkontinens<sup>1</sup>
- Godt tolerert<sup>1</sup>
- En dose - 7,5 mg eller 15 mg daglig<sup>2</sup>

REFUSJON PÅ  
BLÅRESEPT PUNKT 40

 **Emselex**<sup>®</sup>  
(darifenacin) 7,5mg og 15mg DEPOTTABLETT  
Effektiv og M<sub>3</sub> selektiv

Id-kode: 405310.2007

**Referanser:**

1. Chapple C, et al. A pooled analysis of three phase III studies to investigate the efficacy, tolerability and safety of darifenacin, a muscarinic M<sub>3</sub> selective receptor antagonist, in the treatment of overactive bladder. BJU Intl. 2005;95:993-1001.

2. FK-tekst 12.04.2007

I DAG KAN VI GJØRE MER



**GARDASIL**®

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

Den firevalente  
vaksinen som skal  
beskytte mot  
livmorhalskreft\*  
– for bred beskyttelse  
og tidlig nytte



Livmorhalskreft\*



Premaligne genitale lesjoner

• Livmorhalsen

• Vulva

• Vagina **NY** indikasjon



Eksterne kjønnsvorter

Forårsaket av HPV 6,11,16 og 18\*\*



## Veksten i sykehusene kan ikke fortsette.



Bjarne Håkon Hanssen

Helse-Hanssen:

# – Nå er det kommunenes tur

– Utdanner vi flere leger, psykologer og sykepleiere skal det store flertallet jobbe i kommunene. Det er jeg helt bombesikker på, sier Bjarne Håkon Hanssen.

En storstilt kommunehelsereform, kaller helseministeren samhandlingsprosjektet sitt som skal lanseres i april. På et møte arrangert av Helsedepartementet og Kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon (KS) 13. november, sa Hanssen at hans kraftigste virkemidler er økonomi og jus.

– Det er mine politiske verktøy, erklærte han.

Han mente at vi har en fordummende helsedebatt i Norge.

– I 2002, da helsereformen kom, bevilget vi 50 milliarder til sykehusene. Sju år etter bevilger vi 102 milliarder, dobbelt så mye. Men har vi dobbelt så gode sykehus? Overhodet ikke.

Han gjorde det klart at det ikke er mer penger til sykehusene som skal til.

– Problemet er at pengene brukes hakke feil.

Hanssen understreket at det ikke skal kuttes i spesialisthelsetjenesten.

– Men veksten i sykehusene kan ikke fortsette. Det vil bare ødelegge.

Hanssens mål er å få de utskrivningsklare pasientene fortest mulig over til kommunene. Da er ikke svaret økte ressurser til sykehusene. Da blir de jo liggende der.

– Vi må forhindre at folk blir så syke at de må på sykehus. Vi tren-

ger en sterk innsats i en tidlig fase. Forebygging er viktig.

### Verst i rusfeltet

– Blir dette en finansieringsreform?

– Nei, overhodet ikke. Dette blir en reform for pasienten. Hele tiden diskuterer vi helhetlige forløp i ulike deler av helsevesenet. Vi skal sørge for at pasienten ikke bli taperen.

Kroniske pasienter må få rett behandling på rett nivå.

– Får ikke diabetespasienter veiledning tidlig, kan følgene bli dialyse og amputasjoner. Dette er en grunn til at jeg er opptatt av finansiering. Men ikke for finansieringens skyld. Dette er ikke en kostnadsreform. – Særlig rusfeltet mangler helhetlige forløp. Har du konkrete forslag utover å styrke kommunehelsetjenesten?

– Dette er den sektoren det står dårligst til med i hele helsevesenet. Her trengs forsterka innsats i alle ledd.

Hanssen ramser opp: Mer forskning, forebygging, forsterket skolehelsetjeneste, flere behandlingsspiller, bedre ettervern. Og bedre tilbud for pårørende.

– Det ensidige krav om behandlingsspiller bekymrer meg veldig. Det er jo bare delbehandling. Selv om vi nå har for få forløp, så må de vi har være helhetlige.

### For mange sykehusleger?

– Hva skal reformen ikke være?

– Vi er nå i en bred fase, før vi skal smalne. Men reformen vil dreie seg om koblingen mellom ulike deler av helsevesenet.

– Hva med bemanning?

– Det kommer ingen bemanningsnorm. Til en viss grad må vi snakke om hvem som må være tilgjengelig hvor.

– Har sykepleierne i kommunene feil kompetanse, for eksempel for lite akuttkunnskap?

– Vi trenger et nytt Helse-Norge med forsterka oppgaver. Da må vi også se på utdanningsinstitusjonene: Utdanner de til dette nye? Jeg hadde nettopp et møte med en dekan i medisin. Jeg sa at det brukes for lite tid på primærhelsetjenesten i utdanningen. Hvem sa at antallet leger skulle øke fra 5 000 til 11 000 i sykehusene? Ingen. Det er systemet som eser ut.

### Ønsker innspill

Hanssen har fått innspill i bøtter og spann. Han tar gjerne imot flere.

– Klarer du å skille viktig fra uviktig?

– Jeg er komfortabel med det, selv om det er krevende logistikkmessig.

Har noen funnet ut noe lurt, er det bare å kontakte samhandlingsprosjektet i departementet.

– Gjerne om sykepleierrollen i et helsevesen der den kommunale helsetjenesten er motoren.

Forslaget om fastsykepleier kaller han interessant.



### Hanssens favoritter:

- Sjøbstad helsehus i Trondheim er et godt eksempel på god samhandling mellom sykehus og kommune. Han kaller det en skammel, og vil ha flere slike: – Der er mer legehjelp enn på sykehjemmet. Men ikke så mye som på sykehuset.
- Jæren distriktpsikiatriske senter, der 11 av 35 døgnplasser er brukerstyrte. – De har halvert tvangsbruken. Økt tilgjengelighet gir lavere forbruk av tjenester.
- Sju sykehjem i Telemark der 430 ansatte har gått på kurs. Sykepleierne lærte å gi intravenøs behandling. En kommune sparte 60 sykehusinngelger.

# Klabb og babb med juleturnus

Hver dag får NSFs rådgivningstjeneste spørsmål om hvordan «juleturnusen» skal lages.

– Forespørselene om «juleturnus» begynner allerede i oktober. Vi får daglig henvendelser fra ledere, tillitsvalgte og ansatte som lurer på hvordan de skal få til å lage en denne, sier Mette Høiland seniorrådgiver i NSFs rådgivningstjeneste.

Påske, pinse og juletid gir ekstra

turnusutfordringer. NSFs forhandlingsavdeling har derfor sammen med Fagforbundet, Delta og Fellesorganisasjonen laget et hefte som skal gjøre det lettere å forstå regelverket knyttet til arbeid og fritid i forbindelse med helger og høytider.

## Fra brosjyren Fritid i forbindelse med helg og høytid:

### «Oppskrift» på høytidsturnus

1. Gå til grunnturnus og finn ut hvor mange søndager og helgedager («røde» dager på kalenderen) hver enkelt arbeidstaker har krav på fri etter arbeidsmiljølovens paragraf 10-8(4).
2. Arbeidsgiver fastsetter minimumsbemanningen og gir arbeidstaker fri på søndager og helgedager etter arbeidsmiljølovens hovedregel i paragraf 10-8(4) (F3).
3. Hvis arbeidstaker ønsker å samle F3 inntil andre fridager i turnusen, kan arbeidstaker inngå skriftlig avtale med arbeidsgiver for den enkelte høytid.
4. Betaling for arbeid på helge- og høytidsdager kan enten tas ut i penger eller helt eller delvis avspaseres, jmfør Tariffavtalen. Avspasering kan da legges i tilknytning til de øvrige fridager i turnus.
5. Plassering av erstatningsfridag (F5 for F1) avtales med den enkelte arbeidstaker. Slik fritid kan også legges i forbindelse med øvrige fridager i turnus.
6. Ved å samle fridager etter punktene her, kan den enkelte turnusarbeider få mange sammenhengende fridager.
7. Høytidsturnus utarbeides deretter i samarbeid med tillitsvalgte.
8. Til slutt inngår arbeidsgiver og tillitsvalgte på arbeidsplassen skriftlig avtale om høytidsturnus. Årsak: Slik avtale omfatter gjennomsnittsberegning av arbeidstiden og andre forhold som etter arbeidsmiljøloven krever skriftlig avtale med tillitsvalgte.

### Gode råd er ikke nødvendigvis dyre

Her kommer noen gode råd fra NSF til medlemmene om hva de bør gjøre:

1. Arbeidstakere som ønsker å få så mange av søndager og helgedager fri som mulig, bør ikke inngå skriftlig avtale med arbeidsgiver etter arbeidsmiljølovens paragraf 10-8(4).
2. De tilfeller fridager (F3) er satt inn i turnus og dette ikke gir samlet fritid på «røde» dager, kan arbeidstaker og arbeidsgiver inngå skriftlig avtale om gjennomsnittsberegning av søndager og helgedagene. Det vil si arbeid to påfølgende «røde» dager mot å få samlet fridagene (F3).
3. Skriftlig avtale med arbeidsgiver om gjennomsnittsberegning av søndag og helgedagene for en periode på 26 uker anbefales ikke. Dette kan blant annet medføre at en arbeidstaker som arbeider hver tredje søndag må arbeide alle «røde» dager i høytidene.
4. I de tilfellene arbeidstakere ønsker å inngå skriftlig avtale med arbeidsgiver, anbefales kortest mulig periode. For eksempel kun tre uker for hver høytid.

Ved inngåelse av avtale må medlemmene selv stille krav om betingelser for avtalen.

Brosjyren finner du på NSFs nettsider. Der er også flere eksempler på hvordan turnuser kan lages.



- 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](http://www.mollers.no)

Grønt nr: 800 80 555

**MÖLLER'S**

GRUNNLAGT 1854



# Farlige hull

Når det går hull i hanskene under en operasjon, oppdages det ofte ikke. Å bruke hansker med farge vil lettere avsløre hull og dermed redusere smittefaren, konkluderer en artikkel i Sykepleien Forskning.

Studier har vist at opp mot halvparten av hanskene som brukes under operasjoner kan få hull. Ofte merker ikke helsepersonell hullene.

Tre sykepleiere ved Rikshospitalet bestemte seg for å undersøke hvordan operasjonshanskene så ut etter hjerneoperasjoner. Operasjonssykepleierne Malene Reinholdt, Anne Ranheim og fagutviklings- og forskningssykepleier Jorunn Holmestad ved Nevrokirurgisk operasjonsavdeling gikk igjennom hansker etter 91 hjerneoperasjoner.

– Dette er operasjoner hvor hanskene er i kontakt med benkanter og skarpe instrumenter. Faren for at det går hull i hanskene er stor, sier Reinholdt.

## Kirurger flest hull

1014 hansker ble undersøkt, 721 ytterhansker og 293 innerhansker.

Det ble funnet hull i 16,5 prosent

av ytterhanskene. Av disse ble over halvparten ikke oppdaget.

I undersøkelsen kom det frem forskjell i hullfrekvensen mellom yrkesgruppene. Nesten 22 prosent av kirurgenes hansker hadde hull, om lag 17 prosent av operasjonssykepleiernes hansker hadde hull og rundt 8 prosent av assistentene hadde hull i hanskene. Det var flest hull på tommel og pekefinger. Mens kirurger og assistenter hadde flest hull på ikke-dominant hånd, hadde operasjonssykepleierne like mye hull på begge hender.

## Hansker med farge

Ifølge Malene Reinholdt var det signifikant flere hull som ble oppdaget når helsepersonell brukte doble hansker med fargeindikatorsystemet, det vil si doble hansker med farget innerhanske.

– Av hensyn til både pasienter og personalet må man vurdere om det

er forsvarlig å bruke enkle hansker ved hjerneoperasjoner, sier hun.

Studien er presentert i Sykepleien Forskning nr. 4/08 (se bilaget). En tilsvarende hanskestudie ble også foretatt i Molde i 2003. Da undersøkte operasjonssykepleier Gerd Ødegård Hagen ved Sjukehuset i Molde hansker etter 655 operasjoner. Hun fant hull i 31 prosent av hanskene. Nå bruker kirurger og sykepleiere dobbelt opp med hansker under alle operasjonene.

På Rikshospitalet er undersøkelsen også ført til endringer. Blant operasjonssykepleiere og kirurgene har de fleste gått over til å bruke doble hansker med farget innerhanske, opplyser Malene Reinholdt.

## – Husk budsjettet!

Det fins også motargumenter mot dobbelt hanskebruk. Noen mener

det er upraktisk, andre er opptatt av økonomi.

Joran Valen er enhetsleder ved operasjonsavdelingen ved Sykehuset Telemark i Skien. Ved avdelingen har fagfolkene gått gjennom mye av forskningen som fins omkring hanskebruk, hull og sikkerhet.

– Å bruke doble hansker med fargeindikator er en bra ting. Det man ikke må glemme er å legge inn ekstrakostnadene i budsjettene. Det er viktig at god forskning som bør endre praksis også følges opp økonomisk, sier hun.

Siden hele helsevesenet sliter med å få budsjetter til å gå i balanse, skulle Valen ønske markeds konkurransen var større når det gjelder fargeindikator-hanskene.



# Ingen hanskestandard

Det finnes ingen standard som stiller krav til medisinske hanskers gjennomtrengelighet, slik som for vernehansker. Hanskeleverandører kan skifte produsent og fortsette og selge hansker under samme navn og i

samme forpakning som tidligere, selv om det dreier seg om en helt annen hanske. Ta derfor kontakt med den enkelte produsent eller leverandør for opplysninger om hanskenes innhold.

– Dette er dyre hansker. Så vidt jeg vet finnes det i dag bare én leverandør på det norske markedet som leverer akseptabel kvalitet på disse hanskene. Litt konkurranse hadde gjort seg, mener hun.

Les mer i:

sirken  
saken

Forskning



FUSJONISTEN: Konserntillitsvalgt i Helse Sør-Øst, Morten Falkenberg, synes sammenslåinger er veien å gå for flere sykehus i Helse Sør-Øst.

Hovedstadsprosessen:

# Ny sykehusstruktur

Hovedstadsprosessen er ferdig med teorifasen. I 2009 begynner praksisen. Det krever samarbeid mellom ulike kulturer.

Hovedstadsprosessen er akkurat ute av sin tredje fase. Dermed er den overordnede prosessen kommet i mål. Nå er det flere sykehus som skal slås sammen i Helse Sør-Øst. – Jeg mener dette er en veldig riktig vei å gå, særlig for Oslo og Buskerud, Asker og Bærum. Det vil bli utfordrende, ja, men helt nødvendig, sier Morten Falkenberg, konserntillitsvalgt i Helse Sør-Øst for Unio. Han er i permisjon fra stillingen som intensivsykepleier ved Sykehuset i Vestfold.

## NSF har blitt hørt

Falkenberg legger til at han ser for seg at de tre helseforetakene i Telemark og Vestfold før eller senere også blir ett foretak. Som ansatterepresentant i styret protokollerte han at man på sikt ønsker det. Norsk Sykepleierforbund (NSF) ønsket det samme i sitt hørings svar om hovedstadsprosessen.

– Det hevdes at det har vært en bred høringsprosess og at 220 hørings svar har kommet inn. Har NSF blitt hørt?

– Ja, det mener jeg. NSF har svart godt på høringsnotatet og mange av innspillene er blitt tatt hensyn til. NSF har selv hatt en grundig behandling i organisasjonen med muligheter for alle fylkestyrer og foretakstillitsvalgte til å si sin me-

ning, sier Falkenberg.

## Kulturforskjeller

– Er ny foretaksstruktur det som må til for å nå målet med prosessen: Bedre kvalitet og utnyttelse av ressursene?

– Jeg mener ikke at dette er det store tiltaket som løser alt, men det er en helt nødvendig forutsetning som må på plass for å komme videre. En organisering med ett foretak, én ledelse og ett sykehusområde vil gi oss bedre muligheter til å finne gode løsninger til beste for pasientene, tror Falkenberg.

– Hvordan skal de ulike kulturrene på de ulike sykehusene klare å samarbeide?

– Det blir kanskje den viktigste oppgaven for den nye ledelsen – å skape en samarbeidskultur i hele organisasjonen. Dagens forskjellige sykehus har ikke bare én kultur, men flere, og slik tror jeg det vil være i lang tid fremover. Kulturer som ikke takler samarbeid, bør endre seg, mener Falkenberg.

## Planer videre

I styremøtet i desember legges det fram en gjennomføringsplan.

– Hva blir neste skritt?

– Gjennomføringsplanen må flyttes ut til foretakene. Da kan tillitsvalgte og ansatte involveres.

– Hvordan vil de merke forandringene det første året?

– Det nærmeste året vil bli preget av å etablere nye organisasjoner.

Så vil nye oppgaver og funksjoner fordeles innen sykehusområdene.

Her blir det viktig å engasjere seg. Gode støttesystemer som for eksempel IKT må bli felles. Dette er omfattende arbeid som kommer til å fortsette i flere år fremover.

– Hvor skal administrasjonen ligge?

– Sør-Øst-styret beslutter kun i hvilken kommune foretaksledelsen skal sitte. I Oslo vil jeg tro det blir på et av de eksisterende sykehusene, men det er en sak for det nye styret i Oslo universitetssykehus.

I Buskerud, Asker og Bærum er det

flere kommuner å velge mellom, og det blir neppe klart før nærmere sommeren, sier Falkenberg.

## Utviklingsoppdrag

Styrevedtaket gir hvert sykehusområde et tydelig «utviklingsoppdrag»:

– De skal utvikle lokale tilbud sammen med kommunene, dimensjonere og organisere tilbudet etter pasientforløp, ikke etter medisinsk spesialitet, sier Hanne Harlem, styreleder i Helse Sør-Øst, i en pressemelding.

I Oslo er det ikke bare foretaksstrukturen som forandres. Det planlegges blant annet en storbylegevakt og en «rusakutt» for å sikre en helhetlig pasientbehandling.



## Sammenslåinger

Den 20. november vedtok styret i helse Sør-Øst blant annet følgende enstemmig:

- Alle offentlige sykehus i Oslo slås sammen fra 1. januar 2009 og får nytt navn: Oslo universitetssykehus.
- Sykehusene Buskerud, Asker og Bærum, Ringerike og Kongsberg-delen av Blefjell sykehus slås sammen til ett helseforetak fra 1. juli 2009. Et interimsstyre skal være på plass fra årsskiftet.
- I Telemark og Vestfold videreføres dagens tre helseforetak. Det etableres en forpliktende avtalestruktur mellom helseforetakene som sikrer at faglige og organisatoriske prinsipper følges opp, og at de følger de samme krav som stilles til resten av regionen.

Ny dom om yrkesskade:

# Gir håp for sykepleiere

En fersk dom i Høyesterett slår fast at også skade som oppstår uten ulykkesmomentet, kan godkjennes som yrkesskade og gi rett til erstatning.

Det var 27. november dommen falt i Høyesterett. Saken gjaldt en knuseoperatør som arbeidet med en to meter lang bolt på 50 kilo. I en halvtime holdt han den over hodet under arbeidsprosessen. Etter arbeidet ble han varm i skulderen, og en halv time senere fikk han smerter. Siden kom det fram at skulderen var skadet.

## Unntaksbestemmelse

Dommen er knyttet til yrkesskadeforsikringslovens paragraf 11c. Denne paragrafen er en unntaksbestemmelse. Dommen fastslår at det er det tunge løftet isolert sett som har medført skade.

Hvis yrkesskaden derimot skulle kommet inn under paragraf 11 a, måtte skaden ha skjedd:

- på grunn av en plutselig og uventet ytre hendelse
- eller ha medført en påkjenning eller belastning som er usedvanlig i forhold til arbeidet arbeidstakeren til vanlig utfører

Tilfellet i denne saken med knuseoperatøren er altså et unntak og oppfyller ikke paragraf 11 a. Høyesterett sier i dommen at

utviklingen de senere årene har gått i retning av å utvide dekningen for skader som skyldes spesielt tunge løft.

## Vil vurdere gamle avslag

Norsk Sykepleierforbund (NSF) vil nå se på tidligere saker om sykepleiere som har fått avslag i løftesaker. – Dette er et godt utgangspunkt for oss, sier NSF-leder Lisbeth Normann.

NSF opplever jevnlig at sykepleiere blitt nektet yrkesskadeerstatning fordi løfteskaden ikke har oppstått

på grunn av en arbeidsulykke, eller medført en belastning som er usedvanlig. – Vi regner

med at denne dommen kan skape presedens, og at den vil kunne få stor betydning for våre medlemmer. I saker der et medlem har skadet seg i forbindelse med ett tungt løft vil dommen gjøre det lettere for oss å nå frem med krav om yrkesskadeerstatning.

Men belastningsskader gir fortsatt ikke rett til yrkesskadeerstatning.

– Dommen endrer dessverre ikke på det. NSF jobber videre med å få endret dette, sier Normann.

**Dette er et godt utgangspunkt for oss.**

Lisbeth Normann

**Føler du deg trett og slapp?**

**Jerntilskudd for deg med flere jern i ilden**

Floradix Formula med sitt innhold av jern gir.....

- bedre jerndepoer
- økt oksygenopptak
- øker bloddannelsen
- øker vitaliteten
- bedrer konsentrasjonsevnen
- rent vegetabilsk
- uten konserveringsmidler
- alkoholfri

Jernmangel er ofte en grunn til slapphet og tretthet.

Floradix Formula Jernekstrakt er et rent naturprodukt som er fremstilt av friskpressede safter fra vitamin- og mineralrike vekster, grønnsaker, frukter, hvetekeim og jernrik gjærekstrakt med høy opptagelighet.

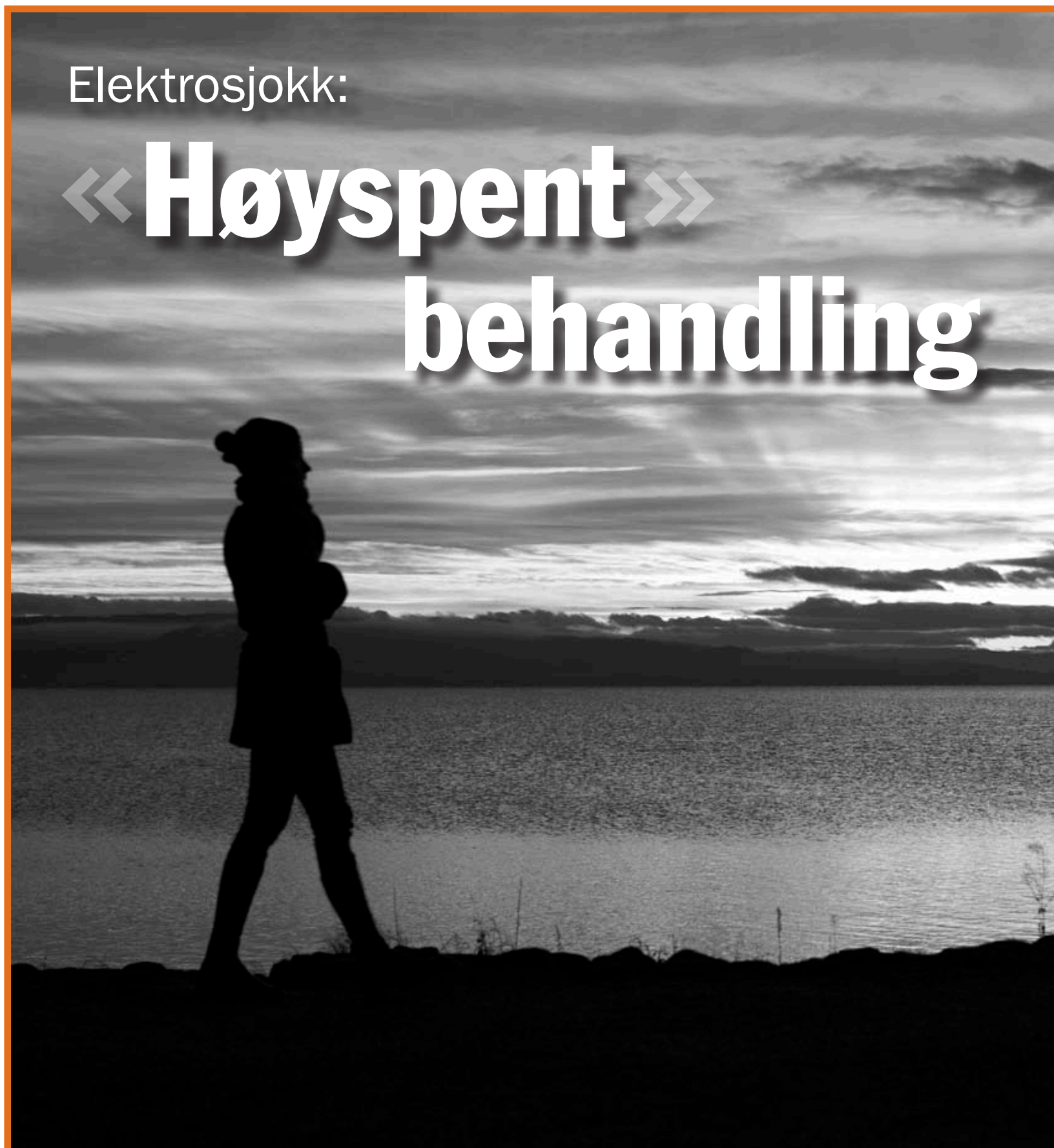
Floradix Formula finnes i 10 størrelser og i alle former. Du får den i dråpeform, i tablettform, i oppløst og i fiskekapslerform.



Telefon 23 37 37 40 • Faks 23 37 37 59  
 epost: post@naturimport.no • www.naturimport.no

Elektrosjokk:

# «Høyspent» behandling





## Elektrokonvulsiv behandling

Elektrokonvulsiv behandling (også kalt ECT eller elektroshjokkbehandling) foregår ved at det blir plassert elektroder på pasientens hode, enten på ene eller begge sidene. Pasienten er i narkose under behandlingen, som tar om lag 15 minutter. Hjernen blir påført elektriske støt. Metoden ble utviklet av den italienske psykiateren Ugo Cerletti i 1938.

- En nybakt mor blir lagt i remmer og gitt elektroshjokkbehandling under tvang. Psykiateren forsvarer i ettertid behandlingen – som er lovstridig.
- «Hanne», en annen nybakt mor, får 14 elektroshjokk-behandlinger etter at hun har født. Tre år etter behandlingen husker hun verken barnefødsel eller bryllup.
- Også gravide kvinner tilbys elektroshjokkbehandling ved psykiatriske sykehus i Norge.

– Jeg tror det henger igjen mange myter rundt bruk av elektroshjokkbehandling. Det er forståelig at det er en skepsis når man ser hva som har skjedd i psykiatrien de siste 100 årene. Men det er god faglig dekning for at elektroshjokkbehandling (ECT) er en skånsom og effektiv måte å behandle alvorlig depresjon på.

Det sier Harald Brauer, psykiater og overlege ved Aker universitetssykehus.

### Sort hull

I en lys stue i en enebolig på Hamar sitter en kvinne i 30-årene. Hun har en helt annen erfaring.

«Hanne» (bildet) fikk i 2006 14 ECT-behandlinger under det hun betegner som «mild tvang». Hun ville aldri gjort det om hun hadde visst hvordan livet skulle bli etterpå:

– Årene fra 2003 til 2006 er et sort hull. Jeg fikk informasjon om at jeg kunne få forbigående hukommelsesproblemer opp til fem



GRAND MAL: Målet med elektrostimulering er det samme i dag som for 60 år siden – å framkalle kramper ved å føre strøm inn i hjernen.



DYSTER LESNING: Hanne blar i den omfattende journalen. – Side på side med krenkelsler, sier hun selv.

måneder etter behandlingen. Nå har det gått tre år, sier hun.

### Tungt etter fødsel

Historien til Hanne begynner med at hun føder sitt andre barn. Kort tid etter starter hun behandling hos psykolog. Hun mener selv at hun har angst, men legen definerer det som en fødselsdepresjon, og skriver ut antidepressiva. Hun tåler medisinerne dårlig, og opplever at angsten blir forsterket.

I løpet av de neste to årene går hun ut og inn av sykehus, og hun blir satt på en rekke medisiner, både antipsykotika, antidepressiva, angstdempende og sovemidler. I samme takt får hun stadig nye diagnoser.

Hanne mener at grunnlidelsen er angst, og at selvmordstanker og -forsøk kommer som bivirkninger av medisinerne.

### – Ikke samtykkekompetent

Rett før jul 2006 får hun sin første ECT-behandling. Da får hun beskjed om at alt annet er forsøkt, og at de

ønsket å få henne hjem til mannen og de to små barna før jul. I tiden før har hun blitt stadig dårligere, og til tross for sine 1,70 centimeter og 45 kilo, går hun på en cocktail av Zoloft, Zyprexa, Tolvon, Atarax, Sobril og Imovane. Alt i stadig høyere doser.

– Nå i ettertid mener jeg at jeg ikke hadde samtykkekompetanse da jeg sa ja til ECT-behandlingen. Jeg var så sløvet av medisinerne at jeg ikke kunne se forskjell på en rød og en blå sokk, og var ikke i stand til å ta et slikt valg. Jeg burde ikke blitt bedt om det.

I løpet av de neste ukene får hun til sammen 14 elektrosjokkbehandlinger.

### Ingen respons

– I journalen står det at jeg ikke responderte på behandlingen. Jeg ble glemsk og forvirret.

Hanne blar frem og tilbake i den 10 centimeter høye bunken som utgjør journalen. Flere ganger blir det feil når hun skal forklare hva som skjedde når.

– Det er mye jeg ikke husker, som jeg har måttet lese meg til i ettertid.

Under deler av intervjuet er ekte-mannen til stede for å fylle inn og korrigere datoer og hendelser.

Noen måneder etter ECT-behandlingene kommer hun i kontakt med en psykiater som utreder henne for epilepsi. Det blir påvist epileptisk aktivitet i hjernen. Alle medisinerne blir seponert, og hun går over på Lamictal. Med det opplever hun at symptomene som har gitt grobunn for psykiatriske diagnoser, forsvinner.

### Klager på behandlingen

Hanne har nå fått hjelp av Pasientombudet på Hamar, og har sendt saken inn til vurdering hos Helsetilsynet. Hun jobber også med en klage til Norsk Pasientskadeerstatning.

Det koster å bla gjennom papirene, side etter side med det hun opplever som krenkelsler. Likevel mener hun det er verdt det dersom hun ved å vise frem sin historie kan få helsepersonell til å tenke seg

om en gang til før det tilbyr ECT-behandling.

Hanne opplever at familie og venner støtter henne. Hun har sett video og bilder for å forsøke å gjenskape de delene av livet som er borte. I dag har hun en krevende jobb, men er helt avhengig av andres arkiver. Hun er også redd for at glemsomheten hennes skal bli «avslørt» når hun treffer folk hun ikke husker å ha snakket med tre måneder tidligere.

### 220 000 i erstatning

Pasienter melder om hukommelsessvikt og kognitive vansker etter behandlingen, utover det som blir opplyst før behandling. Pasientorganisasjoner har markert seg som kritiske til behandlingen.

Norsk Pasientskadeerstatning (NPE) har utbetalt erstatning til to pasienter som har fått varig, kognitiv svikt etter ECT-behandling. Begge pasientene er kvinner i 50-årene, og fikk henholdsvis 220 000 kroner og 80 000 kroner for tap av livsutførelse etter behandlingen.



**Å miste hukommelsen er en alvorlig bivirkning. Det er å miste deler av livet.**

«Hanne»

**FÅ BIVIRKNINGER:** – Den forskningsbaserte kunnskapen vi har på dette området tilsier at det er få alvorlige bivirkninger av ECT-behandling, sier Harald Brauer, psykiater og overlege ved Aker Universitetssykehus. Han ønsker en debatt velkommen, men ønsker ikke at pasienter ikke skal få tilbud om en behandling han i sin kliniske hverdag ser er livreddende.

De sakkyndiges vurdering er at dette er en sjelden, men alvorlig bivirkning av ECT.

– Den ene saken er ekstremt sjelden. Vi har bare få dokumenterte tilfeller av denne tilstanden, sier NPEs sakkyndige Frode Haffner, spesialist i psykiatri.

– Nyere undersøkelser kan tyde på at den kognitive påvirkning etter ECT-behandling kan ha blitt undervurdert. Oppfølgingstiden med test av kognitive funksjoner har vært for kort, ifølge Haffner.

En forskningsoppsummering fra Kunnskapssenteret for helsetjenesten konkluderer imidlertid med at det

ikke er dokumentert at ECT-behandling gir økt dødelighet, nedsatt kognitiv fungering eller generelle bivirkninger når det brukes på pasienter med stemningslidelser. Kunnskapssenteret påpeker at det kan finnes nyere studier, publisert i perioden 2001 til 2007, som kan forandre denne konklusjonen. Det blir også pekt på at hukommelses-svikt kan være en ettervirkning av depresjon, ikke behandling. Oppsummeringen er bestilt av Helsedepartementet.

En forskningsoppsummering utført av Diana Rose med flere, publisert i British Medical Journal (BMJ) i 2003, finner at ECT har

lavere effekt og høyere grad av hukommelsesproblemer i etterkant enn det tilsvarende studier viser.

Til tross for manglende dokumentasjon, øker bruken av ECT, særlig blant kvinner. Det kommer frem i en studie utført av Moksnes med flere ved Ullevål sektor i Oslo.

**Mor i belter**

Psykiater Harald Brauer har lang erfaring med ECT, og mener det er en god behandling som flere pasienter bør få tilbud om. Han har selv gitt ECT under tvang to ganger. Den ene gangen brøt han loven – med vitende og vilje.

Brauer var behandlende lege og ansvarlig da en nybakt mor ble lagt i belter og gitt ECT mot sin vilje. Kasuistikken er ifølge Brauer som følger:

En nybakt, ung mor blir akutt innlagt med tvang ved Aker universitetssykehus på grunn av en delirøs tilstand. Hun har en tre uker gammel baby, og det er mistanke om at hun har en psykotisk lidelse. I uken før innleggelse har hun hatt søvn-mangel, hun har mistet interessen for babyen, og hun har begynt å klassifisere ideer og ting etter farger. Gule post-it-lapper er festet rundt i huset, babyen er klassifisert som



## Ingen oversikt

Myndighetene har ingen oversikt over hvor mange som får ECT (elektrokonvulsiv terapi) og hvilke bivirkninger pasientene opplever.

Det finnes heller ingen nasjonale retningslinjer for hvilke nye pasientgrupper som kan få behandlingen, som historisk sett har vært kontroversiell.

Behandlingen blir hovedsaklig gitt ved dype, alvorlige depresjoner.

## Bivirkninger av ECT-behandling registreres ikke noe annet sted enn i pasientens journal.

Ellinor F. Major, divisjonsdirektør helsedirektoratet

blå, og hun er livredd for fargen rød, som hun mener forfølger henne.

### Flere dager fastspent

På avdelingen får hun antipsykotikum og beroligende, men uten synlig effekt. Hun er imidlertid ikke til fare for seg selv eller andre. Dagene går, og tilstanden forverres. Hun er forvirret, irritert og aggressiv. Til slutt blir hun beltelagt, og blir liggende fastspent i flere dager.

En norsk, vitenskapelig artikkel med fire casestudier, skrevet av Jan Øystein Berle, konkluderer med at det tyder på at ECT-behandling er spesielt nyttig ved alvorlig depresjon og psykose post partum (svangerskapsrelatert psykose). Internasjonale studier støtter denne konklusjonen.

Problemet i denne historien er imidlertid at kvinnen etter noen dagers innleggelse nekter å motta elektroshokk-behandling.

### Ingen oversikt

I lov om psykisk helsevern er det

spesifikt understreket at det ikke er lov til å gi ECT under tvang, med mindre det foreligger en nødrettssituasjon – det vil si at pasienten er til fare for seg selv eller andre.

Hvor ofte denne nødretten blir benyttet, finnes det imidlertid ingen samlet oversikt over. Det er ingen meldeplikt verken til direktoratet, kontrollkomisjonene eller Helsetilsynet. Sykepleien har gjort en henvendelse til alle Pasientombudene om hvilke saker de har hatt som angår ECT. Tilbakemeldingene er at pasienter som kontakter ombudet, i hovedsak har plager med hukommelsessvikt utover det pasienten har blitt informert om etter behandling. Kontrollkomisjonenes tilbakemelding er at den i utgangspunktet ikke vurderer saker som angår ECT, ettersom nødrett ikke kommer inn under paragrafen om tvangsbehandling.

Helsetilsynet har behandlet en sak som angår ECT og tvang. Der fikk sykehuset kritikk for manglende dokumentasjon, og for å ha



MÅ SAMTYKKE: Psykisk helsevernloven krever skriftlig samtykke fra pasienten før ECT-behandling.

opprettholdt behandlingen etter at farekriteriet ikke lenger var til stede.

### – Ikke nødrett

Psykiater og overlege Harald Brauer ønsker ikke en ny debatt hvor bare de som er negativ til behandlingen og mener den er skadelig, blir synlige. Han velger likevel å være åpen om dilemmaet han sto i med den nybakte, psykotiske moren, hvor han ville gi det han mente var den beste behandlingen, men jussen tydelig sa at det ikke var lov.

– Medisinene ga ingen effekt, og hun ble stadig dårligere, og kunne ikke ha besøk av barnet. Jeg mente, og mener fremdeles, at ECT var riktig behandling for denne pasienten.

– Hun hadde ved innskrivelse gitt muntlig samtykke til ECT-behandling, men ble etter hvert vurdert til ikke å ha samtykkekompetanse. Ifølge regelverket må samtykke til ECT-behandling gis skriftlig, og det hadde vi ikke, sier han.

– Det var ikke akutt fare for liv eller død, så nødrett kunne ikke brukes for å begrunne tvangsbehandling med ECT. Jeg tok kontakt med klinisk etikkomité (KEK) ved sykehuset, samt kontrollkomisjonen. Jeg fikk også en godkjenning fra Fylkeslegen.

### – God effekt

Han valgte å sette i gang med ECT-behandling. Siden det ikke var mulig å transportere pasienten til stuen hvor behandlingen vanligvis foregikk, ble anestesen hentet inn på avdelingen, og narkose gitt mens pasienten lå i belter. Beltene ble løst opp under selve behandlingen, men låst igjen etterpå.

– Pasienten fikk raskt god effekt, sier Brauer.

Han forteller at kvinnen selv skrev under på samtykke etter noen få behandlinger.

### Juridisk paradoks

Brauer mener det er et juridisk paradoks at ECT-behandling ikke kan





## Forskning viser at ECT er den mest effektive måten å behandle enkelte lidelser på.

Harald Brauer, overlege og psykiater

brukes som tvangsbehandling på lik linje med tvangsmedisinering.

– I behandlingen av de alvorligst syke pasientene er det ikke enkelt å forstå hvorfor det er et skille mellom ECT og annen type behandling. Forskning viser at ECT er den mest effektive måten å behandle enkelte lidelser på, mens andre lidelser best behandles ved hjelp av medikamenter. Likevel sier lovverket at medisinering kan skje under tvang, mens ECT-behandling ikke kan det.

– Sett i et historisk lys er det forståelig å være varsom, men den forskningsbaserte kunnskapen vi har på dette området tilsier at

det er få alvorlige bivirkninger av ECT-behandling, mens det er mange alvorlige bivirkninger av enkelte medikamenter. Jeg mener det er viktig å ha en åpen debatt om dette.

– Mener du at flere burde få denne behandlingen?

– Ja. Jeg mener at det er for lite bruk av elektrosjokk i Norge. Flere alvorlig deprimerte burde fått dette tilbudet. I min akuttpsykiatriske hverdag ser jeg at behandlingen har en rask effekt hos størstedelen av pasientene som får behandlingen. Den første effekten kommer etter halvannen til to uker, og etter en måneds tid. Med 10 til 12 behand-

linger, har de fleste en god effekt, sier Harald Brauer.

### – Ikke vanskelig valg

– Pasienter rapporterer om hukommelsestap som en bivirkning av ECT-behandling. Anser du det som en alvorlig bivirkning?

– Det er viktig å ta pasientene på alvor, og det har vært en del saker i mediene om ECT og hukommelsestap. Mitt inntrykk er at mediene har fokus på feilbehandling, sier Brauer.

– Jeg ser at alvorlige syke pasienter blir bedre av behandlingen, og jeg synes ikke valget er vanskelig dersom det står mellom å hjelpe en

HUSKER IKKE: Hanne har huller i hukommelsen, og mener det skyldes ECT-behandlingen hun fikk etter at hun fødte sitt andre barn.

alvorlig syk eller å risikere hukommelsesproblemer.

### Vond erfaring

For Hanne på Hamar er virkeligheten en helt annen. Hun har fått en livserfaring hun gjerne skulle vært foruten.

– Å miste hukommelsen er en alvorlig bivirkning. Det er å miste deler av livet. Jeg husker ikke fødselen, jeg husker ikke bryllupet, sier Hanne og skotter bort på datteren som leker i andre enden av stuen.

– Jeg kan ikke fortelle barna om barndommen deres – i stedet er det de som må fortelle meg hva vi har gjort. Det er vondt.

# Helsedirektoratet: – Vi har ingen oversikt

Helsedirektoratet vil nå vurdere å skaffe en oversikt over hvor ofte nødretten blir benyttet for å gi pasienter ECT-behandling. Direktoratet vurderer også å lage retningslinjer over hvem som kan få denne behandlingen og ikke.

– *Hvorfor er ECT unntatt som tvangsbehandling i psykisk helsevernloven?*

– Det er inngripende å legge en person i narkose under tvang. Pasienten skal gi sitt samtykke, og det skal sitte langt inne å tvangsbehandle en pasi-

ent med ECT, sier Ellinor F. Major, divisjonsdirektør for helse og rus i Helsedirektoratet.

## «Irreversibelt og kontroversielt»

Verdens helseorganisasjon (WHO) går imot bruk av ECT uten informert samtykke, og klassifiserer behandlingen som et påtrengende, irreversibelt og kontroversielt inngrep.

– *Har direktoratet oversikt over hvor ofte nødretten blir benyttet i forhold til ECT?*

– Nei, det har vi ikke.

– *Burde dere ikke ha en slik oversikt?*

– Det er mulig det hadde vært ønskelig, ja.

– *Vil dere gjøre noe for å skaffe en slik oversikt?*

– Vi vil vurdere det. Per i dag er det ikke noe krav om å rapportere inn bruk av ECT, så vi har ikke gode nok tall på bruken av denne behandlingen. Sykehusene har imidlertid en mulighet til å rapportere dette, men det er altså ikke noe de er pålagt å gjøre, sier Major.

## Registrerer ikke bivirkninger

– Bivirkninger av ECT-behandling registreres ikke noe annet sted enn i pasientens journal, med mindre det skjer spesielle hendelser under behandlingen, sier hun.

Anbefalingen fra direktoratet per i dag, er at ECT kan gis ved alvorlige, dype depresjoner, hvor annen behandling er forsøkt, uten at man kommer til målet. ECT er ikke førstevalget, men skal først vurderes etter at samtalerapi og medikamenter er prøvd.

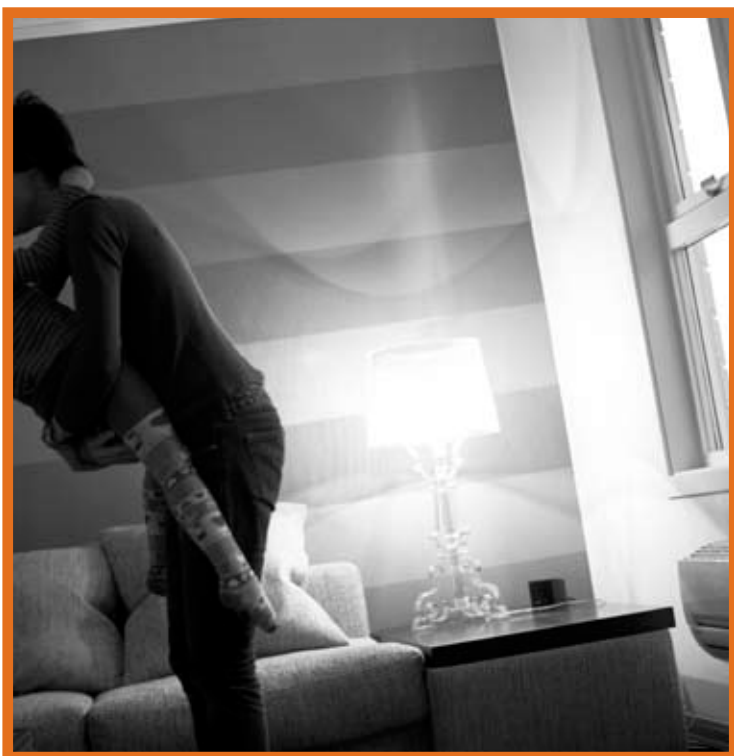
– Vi vet at ECT brukes også ved andre tilstander, som bipolare lidelser. Vi vil vurdere å lage retningslinjer for hvilke tilstander som – i tillegg til alvorlige depresjoner – har best mulig effekt av behandling med ECT.

## ECT vurderes som en inngripende behandling.

Ellinor F. Major, divisjonsdirektør helsedirektoratet



INFORMERT: Helsedirektoratet har ikke oversikt over verken bruk eller rapporterte bivirkninger etter elektroshokkbehandling.



# Elektrosjokk til gravide

Gravide har fått ECT siden 1940-tallet, hevder psykiater.

Men verken faggruppen for psykiatriske sykepleiere eller Helsedirektoratet kjenner til praksisen.

– Bruk av ECT er gullstandarden for behandling av alvorlig post-partum depresjon, sier Harald Brauer, psykiater ved Aker universitetssykehus.

– *Har du selv gitt gravide kvinner ECT-behandling?*

– Ja, det har jeg. Da har det vært både riktig og nødvendig.

– *Er det uproblematisk å gi denne typen behandling til gravide?*

– I forhold til anestesen er det ikke uproblematisk. De som utfører ECT må være observante. Under inngrepet får pasienten en blodtrykkstigning på 30 til 40 prosent, samt større risiko for igangsetting av veer, spesielt sent i graviditeten.

– **Ikke farlig for fosteret**

– *Kan dette være farlig for fosteret?*

– ECT kan være riktig behandling for alvorlig deprimerte gravide. Den gir raskest virkning, og som behandlere har vi et ansvar for å gi best mulig tilgjengelig behandling.

Brauer viser til studier som anbefaler ECT til gravide, deprimerte

kvinner, en behandling som ifølge ham har blitt praktisert siden 1940-tallet. Han mener det ikke finnes holdepunkter for at fosteret blir skadet under behandlingen.

– Det krever dog tett samarbeid mellom gynekolog, anestesilege og psykiater. Det er viktig å monitorere fetal hjertelyd og ultralydkontroll, spesielt i siste trimester.

Han viser blant annet til en metaanalyse fra Miller et al, som gikk gjennom 300 tilfeller av ECT under svangerskapet, hvor de fant få bivirkninger og at det ikke er skadelig for fosteret.

I en oversiktsartikkel fra Tidsskrift for Lægeforeningen, skriver Berle og Spigset at «elektrokonvulsiv terapi (ECT) er en effektiv og skånsom behandling ved alvorlig affektiv lidelse i svangerskapet».

– Amerikansk psykiatrisk forening praktiske retningslinjer foreslår bruk av ECT som en rask, effektiv og sikker behandling for alvorlige affektive lidelser under svangerskapet, spesielt der hvor medikamenter

gir alvorlige bivirkninger for fosteret, utdyper Brauer.

**Ukjent med ECT til gravide**

Ellinor Major i Helsedirektoratet er ikke kjent med at det brukes ECT ved graviditet i Norge.

– En indikasjon på ECT vil være en alvorlig depresjon etter fødsel, men under graviditet må man være uhyre forsiktig. Jeg har forhørt meg med klinikere i psykiatrien, men har ikke fått opplysninger om denne praksisen, sier hun.

– Dersom direktoratet utarbeider retningslinjer for bruk av ECT, er dette et tema vi med stor grad av sannsynlighet vil dekke, sier Major.

Siden det ikke finnes noen nasjonal oversikt over bruken av ECT, er det heller ingen som kan si noe sikkert om omfanget av bruken av denne behandlingen i graviditeten.

**Faggruppen: – Ikke uforsvarlig**

– Verken jeg eller de andre i styret i faggruppen har hørt om at gravide blir behandlet med ECT, så jeg må si

jeg er ukjent med denne praksisen.

Det sier leder i faggruppen for psykiatriske sykepleiere, Unn E. Hammervold.

– *Vil du kunne anbefale ECT til gravide?*

– Det er ikke noe jeg tenker er uforsvarlig. Det å være baby med en alvorlig deprimert mor er et lite godt utgangspunkt for kontakt-etablering. Når gravide er deprimerte, må de få behandling, og faggruppen har ikke grunnlag for å mene at ECT er mer uheldig enn medikamentell behandling. Når det er sagt, ønsker vi et større fokus på ikke-biologisk behandling.

– *Men kan elektrosjokk være skadelig for fosteret?*

– Det har jeg ikke grunnlag for å si.

Hammervold mener det muligens kan være en idé med føringer som sier noe om hvordan nye pasientgrupper kan inkluderes eller ekskluderes fra ECT-behandling. Samtidig er hun skeptisk til et for firkantet regelverk.

# Vil prøve ut minisykehus

Gode erfaringer fra Steigen gjør at Nordlandssykehuset vil starte et pilotprosjekt med sykestuer i tre kommuner.

Nordlandssykehuset i Bodø skal søke Helsedepartementet om midler til et pilotprosjekt med prehospitale observasjons- og behandlingsheter i Steigen, Meløy og Saltdal kommuner. Målet er oppstart første halvår 2009, og prosjektet skal gå over to og et halvt år.

– Enhetene skal være som en moderne sykestue, og her kan primærlegen legge inn pasienten for inntil tre døgn. De skal være samlokalisert med sykehjem eller legevakt. Sykestuene skal eies og drives av kommunen, og de skal også ha røntgen, forteller praksis-koordinator Kai Brynjar Hagen ved Nordlandssykehuset til Sykepleien. Hagen er også fastlege i Bodø.

## Tryggere pasienter

Både Hagen og assisterende direktør Rolf Salvesen ved Nordlandssykehuset mener en slik måte å organisere helsevesenet på først og fremst kommer pasientene til gode. De slipper å reise langt på grunn av unødvendige sykehusinnleggelse. Dessuten kjenner ofte pasienten og helsepersonell hverandre på forhånd i en liten kommune.

– Det kan gjøre pasienten tryggere og har positiv betydning for kommunikasjonen, påpeker Hagen.

– Hvilke pasienter kan legges inn på sykestuene?

– Det kan være eldre med infeksjoner, som trenger intravenøs behandling, og pasienter med kroniske sykdommer som får akutte forverringer og må observeres over en viss tid. Det kan også være stabilisering av akutt pasienter før transport og prehospital behandling som trombolyse, sier Salvesen.

## Gode erfaringer fra Steigen

Det er erfaringer fra Steigen kommune i Nordland som ligger til grunn for pilotprosjektet. Steigen har både fødestue og sykestue ved Steigentunet, med tre akutt plasser. Dette kom i stand etter initiativ fra kommunehelsetjenesten. Tallene viser at av 118 innleggelse i 2007, ble 22 sendt videre til sykehus. De andre slapp innleggelse.

– 80 prosent klarte seg med tilbudet lokalt. Det er en god dokumentasjon på at dette er nyttig, sier Salvesen.

Begge to sier lokale minisykehus vil gjøre det mer attraktivt å jobbe i primærhelsetjenesten.

– Både sykepleiere og leger mener dette gir større faglige utfordringer. Små distriktskommuner sliter ofte med legedekningen, men i Steigen har det vært stabilt, sier Rolf Salvesen.

– Steigen har også gitt oss veldig gode erfaringer med samarbeid



FORHÅPNINGER: Kai Brynjar Hagen håper sykehuset kan sette i gang pilotprosjektet med prehospitale observasjons og behandlingsheter i 2009. Han håper dette er et ledd i en større trend der primærhelsetjenesten blir fundamentet i helsevesenet.

mellom sykehus og primærhelsetjeneste. Dette gir et sterkere allmennmedisinsk miljø lokalt, sier Hagen.

## Pengetrøbbel

For sykehuset vil sykestuene bety mulighet til å spare penger. Det blir færre innleggelse, mindre til ambulansedrift og de får frigjort kapasitet. Men for kommunene er finansieringsmodellen en utfordring.

– Den finansieringsordningen vi har i dag, dekker ikke de økte utgiftene kommunene får. Det er dette vi søker om midler til hos

departementet. I prosjektet skal vi også jobbe for å finne alternative finansieringsmodeller, sier Hagen.

I dag dekker Nordlandssykehuset deler av de ekstra utgiftene i Steigen.

Nordlandssykehuset søker om åtte millioner fra departementet til å sette prosjektet i gang. Erfaringene fra pilotprosjektet skal også evalueres eksternt.

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

Daivobet® -  
et førstevalg ved  
behandling av psoriasis!

Å føle velvære  
- også med psoriasis

LEO®

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<sup>1,2,3</sup>.
- Doseres en gang daglig.
- Daivobet® kan brukes som start- og vedlikeholdsbehandling i opptil 52 uker.
- [www.psorinfo.no](http://www.psorinfo.no)



LEO Pharma AS

Postboks 193 . 0216 Oslo . Norge  
Tlf. 22 51 49 00 . Fax. 22 51 49 01  
[www.leo.no](http://www.leo.no) [info.no@leo-pharma.com](mailto:info.no@leo-pharma.com)



**Daivobet®**

calcipotriol/  
betametason dipropionat

Se preparatomtale side 100



# Hjemmetjenesten skal løftes

Over 200 000 mennesker mottar hjemmetjenester. Med 15 millioner skal regjeringen sørge for økt status på linje med undervisningssykehjemmene. NSF vil være med å planlegge hvordan.

– Kompetansen i og statusen til hjemmetjenesten må heves. Ellers når ikke regjeringen sine mål om effektive og sammenhengende helsetjenester, sier spesialrådgiver i NSF's fagpolitiske avdeling Anne Marie Flovik.

I statsbudsjettet for 2009 foreslår regjeringen å bevilge 15 millioner kroner til et prosjekt med undervisningshjemmetjenester etter modell av undervisningssykehjem. Målet er å stimulere til fagutvikling, forskning og utvikling av gode læringsmiljøer.

Selv om statsbudsjettet ikke er vedtatt ennå, har Helse- og omsorgsdepartementet gitt Helse- og omsorgsdepartementet oppdraget med å utarbeide «noe».

#### NSFs idé

– Ideen om undervisningshjemmetjenester er NSF's. Vi har derfor tatt kontakt med direktoratet og tilbudt vår deltakelse i det videre arbeidet, sier Flovik.

Alle fylker har nå undervisningssykehjem. Ifølge Flovik har undervisningssykehjemmene gitt

denne tjenesten økte midler og økt status. Over 200 000 mennesker mottar hjemmesykepleie eller andre hjemmebaserte tjenester. Likevel sliter tjenesten med å rekruttere nok fagfolk.

– NSF mener at ved å bygge opp undervisningshjemmetjeneste, vil denne tjenesten få økt status og kompetanse. Får vi ikke til dette, vil ikke regjeringen ha noen muligheter til å nå sine mål om effektive og sammenhengende helsetjenester. Befolkningen vil heller ikke få den helsehjelpen de har behov for, og krav på, sier hun.

#### Usikkert om NSF får være med

NSF har fått beskjed fra direktoratet om at det vil bli startet prosjekter. Direktoratet har imidlertid

ikke bestemt hvilke samarbeidspartnere de vil ha med i det videre arbeidet.

– Ettersom dette er vår idé, har vi mange gode innspill å komme med, sier Flovik.

– *Hva foreslår dere?*

– Vi ønsker blant annet å prøve ut prosjekter med ulike modeller i storbyer, mellomstore og mindre kommuner. I små lokalsamfunn er ofte hjemmetjenesten og sykehjemmene bundet tett sammen. Derfor trenger de andre måter å organisere seg på, enn i storbyer hvor tjenestene er atskilt, sier hun.

Det har ikke lyktes Sykepleien å få en kommentar fra Kristin Mehre i Helse- og omsorgsdepartementet innen deadline.

Det er snart 60 år siden vi  
lanserte vårt første produkt



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



NATUSAN® INSTITUSJON - hudpleie siden 1949

# Ruseksperten

Rita Nilsen har lang og relevant praksis. Tjue år på kjøret.

Rita Nilsen entrer scenen. Det er 330 sykepleiere i salen. Mange flere enn hun hadde trodd, så hun er litt nervøs. Kjenner hun skjelver i beina. Hun er siste foreleser, men forsamlingen er lydhør.

Det er 12. november. Mange fikk ikke plass på dette seminaret arrangert av Sykepleierforbundets Oslo-kontor. Salen får høre at Nilsen begynte å drikke som tiåring. Hun prostituerte seg og ble Oslos første registrerte gatebarn. Da hun ble med i pinsmenigheten, fikk hun fem rusfrie år. Så bar det utfor igjen. Alle typer rusmidler gikk med.

Hun slår et slag for Retretten, stedet der hun frivillig øser av sine erfaringer for å hjelpe andre. Rus og avhengighet er så mangt – og mer utbredt enn vi liker å tro.

– Hvor mange av dere er avhengig av rus? spør hun retorisk.

Ingen melder seg.

– Jeg nekter å tro at ingen her er avhengig av rus.

Etter 40 minutter får Nilsen applaus.

**En uke senere** er hun i Retrettens lokaler på Grønland i Oslo. Dette er et møtested for tidligere rusbrukere, straffedømte og pårørende. Rita Nilsen er grunnleggeren av tilbudet hun selv savnet da hun var på kjøret. De ansatte og frivillige har selv erfaring som rusbruker eller pårørende.

Nilsen har kommet med toget fra Espå ved Hamar, der hun har

bodd i ett år med samboeren som er travtrener. Nå har hun nettopp fått besøk av Petter Lange. Han har med blomster.

– Jeg har tolvårsdag som nykter, forklarer Nilsen.

Det var Lange som kjørte henne til avrusing den dagen for tolv år siden. Han er tørrlagt alkoholiker. Om de ofte har kontakt? De ler. Nesten hver dag. Hvem som passer mest på hvem, vet de ikke helt.

Nilsen synes det er like godt å ta intervjuet i stuen, selv om hun har sitt eget kontor. Det blir hyggeligst. I rommet ved siden av har allerede et par besøkende fått nåler i ørene. Akupunktur er en del av tilbudet her. Folk kan komme uten time, det er gratis og ingen journalføring.

## Bønnemøter og rafting er fint, men det er ikke behandling.

– Og det er lov å røyke. Mye nerver her, sier Nilsen.

En besøkende kommer ut fra røykerommet. Han forteller hvor godt det er endelig å ha fått sin egen bolig. «Jeg orker ikke denne kranglinga», sa han sist han besøkte moren. Og så gikk han. Fordi han hadde et sted å gå.

**Rita Nilsen er** uføretrygdet.

– Jeg jobber 350 prosent frivillig for Retretten, flirer hun.

En sykepleier er lønnet fire dager i uken. Seks frivillige besøker innsatte i fengslene. Retretten har også lokaler i Hamar og Askim.

Siden 1997 har Nilsen utdannet seg i Norge, Sverige, Danmark og USA. Hun har grunnfag i medisin og er sertifisert Nada-akupunktør. Sist helg var hun i Trondheim og hadde akupunkturkurs for sykepleiere. De kom fra fire rusinstitusjoner og ett psykiatrisk mottak. Akupunktoren skal hjelpe mot abstinens og indre uro. Den skal også minske trangten etter rusmidler.

– Halla!!

En blond dame kommer feiende inn døren og slår seg ned i sofakroken. Hun og Nilsen ble venninner i pinsmenigheten for 30 år siden.

Venninnene snakker litt om gamle dager og halleluja-tiden.

– Det var en fæl plass. Jeg vet ikke hva som skada mest, religionen eller rusen. Trur ikke det var rusen, sier Nilsen.

Hun fortsetter om Retretten.

– Jeg understreker at her er det rusfritt, sier hun langsomt og distinkt.

– Eneste åpne værestedet i Oslo for rusfrie. Det er for mange lavterskeltilbud.

Hun snakker av erfaring. Vil du ut av rusen, må du vekk fra miljøet.

– Hvis du hele tiden skal gå oppi det, assosierer du til rusen. Har du nerver, så går ikke det.

**En ung dame kommer** inn og setter seg. Hun ser frisk og opplagt ut. Kanskje hun jobber her?

– Jeg får nåler og har samtaler med Rita, forteller hun.

Nilsen snakker om det evige slitet for å skaffe støtte og få gehør. I fjor hadde de inspirasjonsdag og inviterte 160 leger i Oslo. Ikke ett svar.

Men høstens mestringskurs for 11 jenter var vellykket. Ni fullførte. En av dem hadde 37 år med rusbruk bak seg. Nå skal Nav kanskje bruke kurset som et supplement for slike jenter.

Den opplagte damen er tidligere pillemisbruker, forteller hun.

– Påført av legen, mener Nilsen, som går ut av stuen for å snakke med en besøkende som har angst.

Årsaken var migrene. Damen forteller at hun hadde et oppgjør





**Hvem:** Rita Nilsen

**Alder:** 46 år

**Hvorfor:** Hun har selverfart kunnskap om rus som hun deler både med pasienter og helsepersonell.



med legen i høst. Hun visste ikke lenger hva hun ble dårligst av, mi-grenen eller medisinen. Hun trappet ned på medisinen og fikk tips om Retretten.

– Sønnen min er spilleavhengig. Han ble deprimert og prøvde å ta livet sitt. Uansett type avhengighet, så får du hjelp her, skryter hun.

Hun liker at Nilsen går rett på kjernen.

– Rita spør: «Hvorfor kjørte du ikke på det treet?» Eller: «Hvorfor velger du å være et offer?»

Hun trodde ikke hun ville passe inn i samtalegrupper her.

– Sikkert bare dophuer, tenkte jeg. «Du kan jo prøve», sa Rita. Og så møtte jeg folk jeg aldri ville trodd var her.

### Nilsen er tilbake.

– *Hvor mange ganger har du fortalt rushistorien din?*

– Å, kjære, vakre, vene. Det har jeg ikke telling på. Usja meg.

– *Hva tenker du nå om den tiden?*

– Jeg forfølger ikke den tanken mye. Konsentrerer meg om det jeg gjør i dag. Har ikke lyst til å grave i dritten.

Ønsket om et annet liv har hun hatt fra hun var ti år.

– Men det nytter ikke når ingen støtter deg. Dessuten må man gjøre størstedelen av jobben sjøl. Da jeg skjønte det, gikk det.

Da var hun 34.

– *Redd for å sprekke?*

– Å ja, fy fankern. Orker ikke tanken på det helvetet det er å være i misbruket.

Det er enten eller. Nilsen vet at hun aldri kan ruse seg skal hun klare seg. I disse tolv årene har hun aldri sprukket.

– Det hjelper ikke å skyldte på noen. Hvis jeg sprekker fordi jeg er sur på deg, er det jeg som må ta konsekvensen. Man må stå vakt ved tankens port.

### Det er for mange lavterskeltilbud.

– *Er du bitter?*

– Nei. Jeg vet at alle har gjort så godt de kunne for meg.

Nilsens slekt har slitt med rus i mange generasjoner. Nå har hun bare kontakt med en av halvsøs-trene.

– Jeg har hatt et dårlig utgangs-punkt preget av fyll og fanteri. Noen er høyt oppe i gode stillinger. Vi andre er ikke der. Slike ytter-punkter er helt vanlig i alkoholi-serte familier.

**Som 14-åring** ble hun samboer for å slippe å bo på gaten. Slik kom hun inn i pinsemenigheten.

– Tror det redda mye. Men jeg slet med nerver. Det ble ikke bedre i en fanatisk religiøs sekt. Det vi gjorde var aldri bra nok. Gud har sagt, Jesus har sagt, fikk vi alltid høre. Skammen var der alltid.

Da hun var 20, flyttet hun og kjæresten fra storfamilien. Da begynte hun å feste og drikke.

– Jeg har fått så mye juling av denna rusen. Gudskjelov har jeg kommet så godt inn i det å være rusfri.

– *Var du alkoholiker?*

– Blandingsmisbruker. Men jeg foretrekker alkoholrusen.

– *Du snakker i presens?*

– Ja, det gjør vi rusavhengige. Selv om vi er blitt rusfrie, så er vi rusavhengige livet ut.

**I samtalene med brukerne** er Nilsen opptatt av hva som er vanskelig å håndtere når det rusfrie livet starter.

– Vi må ha en reminder. Hva skjer hvis du ruser deg igjen? Det som svir mest er smerten man påfø-rer andre. Kanskje trenger de ikke så mye støtte til å bli rusfrie, men klarer de ikke å ordne opp i sitt forhold til andre, så går det dårlig.

– Mmmm, sier venninnen.

Nilsen fortsetter.

– Det sies at rusbrukerne sit-ter nederst ved bordet. Hvis det er tilfellet, er det en katastrofe. Én rusmisbruker skaper så mye problemer, for seg selv og de rundt. Ikke rart at sykehusene er sprenget. Pårørende utvikler sine egne



### Jeg vet ikke hva som skada mest, religionen eller rusen. Trur ikke det var rusen.

problemer. De får muskelplager og hodepine, begynner med tablettar og alkohol.

**Når Nilsen leser** stortingsmeldinger og handlingsplaner om rusfeltet, opplever hun at politikerne forstår hva det dreier seg om. Det er verre med forvaltningen.

– Den er mest opptatt av det vi gjør feil. Selv om det er enkle ting å rette opp. Det hjelper heller ikke når feltet bruker masse krefter på å bevise at rusreformen 2004 var feil. Sosial- og medisinsektoren konkurrerer, men vi trenger jo begge deler. Det er fryktelig dårlig gjort å fronte egen sak framfor å hjelpe personene som lider. Og hvis kaffe og røyk er terapien, er jeg veldig negativ.

Hun sperrer de store brune øy-nene opp enda et hakk.

– Hei – kom inn.

En mann skritter inn. Han vil ha mat.

– I sjetten. To etasjer opp.

**Sønnen på avrusing** har ringt og purret på de to som skal komme. Nilsen gjør seg klar. Men en besø-kende bare må fortelle henne noe: Tenk, hun har klart å løsrive seg fra sin destruktive ekskjæreste! Det er nesten bedre enn å være rusfri.

– Bra, smiler Nilsen, som tar seg tid.

Hun har prøvd å ha ferie to ganger i år. Men det har skåret seg. Det ble ikke tid. Men om tre dager går flyet til USA der hun skal feire taksgiving hos samboerens familie.

Hun tar på seg vinterklærne. På gaten passerer vi køen med sultne sjeler som skal til fattighuset. Oppi bakken peker hun:

– Der i fengselet har vi hatt 600 besøk i år. Samtaler og behandling.

– *Har du et ønske til helseminis-teren?*

– Bruk mer ressurser på forsk-ning. Man blir ikke frisk av synsing. Bønnemøter og rafting er fint, men det er ikke behandling.

– *Er du for tvang?*

– Vil ikke bruke det ordet. Men skjerming kan være nødvendig. Å vise til frivillighet er ansvarsfraskri-velse. En rusavhengig er ikke i stand til å velge. Abstinensene er uutholde-lige, både fysisk og psykisk.

– *Tips til sykepleierne?*

– Å fortsette med den gode jobben de gjør. Jeg beundrer dem. Og ikke ta det personlig når ruspasientene lyger. De er i en desperat situasjon og trenger tid til å få tillit.

De to venninnene fortsetter oppo-ver mot Kampen og Tyrillikollekti-vet. En ung mann vil bli rusfri. Han venter på mamma og Rita Nilsen med nålene.

# Nytt utseende – samme innhold



Alle våre næringsdrikker er nå samlet under merkenavnet Nutridrink. Det nye designet og de nye navnene er utformet for å lettere forstå hva som kjennetegner de forskjellige produktene. Innholdet er det samme som før. Les mer om endringene og om produktene på [www.nutricia.no](http://www.nutricia.no)

Design: [www.konisis.no](http://www.konisis.no)

**NUTRICIA**  
Advanced Medical Nutrition



**Navn:** Brit Valaas Viddal  
**Stilling:** Leder av NITO Bioingeniørfaglig institutt  
**Ellers:** I en kommentar i Tidsskriftet for Den norske legeförening uttrykker Brit Valaas Viddal sterk bekymring over at flere sykehus overlater blodprøvetaking til blant andre sykepleiere.

## Jeg er redd for kvaliteten.

Brit Valaas Viddal

# Hvem skal ta

- Bioingeniørene bør ta blodprøver, sier Brit Valaas Viddal.
- Sykepleierne kan like gjerne gjøre det, mener Aud Olsen.

På sengeposter både på St. Olav i Trondheim og på Ullevål og Rikshospitalet i Oslo er det blitt vanlig at sykepleiere tar blodprøver. På Akershus universitetssykehus er nesten all blodprøvetaking overlatt til sykepleierne. Det bekymrer **Brit Valaas Viddal**.

– De aller fleste feil blir begått i det vi kaller den preanalytiske fasen. Det vil si i tidsrommet fra det blir bestemt at en prøve skal tas, og til analysen av prøven begynner. Slike feil kan føre til gale analyse-svar.

– *Hva slags feil?*

– For eksempel at det tas prøve av feil pasient eller at prøven merkes med feil navn. Men også forhold rundt selve prøvetakingen, som at det stases for mye, slik at kalium frigjøres og analysevaret blir feil.

Viddal peker på at bioingeniørene har bred kunnskap om hva som kan påvirke blodprøvene. Som at mye skriking hos en unge kan forårsake økte verdier av hvite blodlegemer.

– *Kan ikke sykepleiere lære dette?*

– De har ingenting om blodprøvetaking i utdanningen. Bioingeniørene lærer om blodprøvetaking gjennom veldig mange fag, som for eksempel hematologi. Skal sykeplei-

erne tilegne seg samme kunnskap, krever det mye opplæring.

– *Hva slags konsekvenser kan feil under prøvetaking få?*

– Feil analyseresultat. Forhåpentligvis så feil at man skjønner at noe er galt, så det må tas ny prøve. Da må pasienten stikkes igjen. Oppdages ikke feilen, får det konsekvenser for behandlingen.

– *Får dere meldinger om mange feil gjort av sykepleiere?*

– Min erfaring er at det er vanskelig å holde sykepleierne oppdatert. Det er lite rom for å drive undervisning. Dessuten har mange sengeposter stor utskifting av personale. Man skal ta mange prøver før man blir en god prøvetaker. Mitt ønske er at det er flest mulig eksperter som tar seg av blodprøvene.

– *Er bioingeniørene redde for jobbene sine?*

– Jeg er først og fremst redd for kvaliteten. Personlig liker jeg pasientkontakten, det tror jeg mange bioingeniører gjør. Det gir nærhet til det vi jobber med. Men jeg tror ikke det vil bli behov for færre bioingeniører.

– *Mener du at sykepleiere overhodet ikke bør ta blodprøver?*

– Generelt mener jeg det er bioingeniørene som skal ta blodprøver i sykehus. Men jeg ser at det kan

For pasientene er dette et gode.

Aud Olsen

# blodprøvene?

være hensiktsmessig på spesialavdelinger som neonatal og dialyse, dersom det foregår i tett dialog med laboratoriet.

I tre år har sykepleierne ved Avdeling for geriatri på St. Olavs hospital tatt nesten alle blodprøver. Det ser avdelingssykepleier **Aud Olsen** som et klart gode. Både for pasienter og sykepleiere.

– Vi tar blodprøver når det passer pasienten, og pasienten slipper å forholde seg til så mange mennesker, erfarer hun.

Da bioingeniørene tok prøvene, gikk de runden åtte om morgenen. Da hendte det at pasienter var til undersøkelse eller i dusjen. Nå tilpasser sykepleieren blodprøvene i forhold til andre aktiviteter. Er pasienten tidlig våken, kan nattevaktene ta prøver. Da er resultatene klare til previsitten.

Hun viser til at de tok blodprøver før også.

– Da tok vi prøver som måtte tas utenom rundene. Men det var ikke ofte, så det var lett å føle seg usikker. Det ble heller ikke mye stikketrening.

Nå opplever Olsen at sykepleierne i større grad forholder seg til blodprøvene. Også legene er fornøyde.

– Men sykepleiere har ingenting om blodprøvetaking i utdanningen?

– Opplæring er en klar forutsetning. Sykepleierne må føle seg trygge. Bare det faste personalet får ta blodprøver. Vi er godt lært opp av laboratoriet og de kan tilkalles ved problemer, for eksempel hvis en pasient er vanskelig å stikke, presiserer hun.

Olsen viser også til gode rutiner.

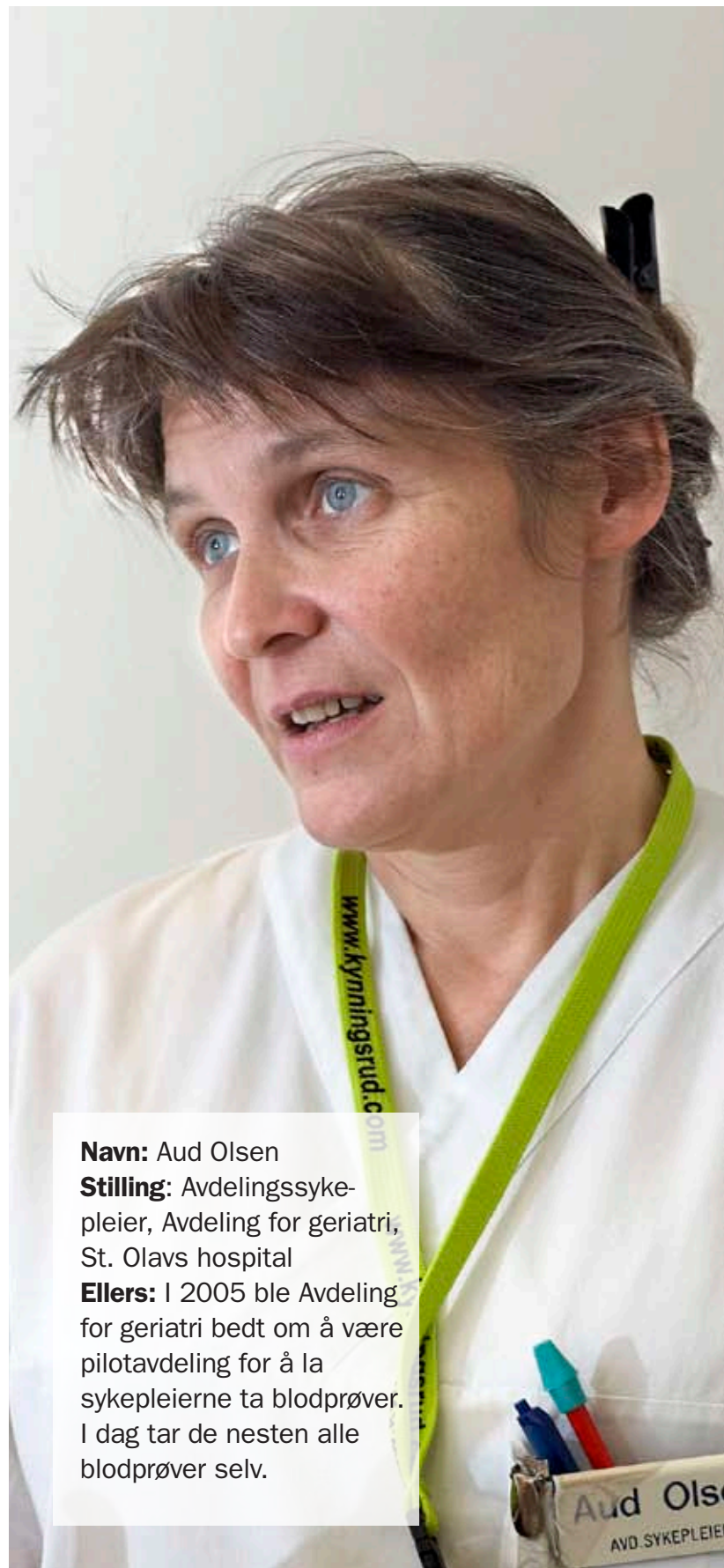
– Vi får ferdige etiketter, hvor det står hvilke prøveglass som skal benyttes, i hvilken rekkefølge prøvene skal tas og om vi må ta spesielle hensyn. Da er oppgaven å stikke, og jeg kan ikke se at det skal være så vanskelig.

– Bioingeniørene frykter dårligere kvalitet?

– Det var noen avvik i begynnelsen, nå er det sjelden. Jeg kan ikke forstå annet enn at kvaliteten er god.

– Har du ingen betenkeligheter?

– Nei. Jeg er veldig fornøyd med at sykepleierne har tatt over. Det forutsetter opplæring og samarbeid med laboratoriet. Men det må sies at vi har et vanlig «repertoar» av prøver, og jeg kan forstå hvis avdelinger med litt mer uvanlige prøver ser det annerledes. Jeg kan bare snakke for meg selv. Men jeg har spurt sykepleierne her om de vil slippe å ta blodprøver og gå tilbake til sånn vi hadde det før. Absolutt alle sier nei.



**Navn:** Aud Olsen

**Stilling:** Avdelingssykepleier, Avdeling for geriatri, St. Olavs hospital

**Ellers:** I 2005 ble Avdeling for geriatri bedt om å være pilotavdeling for å la sykepleierne ta blodprøver. I dag tar de nesten alle blodprøver selv.

# Ingen tvinges til underlivsundersøkelse



FRIVILLIG, ELLER? Astrid Grydeland Ersvik stiller seg undrende til at det legges opp til frivillighet samtidig som det trues med barnevern.

Regjeringen vil tilby underlivsundersøkelse til utsatte grupper. Jenter som allerede bor i Norge får tilbud i 5. og 10. klasse.

I kampen mot kjønnslemlestelse er tvungne underlivsundersøkelser av jenter vurdert som virkemiddel. Men regjeringen har konkludert med at det ikke vil være riktig tiltak.

## Risikoområder

SV foreslo tidligere i høst obligatorisk underlivs sjekk av alle jenter for å forebygge kjønnslemlestelse. Men regjeringen går inn for tilbud om kliniske underlivsundersøkelser til jenter og kvinner fra områder der forekomsten av kjønnslemlestelse er på 30 prosent eller mer. Nyankomne til landet skal få tilbud innen ett år etter ankomst. De som allerede er i

landet, får tilbudet i 5. og 10. klasse. Skolehelsetjenesten skal informere om tilbudet. Selve undersøkelsene skal gjøres i spesialisthelsetjenesten.

## Selv imot

Dersom foreldrene ikke tar imot tilbudet, må skolehelsetjenesten vurdere om de har plikt til å opplyse barnevernet eller om avvergesplikten inntreffer.

Ved tvil mener barne- og likestillingsminister Anniken Huitfeldt det kan være en idé å diskutere saken anonymt med barnevernet.

Helseminister Bjarne Håkon Hanssen sier til [oslo.no](http://oslo.no) at han selv

ville vært imot tvungne undersøkelser, dersom det hadde vært snakk om hans barn.

## Stiller spørsmål

Astrid Grydeland Ersvik, leder av Landsgruppen av Helsesøstre, stiller seg undrende til tidspunktet for undersøkelsene.

– Vi vet at underlivsundersøkelser er minst traumatisk for yngre jenter, sier hun.

Mens regjeringen vil undersøke jenter på rundt ti og femten år.

Hun synes også det er underlig å snakke om et frivillig tilbud, samtidig som man trekker inn barnevernet.

## Viktig dialog

– Er det et stort ansvar å skulle vurdere å kontakte barnevernet?

– Det har vi allerede gjennom meldeplikten. Vi er opptatt av å opprettholde dialogen med foreldrene. Den er helt vesentlig.

Ersvik mener også det er viktig å være klar over hva man leter etter.

– Gjøres dette for å avverge eller oppdage kjønnslemlestelse, spør hun.

– Har du tro på tiltaket?

– Jeg tror ikke dette alene er nok.

– Tror du det vil ha noen effekt?

– Vanskelig å si. Vi får håpe noen lar være fordi de opplever at kontrollen blir strengere.

## Fortsatt sprøyterom i 2009

Borgerlig budsjettforlik sørger for drift av sprøyterommet i Oslo i ett år til.

Høyre, Frp, KrF og Venstre ble forrige uke enige om oslobudsjettet for 2009. Venstre og Frp har stått mot hverandre i spørsmålet om sprøyterommets eksistens. Venstre vil ha det, mens Frp har gått inn for å legge det ned. Når det kom ekstra skatteinntekter på bordet, gikk Frp med på å beholde ordningen ut 2009.

– For oss er dette et godt og viktig tilbud, sier leder i Oslo Venstre og medlem av helse- og sosialkomiteen, Toril Berge.

Hun sier i tillegg at Venstre ønsker en varig sprøyteromsordning.

– Men om den skal være organisert og være lik dagens ordning, må diskuteres. Sprøyterommet må også sees i sammenheng med de andre lavterskeltilbudene som gis. Venstre ønsker for eksempel å se om det kan være gunstig at de narkomane får injisere andre stoffer, sier Berge.

## Vurderer videre

I løpet av året skal sprøyterommet

evalueres og nye tall og fakta vil komme på bordet.

– Det er viktig at vi har oppdaterte og riktige data når vi skal bestemme om ordningen fungerer eller ikke. Det er også viktig at lovforslaget til permanent lov om sprøyterom behandles før byrådet beslutter å fjerne ordningen, sier hun.

## Jobbet for saken

Berge gir skryt til Oslo NSF.

– Vi fikk oppdatert og nyttig infor-

masjon om driften av sprøyterommet før vi skulle bestemme oss. Det er viktig.

Leder i Sykepleierforbundet Lisbeth Normann er også fornøyd.

– At sprøyterommet fortsetter er vi glade for. Dette er en sak vi i NSF har jobbet hardt for. Vi ønsket å få en forlengelse av prøveperioden fordi vi ville ha en skikkelig evaluering av tilbudet. Nå får vi det, sier hun.

tekst Kari Anne Dolonen

# Dessverre, malariamyggen tar aldri ferie!



## MALARONE®

atovakvon/proguanil

gir effektiv beskyttelse (95-100 %)<sup>1</sup> mot *P. falciparum*-malaria for hele familien\*

Effektiv mot *P. falciparum*-stammer som er resistente overfor andre antimalaria<sup>1</sup>  
Kryssresistens mellom andre antimalaria og MALARONE er ikke observert<sup>1</sup>

C Malarone -GlaxoSmithKline-  
C Malarone Junior -GlaxoSmithKline-  
Antimalariamiddel

ATC-nr.: P01B B51

**TABLETTER: Malarone:** Hver tablett inneholder: Atovakvon 250 mg, proguanilhydroklorid 100 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: Rødt jernoksid (E 172), titandioksid (E 171).

**TABLETTER: Malarone Junior:** Hver tablett inneholder: Atovakvon 62,5 mg, proguanilhydroklorid 25 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: Rødt jernoksid (E 172), titandioksid (E 171).

Indikasjoner: Malarone: Profylakse mot Plasmodium falciparum-malaria. Behandling av akutt, ukomplisert malaria forårsaket av P. falciparum.

**Malarone Junior:** Profylakse mot P. falciparum-malaria hos personer som veier 11-40 kg. Behandling av akutt, ukomplisert P. falciparum-malaria hos barn  $\geq 5$  kg og  $< 11$  kg. Siden Malarone og Malarone Junior kan være effektive mot stammer av P. falciparum som er resistente mot et eller flere antimalariamidler, kan disse preparatene være spesielt godt egnet som profylakse og behandling mot P. falciparum-malaria i områder hvor det er vanlig at denne arten er resistent overfor andre antimalariamidler. Offentlige retningslinjer og lokal informasjon om prevalens av resistens overfor antimalariamidler skal tas med i vurderingen. Offentlige retningslinjer vil normalt inkludere retningslinjer fra WHO og helsemyndigheter.

**Dosering: Malarone:** Profylakse: 1 tablett daglig til personer  $> 40$  kg. Behandling: **Voksne:** 4 tabletter 1 gang daglig i 3 dager. **Barn: 11-20 kg:** 1 tablett 1 gang daglig i 3 dager. **21-30 kg:** 2 tabletter 1 gang daglig i 3 dager. **31-40 kg:** 3 tabletter 1 gang daglig i 3 dager. **> 40 kg:** Dosering som for voksne. **Malarone Junior:** Profylakse: **Barn: 11-20 kg:** 1 tablett daglig. **21-30 kg:** 2 tabletter daglig. **31-40 kg:** 3 tabletter daglig. **Behandling: Barn: 5-8 kg:** 2 tabletter 1 gang daglig i 3 dager. **9-10 kg:** 3 tabletter 1 gang daglig i 3 dager. Bortas sammen med mat eller melk og til samme tid hver dag. Ved oppkast den første timen etter inntak, bør ny dose tas. Ved diaré bør normal dosering fortsette. Profylakse skal påbegynnes 24-48 timer før innreise i endemisk område med malaria, tas under hele oppholdet og i 7 dager etter utreise fra området. Profylakse i malariaendemisk område bør ikke overskride 28 dager. For innbyggere (semi-immune personer) i endemiske områder er sikkerhet og effekt av preparatene fastslått i studier på inntil 12 uker. Tablettene bør svelges hele. Kan også knuses og blandes i mat eller melk.

**Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for atovakvon, proguanilhydroklorid eller øvrige innholdsstoffer. Kontraindisert som profylakse mot P. falciparum-malaria hos pasienter med alvorlig nedsatt nyrefunksjon (kreatininclearance  $< 30$  ml/minutt).

**Forsiktighetsregler:** Sikkerhet og effekt av Malarone Junior som profylakse hos barn  $< 11$  kg er ikke klarlagt. Absorpsjon av atovakvon kan være redusert hos pasienter med diaré eller oppkast, men dette har ikke vært assosiert med nedsatt profylaktisk effekt. Dersom pasienter med akutt malaria har diaré eller oppkast, bør alternativ behandling vurderes. Dersom Malarone brukes til behandling av malaria hos disse pasientene, bør parasittmengden i blod følges nøye. Ikke undersøkt for behandling av cerebral malaria eller andre alvorlige manifestasjoner av komplisert malaria som hyperparasitemi, lungeødem eller nyresvikt. Residiv oppstår ofte når P. vivax eller P. ovale, og som utvikler malaria forårsaket av en av disse parasittene trenger tilleggsbehandling med et legemiddel som er aktivt overfor hypnozitter. Ved residiv etter infeksjon med P. falciparum etter behandling med Malarone eller ved behandlingssvikt, bør pasienten behandles med et annet middel med drepende virkning på schizontene i blodet. Parasittforekomst i blodet bør overvåkes hos pasienter som samtidig behandles med metoklopramid eller tetracyklin. Samtidig behandling med Malarone og rifampicin eller rifabutin anbefales ikke. Alternativer til Malarone bør anbefales for behandling av akutt P. falciparum-malaria hos pasienter med alvorlig nedsatt nyrefunksjon ( $Cl_{CR} < 30$  ml/minutt). Svimmelhet er rapportert ved bruk av Malarone. Pasienter bør ikke kjøre bil, bruke maskiner eller ta del i aktiviteter som setter dem selv eller andre i fare dersom de er svimle.

**Interaksjoner:** Proguanil kan øke den antikoagulerende effekten av warfarin og andre beslektede kumarinbaserte antikoagulasjonsmidler. Ved samtidig bruk må forsiktighet utvises ved oppstart eller

### Doseres etter vekt

Tablettstyrke	Vekt kg	Før avreise 1 dag	Under oppholdet daglig	Etter utreise 7 dager
Malarone 250/100	$> 40$	●	●	●
Malarone Junior 62,5/25	31-40	●●●	●●●	●●●
Malarone Junior 62,5/25	21-30	●●	●●	●●
Malarone Junior 62,5/25	11-20	●	●	●

Den daglige dosen bør tas sammen med mat eller melk (for å oppnå maksimal absorpsjon).

### Enkelt i bruk:

Start en dag før innreise til et malariaområde, en gang daglig under oppholdet og i en uke etter utreise fra malariaendemisk område.

seponering av malariaprofylakse eller behandling. Samtidig behandling med metoklopramid og tetracykliner har vært forbundet med betydelig reduksjon i plasmakonsentrasjonen av atovakvon. Forsiktighet ved kombinasjon med indinavir pga. reduksjon av  $C_{min}$  for indinavir. Samtidig behandling med rifampicin eller rifabutin nedsatter atovakvon-nivået med hhv. ca. 50 % og 34 % og bør derfor unngås. **Graviditet/Amning:** Overgang i placenta: Sikkerheten ved samtidig bruk av atovakvon og proguanilhydroklorid hos gravide er ikke klarlagt og potensiell risiko er ukjent. Bruk under graviditet bør kun overveies dersom forventede fordeler for moren oppveier mulig risiko for fosteret. Proguanil hemmer parasittens dihydrofolatreduktase. Ingen kliniske data indikerer at folatsupplement reduserer legemidlets effekt. Kvinner i fertil alder som behandles med folattilskudd skal fortsette med slik behandling mens de tar preparatene. **Overgang i morsmelk:** Det er ikke kjent om atovakvon skilles ut i morsmelk. Proguanil utskilles i morsmelk i små mengder. Preparatene bør ikke brukes under amning.

**Bivirkninger:** Vanligvis milde og av begrenset varighet. Hyppigst rapportert ved bruk av Malarone som profylakse mot malaria: Hodepine, magesmerter og diaré. Hyppigst rapportert ved bruk av Malarone Junior som profylakse mot malaria: Hodepine, magesmerter, diaré, kvalme og feber. Hyppigst rapportert ved bruk av Malarone eller Malarone Junior til behandling av malaria: Magesmerter, hodepine, anoreksi, kvalme, oppkast, diaré og hoste. Uventede hendelser assosiert med Malarone, Malarone Junior, atovakvon eller proguanilhydroklorid: Blod: Anemi, nøytrofeni, pancytopeni hos pasienter med alvorlig nedsatt nyrefunksjon. **Endokrine:** Anoreksi, hyponatremi. **Gastrointestinale:** Magesmerter, kvalme, oppkast, diaré, mageintoleranse, sår i munnen, stomattitt. **Lever:** Forhøyede leverenzymverdier og amylasenivåer. Unormale leverfunksjonstester er reversible og ikke forbundet med uønskede kliniske hendelser. **Luftveier:** Hoste. **Neurologiske:** Hodepine, søvnloshet, svimmelhet. **Øvrige:** Feber, hårtapp, allergiske reaksjoner inkl. utslett (urticaria), kløe, angioødem og isolerte tilfeller av anafylaksi.

**Overdosering/Forgiftning:** Ved mistanke om overdosering, bør symptomatisk støttebehandling gis. **Egenskaper:** **Klassifisering:** Kombinasjonspreparater med atovakvon og proguanilhydroklorid som virker drepende på schizonten i blodet og som også er aktive overfor hepatiske schizonten av P. falciparum. **Virkningsmekanisme:** Kombinasjon av atovakvon og proguanil gir synergetisk effekt. Virkestoffene griper inn i ulike synteseveier for pyrimidin, som er nødvendig for replikasjon av nukleinsyrer. Atovakvon hemmer elektrontransportkjeden i parasittens mitokondrier og medfører kollaps av

mitokondriens membranpotensiale. Proguanil, via metabolitten cycloguanil, hemmer dihydrofolatreduktase og forhindrer deoksytymidylatsyntesen. Proguanil kan også forsterke atovakvons evne til å bryte mitokondriens membranpotensiale hos malariaparasitter. **Absorpsjon:** Atovakvon er svært lipofilt med lav vannoppløselighet. Fettholdig mat inntatt samtidig med atovakvon øker absorpsjonsgrad og hastighet, og øker AUC 2-3 ganger og  $C_{max}$  5 ganger i forhold til ved faste. Proguanilhydroklorid absorberes raskt og fullstendig, uavhengig av samtidig matinntak. **Fordeling:** Atovakvon har høy proteinbindingsgrad ( $> 99$  %), men fortrenner ikke andre legemidler med høy proteinbindingsgrad in vitro. Proguanil er 75 % proteinbundet. **Halveringstid:** Atovakvon: Ca. 2-3 dager hos voksne og 1-2 dager hos barn. Proguanil og cycloguanil: Ca. 12-15 timer hos både voksne og barn. **Metabolisme:** Proguanilhydroklorid blir delvis metabolisert av CYP 2C19. **Utskillelse:** Atovakvon: Ubetydelig utskillelse i urin. Det meste ( $> 90$  %) utskilles uforandret i fæces. Proguanilhydroklorid:  $< 40$  % utskilles uforandret i urin. Metabolittene cycloguanil og 4-klorofenylbiguanid utskilles også i urin.

**Pakninger og priser: Malarone:** 12 stk. kr 371,20. **Malarone Junior:** 12 stk. kr 141,10. Sist endret: 20.05.2008

\* Personer  $> 11$  kg

### Referanse:

<sup>1</sup> McKeage K, Scott LJ. Atovaquone/Proguanil Drugs 2003;6(6):597-623

GlaxoSmithKline

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

# Innvollsrik undervisning

Læreren har hentet to sett med rykende ferske griseinnvoller fra slakteriet. Det nærmer seg eksamen for sykepleierstudentene i Fredrikstad.

En småtrinn flue surrer rundt i nederste etasje på Høgskolen i Østfold. I likhet med 140 førsteårsstudenter ved sykepleierutdanningen nyter den to dagers praktisk stasjonsundervisning i fagene fysiologi og anatomi.

– Dette er en idé jeg lenge har gått og verka med, sier høyskolelektor og anestesisykepleier Egil Bekkhus.

Denne måten å lære bort fysiologi og anatomi på er en del av førstelektorprogrammet hans. Nå er han på plass for andre dag i lokalet sykepleierutdanningen har lånt fra bioingenjørene. Med seg har han fire andre faglærere. Stasjonsundervisningen har seks poster. Lærerne har fordelt seg på hver sin post, den sjettede er ubemannet. Elevene er delt opp i 12 grupper, seks grupper per dag, med en skoletime på hver post.

Innvollene som Bekkhus hentet på slakteriet dagen før, holder seg bra.

## Lunger

På lungeposten har Bekkhus intubert et sett griselunger som han holder

opp for gruppen sin og blåser. De blir store som en riktig festballong. Studentene får beskjed om å ta på og kjenne.

– Bruk hansker. Men bare på én hånd, det er ikke så mange igjen, formaner han.

Studentene konstaterer at den kjennes ut som en svamp. Så slipper han ut luften og lungene krymper som en kokt ullue. Diafragma, muskelen som deler brysthulen fra tarmene, kommer tydelig fram. Han blåser opp på ny og viser at hvis han ikke holder fingeren foran røret som går ned i lungene, så slippes luften ut igjen.

– Men når dere puster inn, slippes ikke luften ut igjen før dere puster ut. Hvorfor ikke?

Stillhet rundt bordet.

– Fordi lungene henger fast? foreslår en usikkert.

– Fordi det er et trykk? foreslår en annen.

– Ja, hva slags trykk?

De diskuterer og kommer fram til at det er en hinne rundt lungene.

– Hva heter den hinnen? Stillhet.

– Pleura? spør en til slutt.

– Ja. Kan du peke på pleura for meg? spør Bekkhus mens han fremdeles holder lungene opp.

Studenten forholder seg rolig.

– Dere andre – hvor er den?

En av studentene fører pekefingeren rundt lungene.

– Er den ikke rundt hele? spør hun og får et bekræftende svar.

## Hjerte og hormoner

Og slik fortsetter det. Lærerne spør og studentene ser, kjenner, prøver og forstår. På hjerteposten må de forklare hva som skjer når man blir svimmel hvis man reiser seg fort opp. De må plassere riktige navn på en plakett av hjertet og får målt EKG. På bordet ligger ikke bare et grisehjerne som skal føles på, men både tunge, spiserør, diafragma, magesekk, lever og nyre. Her blir det bonusundervisning for dem som vil.

Fluen er antakelig ferdig med hovedretten. Den bevilger seg en

sving innom endokrinologiposten hvor studentene skal plassere papirlapper på en tegnet overkropp. Lappene har latinske navn på ulike hormonproduserende kjertler.

– De har problemer med glandula suprarenalis. Bekkhus vil at de skal kunne de latinske navnene, sier Hilde Marie Andreassen som bemanner endokrinologiposten.

Bak henne har en gruppe plassert den problematiske binyren oppe ved halsen.

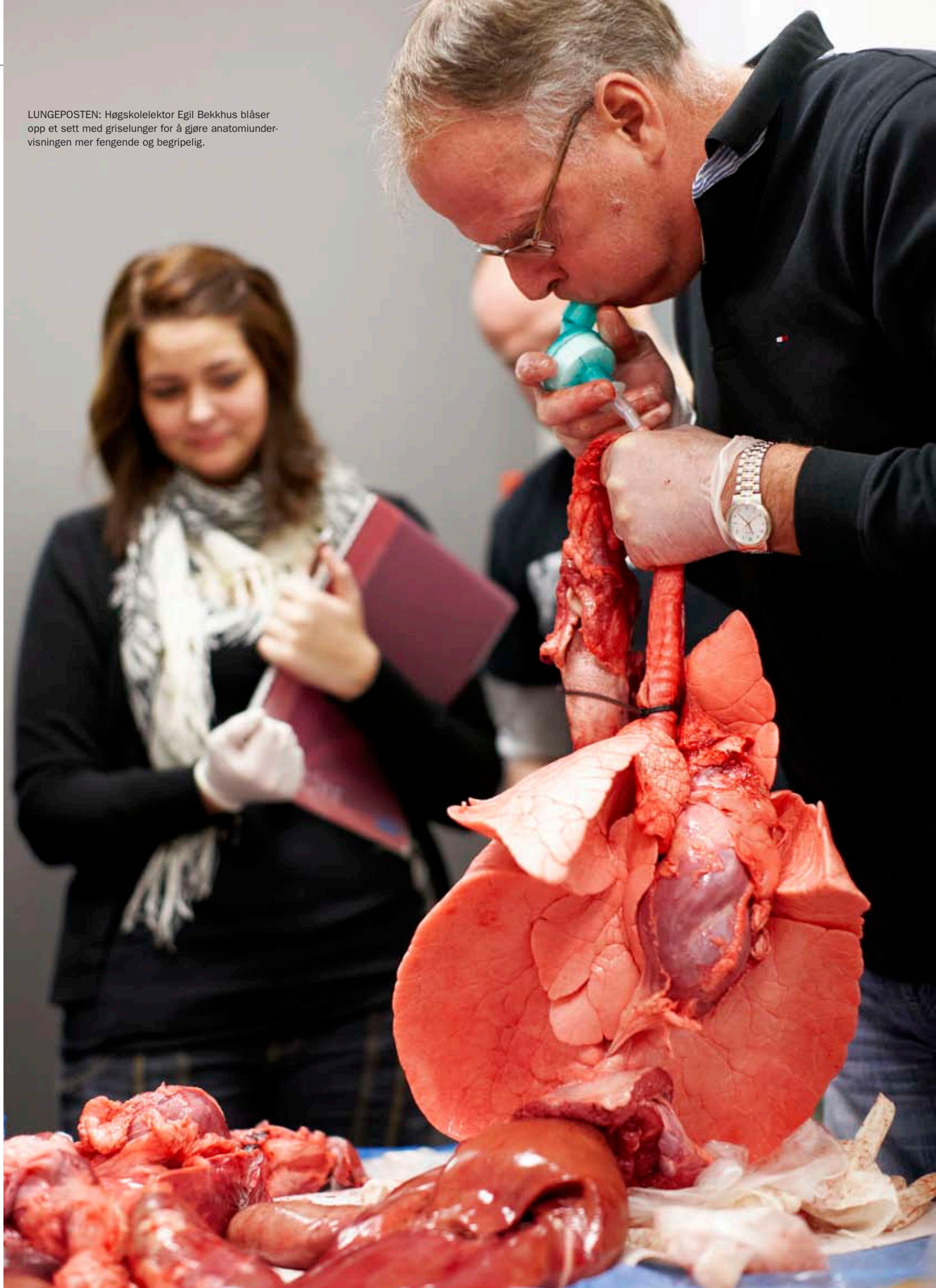
## Svette, urin og celler

Ved tredemølla sjekkes hva som skjer med kroppen under fysisk aktivitet. Harald Oseland viser studentene at energiforbruket øker med tre og en halv gang hvis man går i window-shopping-tempo på kjøpesenteret i stedet for å sitte stille i sofaen og zappe.

Fluen har fem glass for seg selv med ulike sjatteringer av gult. Her skal studentene uten lærerhjelp peke ut hvilken urinprøve som er fra en som har drukket for mye alkohol,



LUNGEPOSTEN: Høgskolelektor Egil Bekkhus blåser opp et sett med griselunger for å gjøre anatomiundervisningen mer fengende og begripelig.





RUSLETEMPO: Når studenten går i «window-shopping-tempo» på tredemølla øker energiforbruket tre og en halv gang fra hun satt i ro.

URINPOSTEN: Hvem har tissa her? For mye alkohol, soppforgiftning, diabetes, dehydrering og normal prøve skal avsløres på urinposten.



▶ spist giftig sopp, er dehydrert, har diabetes og hvilken som er normal. Deretter skal funnene begrunnes.

– Det er ekte urin, opplyser Bekkhus.

Ute i gangen er mikroskop-

posten. Der ser studentene på vev- og celleprøver. De oppdager at epitelcellene er akkurat så firkantet som de tidligere i høst har tegnet i bøkene sine. Den lille cellekjernen med sammenkrøllet arvemateriale

kan også ses som en liten prikk i midten av cellene. Forskjellen er bare at cellene er så mange flere her.

#### Mindre stryk

Disse to dagene med stasjonsundervisning kombinert med at de ordinære undervisningsmetodene også har blitt endret, har gitt flinkere studenter. Studieleder ved Høgskolens sykepleierutdanning, Eli Anne Skaug, har tallene: Strykandelen blant dem som møtte til eksamen i 2006 var 36 prosent i fagene anatomi, fysiologi, biokjemi, mikrobiologi og hygiene. I 2007 var den 13,5 og i 2008 i vår, var den 11,3 prosent.

Men hun legger til at 2008-kullet hadde spesielt dårlige resultater. I 2005 var det 16 prosent som strøk.

Også karakternivået har bedret seg. I 2006 var det 81 prosent som lå i nedre sjikt av skalaen som tilsvarer karakterene D, E og F, mens i 2007 var det 56 prosent. Våren 2008 hadde 53 prosent de tre dårligste karakterene.

Hvordan det vil gå denne gangen, er både Bekkhus og Skaug spente på. Studentene har eksamen en

uke etter stasjonsundervisningen. Så raskt etter har de aldri hatt det før. Tidligere har det vist seg at resultatene blir bedre jo lengre tid det har gått mellom undervisning og eksamenen.

#### Usikkert for 2009

Til tross for gode resultater, er det ikke sikkert denne undervisningsformen får fortsette. Budsjettmøtet seinere i høst vil gi svaret på det. Alle lærerne som trengs til å bemanne postene, gjør dette til et ressurskrevende opplegg for skolen.

– Men så langt har lærernes bidrag vært rene dugnaden, bortsett fra to av lærerne som er ansatt på sykepleierutdanningen, påpeker Bekkhus.

– 2009 er usikker, men vi vil ikke legge denne undervisningsformen helt ned, forsikrer Skaug.

– Organene er i hvert fall gratis. De kan vi takke Gildes fellesslakteri i Sarpsborg for, sier Bekkhus og børster bort fluen fra hånden sin. Blodrestene på fingertuppene hans fikk ikke bli dessert.



**Egil Bekkhus**  
Høgskolen i Østfold,  
avdeling helsefag

# Mindre stryk med casebasert undervisning

Laboratorietrening som supplement til ordinær undervisning bidro til å minske avstanden mellom teori og praksis.

**Målet var å utvikle sykepleiefaglig innsikt gjennom praktisk erfaring.**

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

**Les mer og finn litteraturhenvisninger på**  
[www.sykepleien.no](http://www.sykepleien.no)

**Søkeord:**  
Sykepleierutdanning  
Anatomi  
Fysiologi  
Eksamen

Sykepleierutdanningen i Østfold har de siste årene slitt med stryk og dårlige karakterer ved eksamen i anatomi/fysiologi. Situasjonen ser ut til å være den samme ved andre bachelorutdanninger i sykepleie (1).

Ved hjelp av et prøveprosjekt som ble startet høsten 2007, der casebaserte undervisningsmetoder ble innført som supplement til tradisjonelle forelesninger, klarte utdanningen å snu den negative trenden fra en strykprosent på 37 prosent (2006), 28 prosent (2007) til 20 prosent våren 2008. Tallene tar utgangspunkt i antall førsteårsstudenter. Mange faktorer har bidratt til dette, men jeg velger å tro at vårt prosjekt var en av faktorene som gjorde årets resultat til et av de bedre på mange år. Karakterfordelingen viste også en klar bedring med heving av gjennomsnittskarakteren fra D til C.

Undervisningen utgjorde 28 timer, omfattet 120 studenter og var plassert i 1. studieår forut for studentens første praksisperiode. Gjennom enkle kreative grep ønsket prosjektgruppen å øke studentenes

motivasjon, stimulere læringsprosessen, øke den generelle kunnskapen og dens overføringsverdi, og bedre læringsresultatet. Prosjektet ble gjennomført etter at studentene hadde avsluttet tradisjonelle forelesninger i de aktuelle tema. Prosjektet er en del av egen førstelektorkvalifisering i regi av Høgskolen i Oslo.

## Akademisering

Tidligere var sykepleierutdanningen en del av en håndverkstradisjon, hvor «mester-svenn»-forholdet var bærende som læringsarena. Undervisningen ble bygget rundt prosedyrene, de manuelle ferdighetene og det «kyndige kliniske blikket». Kunnskapen var praktisk og handlingsbasert (2). Målet var å utvikle sykepleiefaglig innsikt gjennom praktisk erfaring. Gjennom en akademisering av sykepleierfaget har studenter og lærere møtt en tradisjon hvor andre og mer teoretiske undervisningsformer dominerer. Sykepleierutdanningen er i dag et profesjonsstudium. I det ligger det en innretning mot en yrkespraksis, i motsetning til i de fleste tradisjo-

nelle universitetsutdanninger, hvor «praktisk fungering» ikke er noe mål. Spørsmålet er om det har blitt et misforhold mellom mål/innhold og valg av undervisningsmetode i sykepleierutdanningen? Blir det valgt undervisningsmetoder (for eksempel forelesninger) som i for liten grad er tilpasset sykepleiefagets innhold og studiets mål? Stjernøutvalget (3) skriver: «Disse utviklingstrekkene har ført til bekymring for at profesjonsutdanningene skal fjerne seg fra praksisfeltet og tilpasse seg akademiske normer definert av universitetene», og videre: «undervisning i medisinske og naturvitenskaplige emner er for svak, og høgskolene bør endre fokus fra undervisning til læring». Det kan se ut som om sykepleierutdanningens ønske om å finne sin plass i høgskolesystemet har medført en ukritisk tilpasning til akademias tradisjoner og regler.

## Pedagogisk overbygning

Vi ønsket å skape en læringsarena som kunne være et supplement til den tradisjonelle forelesningen, og

som samtidig knyttet teori og praksis sammen. Forelesning står og har alltid stått sterkt i høyere utdanning (4,5,6). Som informasjonsformidling egner formen seg godt, men dårlig dersom målet er å knytte bånd mellom den teoretiske og den praktiske, erfaringsbaserte verden. Forelesning har også vist seg lite egnet dersom målet er endring/læring av subjektive verdier, sosiale normer eller å skape motivasjon(4). Kirkevold (7) hevder at det er først når kunnskapen blir integrert i personen at den vil innvirke på personens praktiske handlinger. Ved å øke bevisstheten på betydningen av en sosiokulturell læringsideologi, kan nye og studentaktive metoder utprøves. Kunnskapstilegnelse bør skje i samarbeid med andre i en sosial kontekst. «Læring og meningsdannelse er like mye ute i verden – mellom mennesker – som inne i hodet eller i mennesker» (8).

Kunnskap om anatomi og fysiologi skal hjelpe studenten til å gjøre observasjoner og vurderinger. Men mange av studentene gir uttrykk for at lærestoffet er lite tilgjengelig og vanskelig å overføre til praksis. Resultatet blir at de leser lite, og målet blir kun å stå til eksamen, uten større refleksjon over hva fagstoffet skal brukes til. Det handler om å finne mening, en mening som bare den enkelte student kan finne. Uten mening blir lærestoff og forelesninger meningsløse. Resultatet kan bli umotiverte studenter. Kan en mulig årsak være at utdanningsinstitusjonen ikke tar den voksne student på alvor? Vi ønsket å basere oss på teorier om hvordan voksne lærer (12,13). Disse teoriene er hovedsakelig basert på erfaringer gjort på studenter med variert og lang yrkeserfaring, men etter vår mening vil den også kunne egne seg for denne studentgruppen. Hoveddelen av studentene kommer rett fra gymnaset, men noen av studentene har også lang og variert praksis fra omsorgstjenesten.

#### Rammefaktorer

Anatomi/fysiologi er på linje med alle andre fag styrt av Rammepl-

nen. Vi hadde mange «begrensninger» og mange «muligheter» i prosjektet. Begrensningene var hovedsakelig knyttet til bruk av ressurser: tid, personell og et stort antall studenter (120). De pedagogiske mulighetene i prosjektet var også mange og utnyttet:

- Store areal på et plan som lett kunne være stedet for de aktiviteter vi ønsket
- Tilgang til undervisningsrom med 12 seriekoblede lysmikroskop til bruk i forståelse av celler og vev
- Aktivitetssenter med tredemølle og fysiske måleinstrumenter som på en utmerket måte viste samspillet mellom aktivitet og hvile i kroppen. Her kunne samspillet mellom puls, BT, respirasjon lett anskueliggjøres
- Lærere med variert og bred klinisk kompetanse. Dette var en forutsetning for å kunne få til overføring av kunnskap i emnet og rette fokus mot målet «god sykepleie»
- Kontakt med slakteri som sa seg villige til å levere organer fra gris

Vi hadde et klart ønske om mer tid, men ut ifra at prosjektet var et prøveprosjekt og på grunn av avdelingens vanskelige økonomiske situasjon fikk vi to dager til disposisjon. Prosjektet krevde fem lærere/ressurspersoner i to dager à seks timer.

#### Studentkontakt

Ved å supplere ordinær undervisning med to dager i laboratoriet oppnådde vi kontakt med den enkelte student. Denne kontakten benyttet vi til å gi svar på de spørsmål som den enkelte studenten strevde med. Biggs (4) hevder at pedagoger i høyere utdanning som regel vil støte på to hovedkategorier av studenter, «Susann og Robert».

«Susann» er faglig interessert, høyt motivert, analytisk og har lett for høyere utdanning. Hun manøvrerer enkelt og er ikke så sårbar for didaktiske valg. «Robert» derimot, er svakt motivert. Han oppfatter ikke hvilke forventninger og krav



HJERTEPOSTEN: – Er dette vene eller arterie? På hjerteposten hører det med å undersøke et grisehjerte inngående.

som stilles til ham. En ensidig bruk av forelesning vil i liten grad ta hans læringsforutsetninger på alvor.

Resultat fra tidligere års eksamen i anatomi/fysiologi indikerer at en stor del av studentkullet kan plasseres i kategorien «Robert»: Utfordringen ligger i å tenke at både Robert og Susann har forutsetninger for å lære tilnærmet like mye, men utdanningsinstitusjonen må velge ulike fremgangsmåter for å vekke motivasjon, interesse og fremme innlæring hos disse.

#### Mål for undervisningen.

Tradisjonelt har faget anatomi/fysiologi inneholdt spesifikke kunnskapsmål som har blitt testet ved eksamen. De siste årene har eksamensspørsmålene hatt en dreining fra spørsmål av kategorien «gjør rede for hjertets ledningssystem» til å være mer knyttet til sykepleie og klinisk praksis. Et eksempel er «du skjærer deg og begynner og blø.

Forklar hemostasen». Mapeinnleveringer basert på konkrete case har også blitt benyttet de siste årene. Dersom målet er å knytte påstandskunnskapen tettere sammen med den praktiske sykepleievirkeligheten, må studentene få hjelp til å se overføringsverdien av kunnskap i basisfag til klinisk praksis. Målene ble her av kategorien «vise forståelse for», «kunne anvende eller kunne vurdere». Målene ble bevisst brukt ved organisering av de ulike postene.

Å fremme studentenes motivasjon var et sentralt aspekt ved prosjektet. Ifølge andragogikken vil voksne studenter hovedsakelig la seg styre av indre motivasjon. En av de viktigste faktorer som bryter ned og blokkerer denne, er forhold som neglisjerer hvordan den voksne student lærer (10). Ved å styrke satsingen på den naturvitenskapelige kunnskapen og ved å endre de pedagogiske metodene, vil vi i

større grad sette studentene i stand til å løse oppgaver og møte forventninger som de vil bli stilt overfor i sitt fremtidige yrke. Målene for undervisningen må derfor omfatte mer enn spesifikke kunnskapsmål. I vårt prosjekt fikk studentene blant annet oppgaver i form av konkrete case som knyttet konkret basiskunnskap sammen med klinisk vurdering. Kunnskapen vi ønsket å frembringe ble derfor en veksling mellom «knowing that og knowing how».

### Innhold og organisering

Faginnholdet i tema fysiologi/anatomi er slått fast gjennom studieplan 2007–2008 (15). Studieplanen gir klare og entydige føringer for at det skal være en integrering mellom teoretisk og erfaringsbasert kunnskap, og at naturvitenskapelig og medisinsk kunnskap skal brukes i planlegging og utføring av sykepleie. Faginnhold og mål er derfor to kategorier som gjensidig vil påvirke hverandre. Ut fra de rammer prosjektet hadde til disposisjon, og det faginnholdet som jeg antok var mest relevant, ble følgende valg foretatt: mikrobiologi, biokjemi, celler og vev, hud, fysisk aktivitet/bevegelsesapparat, hormonsystem, blod og immunforsvar, sirkulasjonssystem, fordøyelse og stoffskifte, respirasjonssystem, urinveier og nervesystem. Innholdet på de ulike postene skulle ha stigende vanskelighetsgrad med en utvikling fra påstandskunnskap («know that»), til de siste oppgavene på hver post som i større grad hadde preg av færdighetskunnskap («know how»). En kunnskap som i større grad knytter fakta og klinikk sammen. Dette skulle også avspeiles i konkrete mål på de ulike postene.

Det blir for omfattende å presentere alle postene, men den endokrinologiske post kan stå som et eksempel for tenkningsgrunnlaget. Studentene fikk først utlevert noen lapper med navn på endokrine organer som skulle plasseres rett på en torso. Neste oppgave var å plassere lapper med rett hormon på rett hormonproduserende organ. Studentene fikk så utlevert tekst

som beskrev virkningen til ulike hormoner, uten at navnet ble nevnt. Teksten skulle så plasseres på rett hormon og organ. Til slutt fikk de en case med blodprøver (verdier på TRH, TSH og T3 og T4) fra en pasient med hypotyreose. Ut fra dette skulle de forklare negativ tilbakekoblingskontroll.

Studentene ble inndelt i små grupper (åtte-ti studenter), som beveget seg fra lærepast til lærepast med en time til disposisjon på hver post. Postene tok utgangspunkt i

### Overlater vi for mye av ansvaret til studentene?

det som var presentert under forelesningene. For ikke å gjøre innlæringen av lærestoffet for komplisert, valgte vi å organisere postene ut fra organprinsippet. Dette ga en god struktur og lett oversikten både for oss og for studentene. Det ble organisert fem poster.

### Evaluering

Evaluering av prosjektet ble foretatt ved hjelp av intervju av studenter og lærere. Generelle betraktninger fra intervjuet viser at studentene var svært tilfredse med prosjektet. De ble utfordret, fikk vært delaktige og hadde blitt sett og hørt. En student uttrykte det på denne måten: «Hadde jeg lært så mye hver dag, hadde studiet gått lett».

Organiseringene og de ulike metodene fikk gode evalueringer. Dyrorganer var illustrative og ga ny forståelse. Animasjonsfilmen var spennende og belyste kompliserte prosesser i nyrene på en måte som pensumlitteraturen og forelesningene ikke maktet. Presentasjonen av celler og vev ga en helt ny forståelse for de aller fleste av studentene, vekket engasjement, humor og ga ved selvsyn svar på mange av de problemstillinger som pensum reiste.

Studentene ga uttrykk for at

overføringen av kunnskap i nye situasjoner gjennom case var nyttig, men vanskelig. Nøkkelen til suksess lå hos postens ressursperson. Evnen til å variere og forenkle var en forutsetning, sammen med en klar klinisk forankring. Vi ser i ettertid at det hadde vært nyttig med en dypere diskusjon i forhold til valg av mål på de enkelte poster. Begreper som å gjøre rede for, vurdere, ha kjennskap til, og anvende skulle i større grad vært gjennomdiskutert. Dette hadde muligens gjort arbeidet lettere for både enkeltstudenter og lærere. Engasjerte enkeltstudenter fikk i noen sammenhenger for stor påvirkning på læringsresultatet. De engasjerte enkeltstudentene ønsket mer tid. De ønsket at samtlige hovedtema i pensum fikk sin post. De var imponert over variasjonene i metoder og variasjonene i oppbygningen av de ulike postene. Utsagn fra intervjukjema og gruppeintervjuet ga bekreftelse på at de fleste studenter hadde blitt påvirket av prosjektdagen: «Nå forstår jeg hvorfor dette er viktig og nå forstår jeg hva som forventes av meg. Jeg kan jo ingen ting om dette her, jeg må lese».

### Konklusjon

Det er reist en diskusjon om akademisering av sykepleieutdanningen. En akademisering som flere debattanter hevder har gått på bekostning av tilknytningen til praksisfeltet. Slik jeg ser det handler det i større grad om organisering av innlæringen, enn om nivået og mengden av pensumlitteratur.

Når innlæring av nytt fagstoff som anatomi/fysiologi i all hovedsak organiseres som forelesninger, samtidig som timeplanen i all hovedsak er organisert med parallelle løp og separate eksamener, har vi ingen kontroll med hva studentene engasjerer seg i. Læringsresultatet vil i stor grad bli påvirket av valg av struktur. Overlater vi for mye av ansvaret til studentene? Vi hevder så lett at studentene har ansvar for egen læring. Dypest sett er det slik, men som pedagoger kan vi aldri fraskrive oss ansvaret for tilrette-

legging og integrering av fagstoffet. Dette er et pedagogisk ansvar og kan ikke overlates til studentene alene. Bør det reises en større prinsipiell debatt om bruken av pedagogiske metoder i utdanningen? Bør det i langt større grad benyttes metoder som kan knytte klinikk og teori sammen? Metoder som ivaretar det grunnleggende i sykepleien, og dermed minsker avstanden mellom høgskole og praksisfelt?

### LITTERATUR

1. Bloch Helmers AK. Tidsskr Sykepl 2008; 2: 35.
2. Karseth B. Reformer i høyere utdanning: Nye student- og lærerroller. I: Lauvås P, Lycke K, Strømsø (red) Når læring er det viktigste. Undervisning i høyere utdanning. Oslo: Cappelen, 2006: 57-72.
3. Sett under ett: ny struktur i høyere utdanning: sammendrag av NOU 2008:3. Oslo: Utvalget for høyere utdanning; 2008.
4. Biggs JB. Teaching for quality learning at university: what the student does. 2nd ed. Philadelphia, Pa.: Society for Research into Higher Education: Open University Press; 2003.
5. Pettersen RC. Kvalitetslæring i høyere utdanning. Oslo: Universitetsforlaget, 2005.
6. Bligh DA. What's the use of lectures? 1st ed. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 2000.
7. Kirkevoll M. Vitenskap for praksis? 2. utg Oslo: Gyldendal, 1996.
8. Lave J, Wenger E, Lave J, Wenger E, Lave J, Lave J, et al. Situeret læring - og andre tekster. København: Reizel, 2003.
9. Nissen R, Martinsen K. Lærebog i Sygepleie for Diakonisser. Oslo: Gyldendal akademisk, 2000.
10. Perkins DN, Salomon G. Teaching for Transfer. Educational leadership September 1988: 22 -32.
11. Grenstad NM, Sandven GJ. Å lære er å oppdage. Prinsipper Og Praktiske Arbeidsmåter i Konfluent Pedagogikk. Oslo: Didakta, 1986.
12. Knowles MS. The adult learner: a neglected species. 4th ed. Houston: Gulf Pub.Co, 1990.
13. Knowles MS. Andragogy in action. San Francisco: Jossey-Bass, 1984.
14. Bjørndal B, Lieberg S. Nye veier i didaktikken? Oslo: Aschehoug, 1978.
15. Studieplan. Bachelor i sykepleie. Høgskolen i Østfold. Avd helsefag. 2006 – 2007.

# Generalsekretæren oppsagt

Ellen Beccer Brandvold ble 18. november oppsagt fra stillingen som generalsekretær i Sykepleierforbundet. Brandvold mener hun er usaklig oppsagt.

– Dette er en avgjørelse tatt av forbundsstyret. Vi håndterer dette som en personalsak, sier Lisbeth Normann, leder i Norsk Sykepleierforbund (NSF).

I en e-post til alle ansatte i Sykepleierforbundet kunngjorde Brandvold om kvelden 18. november at hun var blitt oppsagt på dagen, og at hun mener oppsigelsen er usaklig og ugyldig.

Hun meddelte at hun har benyttet seg av sin rett til å stå i stillingen, men er nå fritatt for arbeidsplikten sin.

## Ingen skriftlig advarsel

Neste morgen informerte forbundsledelsen i NSF avdelingslederne om oppsigelsen. Fylkeslederne ble informert senere på dagen.

Brandvold sier oppsigelsen kom helt plutselig på henne, men at hun i oktober fikk vite at det var misnøye med henne. Hun fikk ingen skriftlig advarsel.

## Om tillit

– Vi bekrefter og beklager at vi har måttet si opp ansettelsesforholdet til generalsekretæren. Men det dreier seg om tillit mellom forbundsstyret og generalsekretæren. Det er forbundsstyret som ansetter og sier opp, sier NSF-leder Lisbeth Normann.

– Hvem gjør hennes oppgaver i hennes fravær?

– Vi skal sørge for at oppgavene blir ivaretatt og fordelt.

– *Hva vi du si til medlemmene?*

– Det samme som til alle andre: Dette er en personalsak. Klart det er en trasig situasjon.

– *Er det andre regler for oppsigelse av ledere enn andre ansatte?*

– Nei, ikke andre regler om oppsigelsesprosessen. Men det er noe annerledes med toppledere. Det dreier seg om tillit mellom styret og øverste administrative leder.

## – Leit og uønsket

– *Brandvold sier hun ikke har fått skriftlig advarsel?*

– Vi har fulgt spillereglene arbeidslivet har for denne type prosesser på toppledernivå.

Normann sier saken får ta den tiden det tar for å komme til en løsning.

– Generalsekretæren er i en oppsigelsesperiode. Vi vil ikke forhaste oss.

– *Ser du for deg at hun kommer tilbake?*

– Ingen kommentar.

– *Pinlig for en stor arbeidstakerorganisasjon å ha kommet opp i en slik konflikt?*

– Vil ikke bruke ordet pinlig.

Det er en lei situasjon, og den er uønsket.

– *Det er ikke lenge siden du var med på å ansette Brandvold, og du har selv jobbet sammen med henne på Rikshospitalet. Burde ikke dere være kjent med hennes lederstil?*

– Å jobbe i et sykehus er en helt annen funksjon enn den hun har hatt nå, sier NSF-lederen.

Partene kommuniserer nå via sine advokater.

## – Skjønner ikke

Ellen Beccer Brandvold startet i jobben som generalsekretær i mars i år og overtok da etter Aud Blankholm.

Tidligere har Brandvold hatt flere lederstillinger. Hun har vært oversykepleier på Rikshospitalet og fagsjef i Kreftforeningen. Hun ble hentet til toppen i NSF fra stillingen som kommunalsjef på Nesodden utenfor Oslo. Hun har også vært medlem av NSF's forbundsstyre i to perioder.

– Saken er på ingen måte avgjort, sier Ellen Beccer Brandvold.

– *Normann sier det dreier seg om mangel på tillit. Kommentar?*

– Jeg kan ikke skjønne ut fra det som er presentert for meg at det er grunnlag for manglende tillit mellom styret og meg.

– *Hva er du blitt presentert?*

– Det vil jeg ikke kalle ved navnsnevning. Alt vil komme for en dag. Ingenting av det kvalifiserer til en oppsigelse.

– *Ser du for deg at du kommer tilbake?*

– Jeg utelukker ingenting, jeg.

## – NSF kjente meg

– *Du har vært omstridt leder før?*

– Jeg er tydelig som leder. Du vil alltid finne noen som har lyst til å angripe en slik lederstil fordi de ikke liker innholdet. NSF kjente meg veldig godt. Det var ingen overraskelse hvordan jeg er. Jeg var ikke et fremmed blad.



OPPSAGT: Etter åtte måneder på toppen i NSF ble Ellen Beccer Brandvold oppsagt. Hun skjønner ikke hvorfor.

Brandvold sier at hun var gjennom tester og dybdeintervjuer med rekrutteringsfirmaet før hun ble ansatt i NSF:

– Jeg kom ikke inn bakveien.

Hun forteller at hun etter oppsigelsen har fått støtte via tekstmeldinger og blomster fra både tidligere og nåværende kolleger.

– Mange sier jeg er den best ledende de noen gang har hatt.

I oktober ble Brandvold fortalt at det var misnøye med henne.

– Det gjaldt tre avdelingsledere på huset. Men jeg fikk aldri vite innholdet før i møtet 18. november da jeg ble oppsagt. De hadde klaget på meg, men aldri tatt det opp med meg.

Brandvold føyer til at i tillegg til den personlige belastningen denne konflikten er, synes hun det er tragisk for NSF.

– Det som bekymrer meg mest er hva det betyr for NSF's omdømme at landets største arbeidstakerorganisasjon driver med usaklige oppsigelser.

**Jeg kom ikke inn bakveien.**

Ellen Beccer Brandvold


# 1st Care

Sykepleierstudenter på vei til deg

## TRENGER DU EN VIKAR I JULEFERIEN – ELLER AKKURAT HER OG NÅ?

Har du vanskeligheter med å få vaktlistene til å gå opp i julen? Da kan 1st Care hjelpe deg. Vi er et annerledes og mer fleksibelt vikarbyrå. Alle våre vikarer er nemlig sykepleierstudenter som er klare til å dekke vakter når andre helst vil ha fri. Vi er alltid klare til å rykke ut, selv på svært kort varsel. Vikarer fra 1st Care er både kvalifiserte og engasjerte, og matcher dine behov hele julen.

Les alt om 1st Care på [www.1stcare.no](http://www.1stcare.no)



**RING NÅ PÅ  
22 33 66 40  
OG FÅ DEN FØRSTE  
HVERDAGSVAKTEN  
GRATIS!**

Husk!  
Bestill vikarer fra 1st Care  
til juleferien allerede i dag.  
Ring 22 33 66 40



# Tolker på 16 språk

Ullevål universitetssykehus ba ansatte gi beskjed dersom de kunne tenke seg å bli tolker. Etter to-tre dager hadde 62 stykker meldt sin interesse.

– Nå tester vi om de interesserte har gode nok kunnskaper i norsk og i sitt eget morsmål, i tillegg til

helsefaglig, juridisk og samfunnsfaglig kunnskap om norske forhold, sier prosjektleder Anita Walsøe på Ullevåls nettside.

Dette kan være første steg mot full tolkeutdanning for dem som er interessert i det. Men alle de interesserte må kvalitetssikres.

De som slipper igjennom nåløyet, vil bli en del av det nyopprettede teamet med flerkulturelle tolker på Ullevål. De skal benyttes i akutt-situasjoner og i andre vanskelige saker hvor det er ekstra viktig at kommunikasjonen mellom helsepersonell, pasient og pårørende blir

forstått av alle involverte parter.

Det skal testes på i alt 16 språk fra punjabi og persisk til russisk og amharisk. Testene er et samarbeidsprosjekt med Inkluderings- og mangfoldsdirektoratet (IMDi) som har et nasjonalt fagansvar for tolketjenestene i Norge.

## Datakortet – bevis på hva du kan!

Dokumenter datakunnskapene dine med Datakortet. Det gjør deg mer ettertraktet for arbeidsgivere og du får selv oppfrisket dine datakunnskaper.

### Hvordan får du Datakortet?

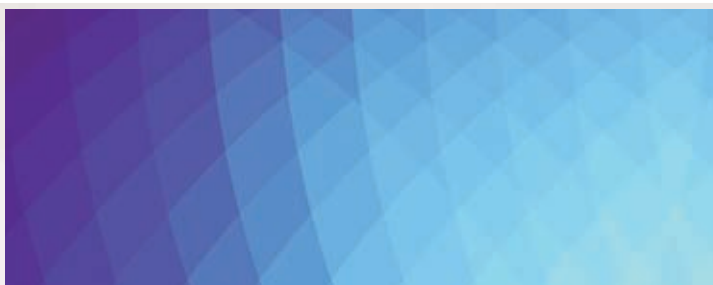
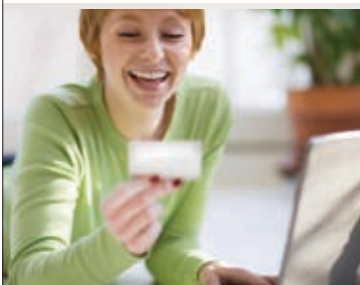
1. Kontakt ditt nærmeste Testsentersenter
2. Avtal tid og ta testene
3. Få kompetansebevis og kort

Testsentrene tilbyr også kurs for dem som ønsker det. Og det finnes opplæringsmaterieil for selvstudium.

### Datakortet består av 7 moduler:

- Grunnleggende IT-forståelse
- Bruk av datamaskin og operativsystem
- Tekstbehandling
- Regneark
- Database
- Presentasjon
- Internett og e-post

Datakortet/European Computer Driving Licence (ECDL) er verdens mest utbredte, leverandøruavhengige sertifisering av grunnleggende IT-kompetanse. I Norge finnes det rundt 300 testsentre som tilbyr testing og kurs. **Se [www.datakortet.no](http://www.datakortet.no)**



Bevis på hva du kan!



# – Ingeniører mer verdt enn sykepleiere

Likelønnsnemnda overprøvde likestillingsombudets uttalelse og ga Harstad kommune medhold.

– Skuffende, sier forbundsleder Lisbeth Normann.

Hun synes det er synd og rart at markedskrefter går foran likelønn.

– Det er et sterkt signal, og viser en umoderne tankegang. Det er mangel på sykepleiere, spesielt i kommunene. Likevel blir ikke lønn brukt som rekrutteringsmiddel. Sykepleierne har imidlertid ikke noe privat marked å gå til i motsetning til ingeniørene. Nemndas avgjørelse betyr i praksis at det vil være umulig for sykepleiere å få samme lønn som ingeniører, sier hun.

Normann sier samtidig at slike avgjørelser bare motiverer enda mer for å fortsette kampen for likestilling og likelønn. Hun får langt på vei støtte fra likestillingsombud Beate Gangås.

## – Påfallende

Likestillingsombudet ser ikke helt svart på nemndas avgjørelse.

– Nemnda er enig med ombudet i flere av våre vurderinger, blant annet at avdelingssykepleierne og fagkoordinatorene utfører arbeid av lik verdi, sier hun.

Gangås finner det for øvrig påfallende at hun sjelden hører at kommuner anfører markedshensyn til fordel for kvinnedominerte yrker.

– Fører mangel på sykepleiere eller barnehagestyrere til økte lønninger for disse gruppene, eller er det slik at kommunene for eksempel ansetter ufaglært personale i barnehagene i

stedet? Vi påpekte i vår uttalelse at det er vanskelig for sykepleiere å vise til et alternativt privat marked slik ingeniøren kan. Dersom markedshensyn tillegges for stor vekt, vil det medføre at det er nærmest umulig for ansatte i kvinnetypiske yrker å oppnå lik lønn for likt arbeid, sier hun.

– Er det mulig å gå videre med saken?

– Avdelingssykepleierne kan be domstolene behandle spørsmålet. Domstolen har full adgang til å overprøve nemndas avgjørelse, sier hun.

## Klag!

– Hva betyr avgjørelsen i praksis?

– Kommunen har fått gjennomslag for at markedshensyn er legitime hensyn når det gjelder ulik avlønning for manns- og kvinnedominerte yrkesgrupper. Kjernen i likelønnsproblematikken er strukturelle ulikheter som gjerne har historiske årsaker. Nemndas avgjørelse viser at det kan være vanskelig å benytte likestillingsloven for å få gjort noe med disse ulikhetene. Nemnda har imidlertid presisert at denne avgjørelsen gjelder denne konkrete saken, og at andre likelønsspørsmål må vurderes konkret.

Beate Gangås oppfordrer andre til å klage på avlønning de mener er ulovlig etter likestillingsloven paragraf 5, slik at spørsmålet om lik lønn for arbeid av lik verdi kan gis en bredere behandling.



## Dette er saken:

Likestillingsombudet ga i vår to avdelingssykepleiere rett i at de var lønnsdiskriminert i forhold til fire avdelingsingeniører i Harstad kommune.

Ombudets avgjørelse var den første prinsipielle likelønssaken hvor kvinnene fikk medhold. Harstad kommune anket saken til likelønnsnemnda hvor Harstad kommune fikk medhold av nemnda 14. november.



Foto: Marit Fonn

NSF-NORMANN: Skuffet over likelønnsnemndas avgjørelse.



Foto: Likestillings- og diskrimineringsombudet

LIKESTILLINGS-GANGÅS: – Påfallende at nemnda lar markedshensyn gå foran likestilling.



## En vellykket misforståelse

Jeg var på et medisinsk seminar som nyutdannet sykepleier. Av uvisse grunner begynte en nevrolog og jeg å prate om fransk litteratur i de sene nattetimer. Og jeg ble anbefalt en forfatter.

Da jeg kom hjem til min mer boklærde kjæreste var forfatterens navn mørklagt i mitt hode, men jeg husket at det var på tre stavelser. Da ble Charles Baudelaire dratt ut av bokhyllen.

I ettertid skulle det vise seg at det var Guy de Maupassant legen hadde henvist til. Men Baudelaire ble for meg et lidenskapelig bekjentskap. Jeg leste hans «Prosadikt» uten å kunne legge fra meg boken. Først flere år senere skulle jeg forstå – etter å ha lest alt jeg kom over av ham – at det var gjennom prosadiktene hans tidligere sonetter ble forløst. Tekstene er skrevet på 1800-tallet, men preges av en så grunnleggende søken etter mening at de er høyst aktuelle også i dag.

Han ser menneskesinnet, også på det dypeste og mest dystre. Dette formidles med burlesk og original humor. En bok jeg ville reddet ut av huset om det brant!



Inger Østergaard

## Forfatterintervjuet: Provokatøren

Også Svein Olav Daatland lar seg provosere av aldring.



Foran ham ligger årets mest rosa bok. På omslaget hever en eldre, veltrent kvinne på øyebrynet. Inni er en samling tekster om aldring og samfunn. De har Svein Olav Daatland skrevet gjennom 25 år som redaktør for tidsskriftet «Aldring og livsløp».

– *Hvorfor er aldring så provoserende?*

– Fordi vi lever i et moderne samfunn der idealet er endring, ikke ettertanke. Eldre er, sammen med barna, fremmede. De tilhører de to periodene i livet der vi ikke har kontroll. Siden vi helst vil fikse alt er de provoserende både for samfunnet og for individet.

Daatland peker på at alderdom til dels er belagt med skam. I dag ønsker man helt ned i 20-årene å fremstå som yngre en man er.

Å frykte alderen er ikke noe nytt fenomen. Men i vårt samfunn er det så uttalt.

– Alderen er noe vi flykter fra, sier han.

Men samtidig er det kanskje heller ikke så rart at vi gjør det.

– Hvem ønsker å bli gammel og syk, spør han og smiler.

Svein Olav Daatland er opptatt av at alderdommen ikke er en sykdom.

– Vi har ikke tatt inn over oss at folk ikke lenger dør når de er 70, men mye senere. De fleste er også friske til de er 85. De siste tiårene har det vært dramatiske endringer i livsløp, men det levnes liten interesse, mener han.

I offentligheten handler alderdom bare om utgifter til pensjon eller omsorgstjenester.

– I dag regnes man som senior fra man er 60. Da har man kanskje 40 år igjen å leve. Det er et halvt liv. Mange 80-åringer klør i fingrene etter noe å gjøre.

For Daatland er den utrettelige aldersforskningen et slags rettferdighetsprosjekt.

– Jeg er vokst opp med en bevissthet om ulikhet. Og jeg mener at samfunnet er organisert etter aldersgrupper på en fremmedgjørende måte. Ytre krefter kategoriserer oss. På en måte fratar alderen personligheten, og man må kjempe for å beholde sin identitet.

Han peker på at vi selv også bærer på denne fremmedgjøringen, som til slutt blir en ulempe når alderen innhenter også oss.

– *Er aldring provoserende for deg også?*

– Til dels. Jeg merker meg at når folk spør hva jeg forsker på, så reagerer de besynderlig. Som om de lurer på om jeg har gått på feil buss. Hvorfor forsker jeg ikke på voldtekter eller kvinnekamp, eller det som virkelig betyr noe. Dette preger også samfunnsforskningen. Men jeg holder faktisk på med halvparten av livet.

– *Hvorfor begynte du som ung mann med aldersforskning?*

– Tilfeldigheter. Jeg var i praksis som skolepsykolog, og så fikk jeg et jobbtilbud. Kanskje handler det om at jeg liker trygghet. Jeg er litt forundret selv. Fordelen er at når jeg blir eldre, så vet jeg hva jeg snakker om. Ungdomsforskere kan kanskje etter hvert få et problem.

Daatland vil gjøre alderdommen til en naturlig del av livet.

– Mange føler også at det er den beste delen, med unntak av de to-tre siste årene da mange er skrøpelige. De opplever ro og modenhet og at livet er verd å leve.

Men han vil ikke la hoppla-seniorene fylle hele bildet. I det han kaller den dype alderdommen er det mange som blir syke og må ha omsorg. Og det mener han må ses i en livsløpssammenheng.

– De som har nådd den dype alderdommen, er også individer. Ikke bare organer som skal pleies. Også denne fasen er formet av tidligere perioder i livet. Derfor må vi kjenne den enkeltes historie.

Daatland tror vi i vår tid har lett

## 3 å lese i julen

Anbefalt av Kristin Heggen, professor ved Universitetet i Oslo



Per Petterson:

### Jeg forbanner tidens elv

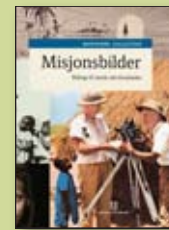
Sterke skildringer av en sønns sårbarhet knyttet til manglende omsorg og en myndig mors oppdragelse.



Vigdis Hjort:

### Tredje person entall

Den kvinnelige hovedpersonen kommer fra en lovende familie og/men det går henne ille i livet. Hvorfor? Kan skjebnen styres? Hvordan kunne livet hennes blitt annerledes? Evige spørsmål som Hjort får leseren til å reflektere omkring.



Marianne Gullestad:

### Misjonsbilder

Gir skarpstilte analytisk bilder av norske misjonærs arbeid og selvforståelse. Sosialantropologen Gullestads forskning gir meg alltid nye tanker om hva det betyr å være norsk. Kunne anbefalt hele forfatterkapet.

## Hvis bare unge menn fulle av testosteron skulle styre verden, så hjelpe meg.

for å vende frykt til forakt eller nedlatenhet.

– Politikerne snakker om eldrebølge. Overfor denne gruppen kan de tillate seg det. De kunne aldri snakket om pakistanerbølgen, kommenterer han tørt.

– Overfor det vi frykter kan vi bli rå og korttenkte, og derfor trenger vi normer. Vi skal ikke synes synd på, men anerkjenne.

Med valgseier til Barack Obama går vi kanskje inn i 40-åringenes gullalder.

– Sånn sett ville det kanskje vært bedre om McCain hadde vunnet?

– He, he. Men se på USA; av de tre reelle presidentkandidatene var én svart, én kvinne og én pensjonist. Med unntak av kvinnen hadde det aldri kunnet skje i Norge. Nå snakker vi om at det blir få innvandrere på Stortinget neste periode. Det er jo også litt unyansert. Er det så sikkert at en vietnameser føler seg representert av en inder? Hvem representerer de eldre? Vi har Inge Lønning og

muligens et par andre. Men hvis det er sånn at eldre ikke ønsker å sitte på Stortinget fordi det er for mye jobb, så har vi et demokratisk problem. Det kan ikke være sånn at bare de under 50 holder ut. På samme måte må vi sørge for at politikere med små barn kan klare det.

Daatland tror samfunnet trenger en balanse mellom refleksjon og dynamikk.

– Hvis bare unge menn fulle av testosteron skulle styre verden, så hjelpe meg.

Daatland ser boken som et innlegg til debatt. Kanskje kan den også dempe frykten.

– Vår skjebne er at vi skal dø. Hvis man får leve livet ut, som flere gjør i dag, så kommer ikke døden som en overraskelse.

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



## Svein Olav Daatland

**Aktuell med:** Aldring som provokasjon. Tekster om aldring og samfunn

**Utdanning:** Sosialpsykolog

**Yrke:** Aldersforsker

**Bosted:** Oslo

**Alder:** 62 år



## I bok og på nett

37 °C er tittelen på Gyldendals kunnskapspakke for bachelor i sykepleie. Pakken inneholder fem lærebøker i medisinske og naturvitenskapelige fag. I tillegg har hver bok sitt eget nettsted. Så langt er én av bøkene utgitt. Det er «Legemidler og bruken av dem».

## Helhetlig om alternativ behandling

**Anmeldelse:** Endelig en innførbok for sykepleiere om noen allment kjente komplementære behandlingsformer.

De tre første kapitlene er skrevet med referanser til andre relevante sykeleieteoretikere som har tenkt helhetlig sykepleie, som Florence Nightingale og Jean Watson. Kapitlet om alternativ behandling i Norge har en kort historikk om oppbyggingen av en komplementær kunnskapsbase, som i dag har nytt nasjonalt forskningssenter i Tromsø. Med eget nettsted, ny lov, registrering av alternative behandlere og et interesseorgan har komplementære behandlingsformer fått et kvantesprang inn i det nye årtusen.

Ligger det en aldri så liten appell til sykepleiere om å jobbe helhetlig her? Om å ta i bruk berøring og musikk og å fokusere mer på ernærings betydning for kroppens

velvære? Eller ved å ta videreutdanning i en komplementær behandlingsform? I så fall kan nok noen oppleve boken litt misjonerende. Kapitlet om ernæring, musikk og kosthold bygger i tillegg på redaktorens egen forskning.

I kapitlet om virkelighetsforståelse og sentrale begreper, samt vedlegg bakerst i boken, forklares mange av de mest brukte begrepene i komplementær og alternativ medisin. Å gjenopprette balanse i energinivået, i forholdet mellom kropp, sjel, ånd, følelser og tanker utgjør basisen, samt selvutvikling og selvbehandling. Derfor er kropp- og energibegrepet nøye beskrevet.

Så kommer korte kapitler om akupunktur, soneterapi, homøopati, aromaterapi og healing, skrevet av utøverne selv. De presenterer essensen av behandlingsfilosofien supplert med korte beskrivelser av

hvordan behandlingen foregår.

Begrepene ånd, sjel og religiøsitet brukes om hverandre på en måte som skurrer litt i mine ører. Det antydes at ånd og religiøsitet hører sammen. Religiøsitet er en trosbekjennelse. Åndelighet, slik det brukes i boken, går mer i retning av en tro på sammenheng mellom kropp og sjel. Flere steder henvises det til folkemedisin. En god påminnelse, fordi folkemedisinen baserte seg på en helhetlig tenkning ettersom den skulle tilpasses hverdagen til den enkelte.

Boken holder absolutt det den lover. En balansert lærebok med akkurat passe kunnskapsnivå og format. Den er lettlest, er god å holde i hånden og har fine fargeillustrasjoner.

Kunnskapene appellerer til flere sanser enn venstre hjernehalvdel. Det gjør lesingen helhetlig.



### Komplementær og alternativ behandling

En grunnbok for sykepleiere  
Av Berit Johannessen (red.)  
236 sider  
Gyldendal, 2008  
ISBN 978-82-05-37998-5

**Anmelder:** Hege Øhren, høgskolelektor

## Kunne lest enda mer

**Anmeldelse:** Hendelser under andre verdenskrig er beskrevet i en rekke bøker. Det synes som om temaene er uendelige, og noen ganger lurer jeg på om ikke denne epoken er beskrevet tilstrekkelig. Men etter å ha lest «Utan kvinnor hade det inte gått», skjønner jeg at det ennå finnes nye interessante og fullt ut berettigede forhold å skrive om.

Boken handler om de norske kvinnene som flyktet til Sverige og fikk asyl der, et tema som i liten grad er utdypet før. Jeg har med særlig interesse lest historien til noen av sykepleierne. De gjorde en nyttig og imponerende innsats både for sine landsmenn som var flyktninger, og i det svenske samfunn for øvrig.

En av disse sykepleierne, Agnes Christensen (Gaastrand) har fått et

eget kapittel. Her omtales de dramatiske hendelsene som førte til at en ung idealistisk sykepleier måtte flykte til Sverige. Gjennom denne og andre historier får vi også kunnskap om hvordan krigsutbruddet og den første krigstiden kom til å påvirke sykehus som Ullevål i Norge, og hvordan ansatte der og andre steder deltok i motstandsarbeidet.

Søster Agnes sin historie er mer nøyaktig og detaljert beskrevet enn mange andres. Kanskje fordi den var så spennende. Hun endte i tysk krigsfangenskap etter at konvoien hun var med på vei til England ble senket og hun ble plukket opp av tyske skip. Gjennom hennes historie får vi også et innblikk i hvordan nordmenn tok ansvaret for forebyggende helsearbeid blant norske flyktninger.

Også mange andre norske sykepleiere omtales. Det er imponerende, men også bokens svakeste punkt. For det gir en kort og litt oppramsende framstilling av stoffet. Jeg får så lyst til å vite mer om flere av dem og deres innsats.

At forfatteren også er sparsom med kildehenvisninger, er svært beklagelig. Det er ikke tvil om at han har undersøkt i mange arkiv og samlet kilder fra forskjellige steder, for det dokumenteres etter hvert kapittel. Men dessverre får leseren i svært mange tilfeller ikke vite hvilke av dem han har hentet opplysningene fra.

Boken er skrevet på et lettlest og godt svensk. Den har også en pen layout med mange bilder som understøtter innholdet. Trass noen kritiske bemerkninger anbefales den for spesielt interesserte.



### Utan kvinnorna hade det inte gått

Norge-Sverige 1940-1945  
Av Göran von Knorring,  
407 sider  
Furudal International – Svensk/Norsk Kulturcenter, 2008  
ISBN 978-91-633-2593-9

**Anmelder:** Jorunn Mathisen, førstelektor

# Månedens bok

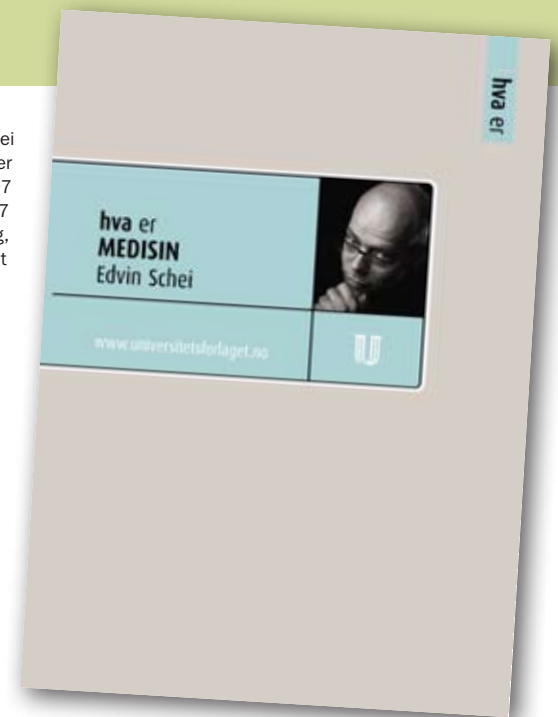
Av Edvin Schei

160 sider

Universitetsforlaget, 2007

978-82-1500-924-7

Anmelder: Thore K. Aalberg,  
cand.polit. og homøopat



## En tankevekker

Bra bok, som med fordel kunne gått mer i dybden.

**Anmeldelse:** Edvin Schei åpner denne boken med et sitat fra 1200-tallet som tydelig signaliser at medisin er et etisk og kommunikativt anliggende.

Han diskuterer begrepet helse med utgangspunkt i Verdens helseorganisasjons definisjoner av både 1946 og 1970. Da den finske helseministeren fikk høre den første definisjonen, skal han ha sagt at «i Finland kaller man det orgasme».

Grunnlaget for det som blir oppfattet som dagens medisin, biomedisinen, bygger på en naturvitenskapelig og teknologisk tilnærming. Den har svake tradisjoner for kritisk refleksjon, ivaretagelse av relasjoner og følelser, håndtering av usikkerhet, uenighet og feil, og vurdering av ulike kunnskapers relevans. Leger praktiserer og underviser i medisin som om kropp, sinn og miljø er atskilte fenomener. Konklusjonen er at helsearbeidere trenger personlige egenskaper som i gresk sivilisasjon ble kalt for mot, barmhjertighet, rettferdighet, måtehold, storsinn og visdom.

I avsnittet om medisinenes menneskeforståelse bekrefter Schei indirekte at universitetenes og høy-

skolenes pedagogiske syn går hånd i hånd med medisinenes menneskeforståelse. Han skriver at studentene får kunnskaper, perspektiver og holdninger som de tar med seg ut i samfunnet.

Når det gjelder klinisk forskning hevder Schei at medisinen har tatt opp i seg humanistisk og samfunnsvitenskapelig forskning for å beskrive pasientopplevelser og

behandlingserfaringer. Dette har sykepleieforskningen drevet med i årevis. Han hevder at sykepleiefaget er tett knyttet til legevirksomhet og har fulgt medisinenes tekniske utvikling.

Nedgangen i en rekke epidemiske sykdommer startet lenge før en oppdaget bakterier og fortsatte til man fikk effektiv behandling og vaksinasjon. Data fra flere land tyder på at medisinske tiltak bare står for 10–20 prosent av

endringen i levealder. Hovedårsaken til vestens helserevolusjon er hygieniske tiltak og nok tilgang på næringsrik mat. Et sted i boken hevdes det at moderne medisin er unyttig og ofte direkte skadelig for menneskets helse.

Edvin Schei har lyktes svært godt med å nå målene han har satt seg med denne boken. Den bør være en tankevekker for alle

**Han hevder at sykepleiefaget er tett knyttet til legevirksomhet og har fulgt medisinenes tekniske utvikling.**

helsefagstudenter, fordi han legger så stor vekt på betydningen av kommunikasjon og etikk.

Helhetsinntrykket av hvordan leger fungerer i praksis er ganske rosenrødt. Han omtaler ayurvedisk medisin, tradisjonell kinesisk medisin og homøopati på en saklig måte. Han hevder at det er placebo som gjør at pasienten føler seg bedre ved homøopatisk behandling. Han skriver at han i sin legegjerning har begynt å spørre folk

med en nyoppstått sykdom om de opplever spesielle påkjenninger i tilværelsen. Medisinsk statistikk som forfatteren refererer til er informativ, men samtidig reiser den spørsmål som leseren ikke får svar på.

Kanskje boken hadde vært tjent med litt mindre bredde og mer dybde? Skillet mellom fag og tema er mer forvirrende enn avklarende. Hva gjør religion til et tema og idéhistorie til et fag? Schei beskriver utviklingen av sykepleiefaget med henvisning til Høgskolen i Bergen. Er den representativ?

Schei er til sine tider personlig, men ikke privat. Han har et godt språk. Der han benytter faguttrykk har han egne henvisninger som forklarer begrepene godt. På et par steder bruker han foreldede uttrykk som omstreifer og barnehagetante. Det største overtrampet gjør han når han kategoriserer homofili som en diagnose. Allerede i 1977 opphevet Norsk psykiatrisk forening homoseksualitet som sykdomsdiagnose.

Boken er oversiktlig, inneholder en fylldig litteraturliste og et stikkordsregister. Den har ingen trykkfeil.



## Hvilken sykdom rammer krimhelten i Jon Michelets nyeste roman om Vilhelm Thygesen?

Svar: Prostatakrefte



**Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie**  
Av Ida Torunn Bjørk og Marit Solhaug

### Hjelp til å forske

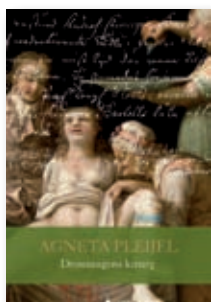
**Omtale:** Prosessen i et prosjektarbeid er tema for denne boken. Den er rettet mot sykepleierstudenter og sykepleiere i praksis som ikke har utdanning på master- eller hovedfagsnivå. Boken belyser de ulike trinnene i prosjektarbeid og viser til tre prosjekter som er blitt gjennomført i praksis.



**Det store kolesterolbedraget**  
Av Malcolm Kendrick

### Medisin som genererer penger

**Omtale:** Lege og forsker Malcolm Kendrick avslører tette bånd mellom legemiddelselskapene og legevitenskap. Kendrick tar for seg kolesterolsenkende medisiner, som han mener er virningsløse og kanskje skadelige.



**Dronningens kirurg**  
Av Agneta Pleijel

### Besatt av underliv

**Omtale:** Fødselsomsorg på 1700-tallet beskrives i denne romanen. Den berømte fødselslegen Herman Schützer har blant andre forløst den svenske dronningen. Han ivrer etter å avsløre medisinske hemmeligheter, men er også på jakt etter berømmelse. Det gjør han til en forfengelig mann som beveger seg i grenseland.



**Pust for livet**  
Det viktigste helsegrepet du kan ta  
Av Marianne Magelssen

### Om pusten

**Omtale:** Marianne Magelssen er sykepleier med lang erfaring fra akuttmedisin og intensiv. Hun har sett hvor viktig pusten er i alle faser av livet, og er forundret over at hun aldri har lært om helseeffektene av en bevisst og fullstendig pust. Derfor har hun laget denne boken som viser hvordan pusten kan brukes som verktøy til bedre helse.



**Sosiale ulikheter og helse**  
Av Bjørgulf Claussen

### Gjør forskjell

**Omtale:** Da Bjørgulf Claussen studerte medisin lærte han at sammenhengen mellom sosiale ulikheter og helse tilhørte fortiden. I takt med økende levestandard ville slike sammenhenger forsvinne. I dag er han professor i samfunnsmedisin og oppsummerer norske og andre vestlige undersøkelser som viser at dette ikke stemmer. Claussen gir mulige forklaringer på hvorfor, og kommer med ti tiltak som kan redusere de sosiale forskjellene i helse.



**Personlighet og personlighetsforstyrrelse**  
Av Svenn Torgersen

### Helt personlig

**Omtale:** Hvordan personlighet og personlighetstype bestemmer oppførsel, beskrives i denne boken. Den tar også for seg personlighetsforstyrrelser og andre mentale forstyrrelser, og presenterer ulike former for behandling. Dette er andre reviderte utgave.



## Hva leser du nå?

– Jeg er akkurat ferdig med trilogien til Stieg Larsson, sier **Trond Einar Olaussen**, NSF's fylkesleder i Finnmark.

– Egentlig leser jeg ikke krim, vet ikke hvorfor. Men jeg tenkte jeg skulle prøve Larsson, og jeg ble helt slukt. Første bind hørte Olaussen som lydbok i bil.

– Jeg har seks timers pendlervei. Men vel hjemme

hendte det at jeg måtte ta en ekstra runde med bilen for å få hørt ferdig kapitlet.

Nylig har han også lest «Hodejegerne» av Jo Nesbø.

– Jeg likte boken, men får ikke helt dreisen på språket hans. Jeg begynte også på «Frelseren», men la den bort. Det er noe som gjør at bøkene ikke oppleves troverdig.

tekst **Nina Hernæs**

# En ekte legeroman

Lege **Christer Mjåset** ville skrive en distriktslegeroman. I «Legen som visste for mye» begynner han med å ta livet av gammellegen.

## 1 Hvorfor en legekrim?

Vanskelig å si. Jeg hadde lyst til å skrive en distriktslegeroman. Distriktslegen er jo en potensiell detektiv; en som reiser rundt og får høre mye. Jeg ville synliggjøre alle strengene man må spille på, fra å snakke med eldre hjemme i deres egen stue til å drive gjenopplivning på brygga. At det skulle være en krim var ikke meningen i utgangspunktet.

## 2 Hvor fant du ideen til plottet?

I «Skjærgårdsdoktoren» er det en gammeldoktor, som er halvveis udugelig. Jeg tenkte: Hva om han har hemmeligheter? Hva om han døde i første kapittel og etterlot et mysterium til sin etterfølger?

## 3 Hva liker du selv best ved boken?

Jeg hadde lyst til å skrive en «feel good»-roman, eller det er kanskje ikke riktig. Hm. Vanskelig spørsmål ... Det jeg liker godt er at jeg legger ut veldig mange tråder, som jeg klarer å nøste opp. For en forfatter er det som å klare et veldig komplisert regnestykke. Selv synes jeg det er en drivende god fortelling.



## spørsmål til Christer Mjåset

## 4 Ifølge en anmelder er «Legen som visste for mye» høstlektyre for kvinnelige sykepleiere som ønsker lett underholdning. Hva synes du om det?

Man skal passe seg for å kritisere kritikere. Men jeg tror helsepersonell vil like boken, både på grunn av gjenkjennelsen og fordi jeg beskriver dagligdagse opplevelser i helsevesenet.

## 5 Du skriver om en sjefsyrkepleier kalt «Dragen». Er hun representativ for sykepleierne du har møtt?

Nei. Det er veldig mange typer sykepleiere i boken. «Dragen»

viser bare en av flere måter en sykepleier kan skjøtte jobben sin på. Hun blir også mindre dragete etter hvert. Jeg prøver å beskrive ulike typer, både blant sykepleiere og leger.

## 6 Hva er den siste fagboken du har lest?

Den handlet om vegetative tilstander. «The Vegetative State» av Bryan Jennett.

## 7 Og siste skjønnlitterære?

«Like østenfor regnet» av Levi Henriksen. Det er en av høstens store romaner. Han har en

egen evne til å skape gode stemninger ut fra enkle, men interessante historier. Den handler om en mann som finner seg selv.

## 8 Hva inspirerer deg til å skrive?

Dagligdagse hendelser. Historier jeg hører. Underfundigheter. Men også bøker og filmer. Jeg har alltid vært sånn at når jeg har hørt noe, så dukker det opp en ny historie. Jeg spinner videre og vrir på dem.

## 9 Blir du rik av boken?

He, he. Hadde jeg tatt ekstravakter i den tiden jeg har brukt til å skrive, da hadde jeg nok vært rik.

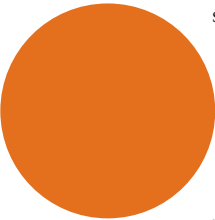
tekst **Nina Hernæs**  
foto **Jo Michael**

# Husk å stemme før nyttår!

Helsevesenet trenger **smarte** løsninger.  
På de neste sidene finner du 23 ideer som kan lette  
sykepleiernes arbeid eller gjør det lettere å være pasient.

**Stem på den du mener fortjener  
100 000 kroner!**





Det er tid for å kåre årets smartinger blant sykepleierne igjen. Helt frem til nyttår kan du stemme på sykepleien. no eller sende inn stemmekortet som følger med denne utgaven av Sykepleien.

### Tredje året

Det er tredje året konkurransen arrangeres. Og ingen ting tyder på at det er idétørke ute på arbeidsplassene.

I 2006 kunne leserne stemme blant 18 kandidater. Det var én pris, stemt frem av leserne. Det ga 100 000 kroner i premie. Vinneren var det såkalte melkerøret fra nyfødtposten på Haukeland sykehus i Bergen.

I fjor var det bare 14 kandidater. Da var hovedprisen, lesernes favoritt, på 100 000 kroner, som i 2006. I tillegg fikk en fagjury tildele én pris på 50 000 kroner og én pris for beste urealiserte idé, også på 50 000 kroner.

Hovedprisen gikk til prosedyrekortene på Barneenheten ved Rikshospitalet. Fagjuryens pris gikk til Bekkestua helsestasjonsprogram for samtalegrupper for skilsmissebarn. Beste urealiserte idé ble «Kar i posen», en bleiepose for menn funnet opp av pensjonist Kari Jaastad Grov på Stord.

### Rekordmange ideer

Ville det komme ideer nok i år eller var alle de lure oppfinnelsene allerede kommet på bordet? Neida, forslagene kom. I år kan Sykepleien presentere hele 23 kandidater.

Det er kommet inn forslag fra hele landet, fra by og bygd. Nord-Norge er landsdelen som har levert flest kandidater, fra Stokmarknes, Fauske, Bodø og Tromsø. Selv om fjorårets vinner var fra Rikshospitalet, er det ingen kandidater fra de store sykehusene i hovedstadsområdet. Men småsteder som Sandnes og Fauske stiller med to kandidater, fra sistnevnte sted er begge fra psykiatrien.

To av forslagsstillerne har to oppfinnelser med i konkurransen.

### Ny kommunepris

Årets konkurranse har utvidet siden i fjor: En pris for beste idé fra kommunesektoren. Sykepleien har inngått et samarbeid med kommunesektorens arbeidsgiverorganisasjon KS, som bevilger 50 000 kroner til denne prisen.

Guðrun Grindaker fra KS er nytt medlem i juryen, som i år er utvidet fra fire til seks medlemmer. Hun synes det er veldig bra at såpass mange av forslagene kommer fra kommunene.

– Vi tror at denne type konkurranse, med den oppmerksomheten som følger, kan stimulere til enda mer kreativitet og nyttenkning, sier hun.

Å stimulere den enkelte til å bruke sin kreativitet er god arbeidsgiverpolitikk. Smarte løsninger er et gode for brukerne av kommunenes helse- og omsorgstjenester. Dessuten må nyttenkning og innovasjon til for å klare utfordringene kommunene står overfor i årene fremover. Dette er bakgrunnen for at KS fra i år har blitt med på Smartprisen.

### Utløst noe positivt

Seniorrådgiver Siri Bjørnstad i Inno-

vasjon Norge mener det er veldig mange spennende kandidater i årets konkurranse.

– Det viser at Smartprisen utløser noe positivt, fremtidens løsninger som ellers ikke ville kommet fram. Forslagene er veldig forskjellige. Noen har bakgrunn i tunge forskningsprosjekter, andre er enkle tips som kan bedre hverdagen.

– Ser dere ideer som særlig egner seg for videreutvikling?

– Det er først og fremst de forslagene som ikke har kommet så langt i utviklingen. Om ideen en gang blir realisert, kommer an på om forslagsstilleren har vilje til å satse videre. Det å være gründer krever utrolig mye, og det er ikke alle som ønsker eller skal gjøre det, sier Bjørnstad.

Innovasjon Norge eies av Nærings- og handelsdepartementet og jobber for å styrke norsk næringsliv. Selskapet kan gi pengestøtte eller hjelpe med kompetanse når ideer skal videreutvikles til noe oppfinnelse kanskje kan tjene penger på.

## Dette er fagjuryen:



Egil Høyem, seniorrådgiver i Innovasjon Norge



Knut Dybvik, intensivsykepleier Nordlandssykehuset i Bodø



Guðrun Grindaker, direktør i KS Arbeidsgiverutvikling



Terje Andersen, anestesisykepleier på Rikshospitalet



Mette Dønåsen, fagsjef i Norsk Sykepleierforbund



Katrine Bjåmer, fagutviklingssykepleier, Sandvika hjemmebaserte tjenester, Bærum

Lesernes  
hovedpris:  
kr. 100 000

Fagjuryens  
favoritt:  
kr. 50 000

Beste  
urealiserte  
idé:  
kr. 50 000

Beste fra  
kommunene:  
kr. 50 000

# Stem på den smarteste

## Hvem fortjener 100 000?

Stem og vinn en boksjekk på kr. 1000,-

### Slik kan du stemme:

- på [www.sykepleien.no](http://www.sykepleien.no) • epost: [smart@sykepleien.no](mailto:smart@sykepleien.no)
- eller send inn vedlagte svarkort, porto er betalt.

Frist 31.12.2008. Kun én stemme per medlem.

1	Helsering-prosjektet .....	s. 59
2	Ståplate for høydergulering .....	s. 60
3	Samarbeid om intravenøsbehandling i sykehjem .....	s. 61
4	Nedbrytbar munnduk .....	s. 62
5	Snuhjelperen .....	s. 63
6	Løftekladden .....	s. 64
7	Kvalitetssikring av pleieplaner.....	s. 65
8	Etikk-prosjekt i kommunen .....	s. 66
9	Norskstimen .....	s. 67
10	Ny type stellefrakk.....	s. 68
11	Selvhjelpskort for psykiatriske pasienter .....	s. 69
12	Jobbfamilien .....	s. 70
13	Belteveske for småutstyr.....	s. 71
14	Medisindepot med dato .....	s. 72
15	Pillepermen.....	s. 73
16	Samarbeidsprosjekt om IKT og demenskunnskap .....	s. 74
17	Hvem gjør hva i demensutredning.....	s. 75
18	Medisinbanken .....	s. 76
19	Bandasje for suprapubiskateter .....	s. 77
20	Barnas time .....	s. 78
21	Bilde av tablettene på pakningen .....	s. 79
22	Mappe til nye hjemmepasienter.....	s. 80
23	Forflyttingsunderlag .....	s. 81



# Kommune og sykehus i nær kontakt

Pasientene får et bedre tilbud og de ansatte mer kunnskap med en sammenhengende behandlingsskjede. Pleie- og omsorgstjenesten på Ringerike foreslår prosjektet Helsering til Smartprisen.

I mars i år gikk startskuddet for et samarbeidsprosjekt mellom Ringerike kommune og Ringerike sykehus. Målet var å knytte første- og andrelinjetjenestene tettere sammen.

– Konsekvensen for den enkelte ansatte har i første rekke vært en opplevelse av trygghet, forteller virksomhetsleder for Hønefoss omsorgsområde og Ringerike kommune, Anne Cathrine Garder.

## Tryggere brukere

– Hovedmålet for Helsering-prosjektet er å gi pasientene en sammenhengende behandlingsskjede som skal yte tjenester etter LEON-prinsippet (Lavest Effektive Omsorgs Nivå – et prinsipp om at alt forebyggende og helsefremmende arbeid bør foregå i så nær tilknytning til hjemmemiljøet som mulig, red.anm.), forklarer Garder.

I den anledning opprettet Ringerike kommune en ressursenhet som består av en særlig styrket sykepleiefaglig kompetanse. Denne enheten har en nøkkelfunksjon knyttet opp mot et forsterket hjemmetilbud, som også gis på sykehjem. Resultatet er at flere pasienter har blitt tatt hånd om i hjemmet, fremfor å måtte dra på legevakten, med påfølgende korttidsopphold på sykehus. Pasienten kan få tilbud om forsterket hjemmetilbud med ekstra observasjon eller sykepleierprosedyrer, dersom dette er vanskelig å gi hjemme.



– Vi flytter kompetansen fremfor pasienten i mye større grad enn tidligere, sier Garder.

## Stor suksess

Ressursenheten samarbeider med ambulante sykepleier som har sitt utspring i akuttmottaket på syke-

huset, der 13 erfarne sykepleiere fyller funksjonen i en turnusordning. Den ambulante sykepleieren har funksjonstid mellom klokken 12 og 20, og skal fungere støttende, veiledende og sykepleierforsterkende mot kommunens helsepersonell. Utdfordrende oppdrag og prosedyrer kan i sin helhet overlates til ressursenheten.

– Det er alltid personale med bred kompetanse til stede, så man er ikke alene, påpeker Garder.

Hun er sikker på at ressursenheten ligger til grunn for det hun beskriver som en stor suksess.

– Vi har kommet langt med

kandidat  
1

## Helsering-prosjektet

Forslagsstiller: Virksomhetsleder Anne Cathrine Garder, Hønefoss omsorgsområde, Ringerike kommune.

# Vil ha noe bedre enn trekassene

Hvordan tilpasser man arbeidsstillingen for høy og lav rundt operasjonsbordet?

kandidat  
2

## Ståplate for høyregulering

Forslagsstiller: Hege Sommerseth, Martine Hansens Hospital, Bærum

– Et operasjonsbord har standard høyde med hev og senk funksjon, men teamet rundt bordet har ulik høyde. Da sier det seg selv at arbeidshøyden må bli feil for noen, resonnerer Hege Sommerseth, oversykepleier ved poliklinikken på Martina Hansens Hospital i Bærum.

Selv måler hun 180 centimeter på strøpelesten, og mener derfor at hun vet hva hun snakker om.

### Trekasser

– Jeg har jobbet mye i ergonomisk uriktige stillinger, så ideen om en justerbar ståplate har vokst seg gradvis frem, forteller hun, og viser til et eksempel:

– Sykepleierne på poliklinikken lager ortoser (skinner) på pasientene. Disse legges fra ankel til lår. Når vi da er to med ulik høyde som assisterer, må arbeidshøyden nødvendigvis bli gal for en av oss.

På operasjonsstuene i dag benytter man seg av trekasser i ulike høyder. Disse kan imidlertid ikke finjusteres for riktig arbeidshøyde, og vil derfor bare kunne gi tilnærmet ønsket høyde for personalet. Med en fleksibel ståplate kunne

man justere seg frem til eksakt ønsket høyde med finstilte innstillinger, mener Sommerseth.

### Hydraulisk fotpumpe

– Jeg tenker meg en ergonomisk plate uten strøm, med en hydraulisk fotpumpe for å regulere høyden. Den er også tenkt med en øvre ergonomisk del som kan tas av og vaskes i en autoklave for bruk på operasjonsstuene, eller være permanent der det ikke er så viktig med renholdet, forklarer hun.

Oversykepleieren er ikke fremmed for at ståplaten kan være overførbart også til andre arbeidsområder.

– Den burde kunne brukes i alle situasjoner der flere med ulik høyde jobber mot en arbeidsstasjon. Det kan for eksempel være ved et samleband i industrien eller på et bilverksted. Bare fantasien setter grenser, sier hun.

Sommerseth har fått svært positive tilbakemeldinger på ideen fra sykepleierkollegene ved poliklinikken og oversykepleieren på operasjonsstuen. Hun har ikke kommet lengre enn det i arbeidet med ideen.



HØYDEFORSKJELL: Hege Sommerseth er 180 centimeter høy. Kollegene må ha noe å stå på hvis hun skal få riktig arbeidshøyde.

# Intravenøse sykehjem

I Skien kommune lærte de sykehjemsansatte om intravenøs behandling. Dermed ble sykehusinnleggelses med infeksjoner fra sykehjem mer enn halvert.

Lisbeth Østby må få smartprisen, synes de ansatte ved Nome sjukeheim i nabokommunen til Skien. De har nominert henne etter at de i år fikk samme undervisning som de sykehjemsansatte i Skien kommune har fått siden 2007.

Lisbeth Østby jobbet på Sykehuset Telemark i Skien og syntes det var fortvilende å se alle de eldre som ble lagt inn på sykehus for å få intravenøs behandling. Sykehusinnleggelsene er en stor og til tider unødvendig belastning for pasientene på grunn av forflytning. I tillegg kommer økt ressursbruk og flere korridor plasser på sykehusene.

– Innleggelse fra sykehjem til sykehus skjer ofte på grunn av urinveisinfeksjon, pneumoni og dehydrering. Dette er alle tilstander som kan behandles intravenøst på sykehjem. De fleste sykepleiere har lært om det i utdanningen, sier Østby.

## Gode tall

Dermed satte hun i gang et prosjekt i samarbeid med Sykehuset Telemark. Der frisker hun opp den praktiske intravenøskunnskapen



til sykepleierne på sykehjem, og holder teorikurs for alle helsefaglige sykehjemsansatte. De får oppfølging hver 14. dag og tilbud om kontinuerlig telefonveiledning. Sykehjemmene har også fått en perm med informasjon om intravenøs behandling.

Etter at 430 ansatte i Skien har vært gjennom opplegget, har det vært 80 intravenøstilfeller fra januar til oktober 2008. Hvor mange det var tidligere, finnes det ikke tall på, men av de sju sykehjemmene i Skien var det bare ett som ga intravenøse væsker før prosjektet. Ingen ga antibiotika. Nome sjukeheim har tidligere gitt noe intravenøs behandling etter sykehusinnleggelse, men nå startes behandling på sykehjemmet etter ordinasjon fra lege.

Når Østby sammenligner perioden etter at sykehjemmene var ferdige med kurs i 2008 og fram til juni 2008, med samme periode

i 2007, finner hun at innleggelses med infeksjoner er redusert med 59 prosent i Skien. Altså er antallet infeksjonsinnleggelses mer enn halvert.

– Østby har også bidratt til at samarbeidet mellom kommune og sykehus er blitt bedre, skriver de ansatte på Nome sjukeheim i søknaden til Smartprisen.

## Må ta seg tid

Da Sykepleien skrev om dette prosjektet tidligere i år (se nr. 7/08), kom det reaksjoner fra andre sykehjemssykepleiere. Disse mente det var et ressursproblem at intravenøs behandling ikke ble gitt, ikke et kunnskapsproblem.

– *Hvordan skal hardt pressede sykepleierne ta seg tid til dette?*

– Det handler om prioritering, tilrettelegging og bevisstgjøring, sier Østby.

– *Fra ledelsens side?*

– Ikke bare, men ledelsen må

kandidat  
3

**Intravenøsbehandling ved sykehjem – samhandling med spesialisthelsetjenesten** ved Lisbeth Østby.

Forslagsstiller: Nome sjukeheim ved Bent Krogager, Bjørg Enggrav, Oddbjørg Nordnes og Grethe Lona.

ØVELSE GJØR MESTER: To sykepleiere ved Skien sykehjem veksler på å sette veneflon og å være prøvekanin. Lisbeth Østby veileder.

sørge for sykepleienormering døgnet rundt. Sykepleierne må finne fram til den sykepleieren de ønsker å være. De har tatt seg tid der jeg har vært, det viser de 80 intravenøstilfellene.

Østby legger til at det å legge inn intravenøs behandling av for eksempel antibiotika gjør at jobben blir mer faglig interessant. Noen av de sykehjemmene som gjør dette tiltrekker seg også faglig dyktige sykepleiere.

Hun synes for øvrig det er kjempelykkelig å bli nominert til smartprisen.

– Leserreaksjonene har kommet fra dem som ikke har vært med i prosjektet, mens de som har vært med, nominerer meg og er strålende fornøyd. Så prøv da vel, oppfordrer hun landets sykehjemsansatte.

# Vil spare miljøet

kandidat  
4

## Munnduk i nedbrytbart materiale.

Forslagsstiller: Kristin Rognmo, bedriftssykepleier ved Fauske og Sørfold Bedriftshelsetjeneste.

Da Kristin Rognmo holdt kurs i en bedrift som produserer miljøvennlige plastposer, forsto hun at hun selv burde finne en bedre løsning.

På førstehjelpskurs bruker deltakerne munnduker av plast når de trener på munn-til-munn-metoden på førstehjelpsdukke. Og det var nettopp mens hun holdt et slikt kurs at Kristin Rognmo fikk ideen.

– Jeg holdt kurs for de ansatte ved bedriften Biobag på Rognan, som blant annet produserer nedbrytbare matsøppelposer. Der sto jeg, omgitt av produkter i nedbrytbart materiale, og trakk fram rullen med munnduker i plast. Da slo det meg at det må jo gå an å lage slike munnduker i et miljøvennlig og nedbrytbart materiale, forteller hun.

Kristin Rognmo er bedriftssykepleier ved Fauske og Sørfold Bedriftshelsetjeneste. I 2003 ble hun også utdannet som førstehjelpsinstruktør. Siden da har hun holdt om lag 100 førstehjelpskurs.

### Vil vise de unge

På hvert kurs har hun tolv deltakere. Med henne selv betyr det 13 munnduker i plast som kastes etter hvert kurs.

– Når vi ser på alle førstehjelpskursene som holdes i løpet av et år, blir det til sammen betydelige mengder plast som går rett i søpla.

Kristin Rognmo er også opptatt av å være en god rollemodell.

– Jeg lærer blant annet skoleelever om førstehjelp. Det handler om å være en god rollemodell, og vise at man kan bruke produkter som ikke



MINDRE PLASTAVFALL: Munnduker i nedbrytbart materiale betyr mindre mengder plastavfall på søppeldynga, sier Kristin Rognmo, som ønsker å realisere en ny type duker som skal brukes på førstehjelpskurs.

skader miljøet. Det handler om å ta vare på miljøet, og øke bevisstheten om å velge miljøvennlige løsninger, sier hun.

Rognmo har også flere ganger opplevd kursdeltakere som får allergiske reaksjoner av plastdukene.

– Noen reagerer på plastikk, og blir helt røde rundt munnen. Her vil også munnduker i et annet materiale ha en positiv effekt, sier hun.

### Prøver igjen

Foreløpig er den nedbrytbare munnduken på idéstadiet. Rognmo sendte inn ideen til smartprisen i fjor, men trakk tilbake forslaget. Hun har hatt

kontakt med Salten Industri og Næringshage AS og diskutert eventuell produksjon og design, men etter at kontaktpersonen hennes gikk over i en annen jobb, stoppet prosessen litt opp.

– Jeg bestemte meg for å prøve på nytt i år. Ideen er for god til å havne i glemmeboka. Men jeg trenger nok hjelp fra en innovatør for å komme videre, sier hun

### Må være tykt nok

Et viktig skritt videre vil være å finne fram til det riktige materialet, mener Rognmo.

– Det må ha en viss kvalitet og

ikke være for tynt, da vil det lett smuldre opp når det kommer i kontakt med leppene. Materialet må være i samme tykkelse som plastdukene, sier hun.

I første omgang er det munnduker som brukes på kurs hun vil erstatte med nedbrytbare duker. På lengre sikt mener hun det også er mulig å gjøre noe med de dukene som ligger i førstehjelpsskrin.

– Disse dukene har en tut, og er mer avanserte. Men jeg tror det er mulig å få til miljøvennlige løsninger også her. Det er bare fantasien som setter grenser for hva vi kan få til, mener Kristin Rognmo.

# Snuhjelperen tar jobben

En slags madrassduk som selv snur pasienten, er sykepleier Allis K. Olsens forslag til Smartprisen.

– Ideen har vokst seg frem gjennom mange lange nattevakter med tunge «snurunder», forteller sykepleier Allis K. Olsen på medisinsk avdeling ved Sykehuset Sørlandet, Flekkefjord.

To sykepleiere har i løpet av en natt ansvaret for å snu et titall pasienter tre til fem ganger.

– Det må da være mulig å finne en innredning som kan lette denne fysiske tunge jobben, husker jeg at jeg tenkte. Og da jeg i en katalog fikk øye på en gjesteseng med integrert elektrisk pumpe begynte tankene å spinne, sier Olsen.

## Mer skånsomt

For det er nettopp en oppblåsbar «madrassduk» hun har i tankene. Den skal gi mulighet for å variere trykkbelastningen hos pasienten, og samtidig gjøre snuoperasjonen mer skånsom for både pleier og pasient. Madrassduken skal ikke erstatte vanlige antidecubitusmadrasser, men være et supplement.

Duken har allerede fått navnet «Snuhjelperen».

– Jeg ser for meg en madrassduk som i utgangspunktet er flat, og som har belger på hver sidekant. Disse belgene kan blåses opp elektrisk, uavhengig av hverandre, ved hjelp av et enkelt betjeningspanel. Luften som benyttes bør sirkulere for å virke ekstra forebyggende. Materialet må være slitesterkt og lett kunne desinfiseres mellom brukerne, forklarer Olsen.

Når en pasient med nedsatt bevegelse trenger hjelp til å bli snudd i sengen, kan pleieren enkelt «løfte» vedkommende uten at det oppleves belastende, verken for pleier eller pasient.

## Skånsomt for pasienten

Olsen tror et slikt system vil gjøre det mulig å frigjøre en pleier, da ar-

beidet blir mer effektivt. Og natten kan bli roligere for skjøre pasienter.

– Mange pasienter opplever å bli vekket flere ganger om natten av to sykepleiere som haler og drar, og dytter og ordner dyne og puter.

Olsen håper nå å kunne utvikle ideen videre, slik at den kan settes

ut i livet så snart som mulig.

– Det er selvsagt også viktig at dette produktet kan være et lett håndterlig og økonomisk rimelig hjelpemiddel. Ulike avdelinger og andre interesserte bør ha muligheten til å kjøpe det uten å måtte overskride et allerede stramt budsjett, sier hun.



kandidat  
5

## Snuhjelperen.

Forslagsstiller: Allis Olsen, medisinsk avdeling, Sykehuset Sørlandet, Flekkefjord

MED LUFT: Mer skånsom behandling av pasientene som må snus er målet for Allis Olsen (til venstre) og hennes kollega Marit Dydland.

# – Alltid en skrukk under

Nina Rødsmoen ved Lunde bo- og behandlingssenter, har sett seg lei på at løftekladden alltid vrir seg med pasienten.

En beboer sitter på sengekanten og trenger hjelp til å få beina oppi sengen. Personalet tar tak under ankene og plasserer beina i sengen. Oftest vil løftekladden vri seg med pasienten. Så må man til og rette på løftekladden, den forskyver seg, nattskjorte eller klær sklir opp eller vris.

Dette er en kjent situasjon for alle som jobber med pleiepasienter.

Silkelakenene er fine og glatte. Men kladden sykehjemspatientene har i sengen må det da gå an å gjøre noe med, synes Nina Rødsmoen.

## Kontaktet syerske

På Lunde bo- og aktivitetssenter hadde hun en særlig tung og uhåndterlig pasient. En bekjent som kan sy laget et forslag til kladd som sitter

fast. Hun fikk sydd på to bånd med borrelås på løftekladdens kortsiden. På sengekanten er selvklebende borrelås festet på langs. Der festes båndene fra kladden.

Prøvemodellen tåler 60 graders vask og er laget i mykt materiale.

## Ikke fornøyd

Prøvemodellen ble brukt på den

tunge pasienten. Men Rødsmoen var ikke helt fornøyd. Løftekladden fungerte ikke som den skulle.

– Jeg er selvkritisk, påpeker hun overfor Sykepleien.

Det var så vidt hun ville ha kladden med i konkurransen. For etter en tids bruk ble den lagt i skapet. Tanken er at det kan gå an å videreutvikle den til noe som fungerer bedre.

– Jeg savner et slikt hjelpemiddel. Det er først og fremst et arbeidsredskap som personalet kan ha nytte av. For pasienten blir det vel det samme, sier hun.

Rødsmoen har jobbet på sykehjem i mange år.

– Løftekladden kan også være et hjelpemiddel for lettere pasienter, ikke bare det aller tyngste. Når alt er mer i orden under pasienten, blir jobben lettere senere, forklarer hun.

## Lette etter løsning

Rødsmoen ønsker å forbedre borrelåsene så de varer like lenge som stoffet. Hun har lett etter et tilsvarende produkt på internett og etterspur det hos leverandører. Ingen kan levere noe tilsvarende. Nå håper hun på hjelp til å utvikle ideen videre og prøve ut en forbedret modell på de 30 beboerne på avdelingen i Sandnes.

FESTE: Hvis løftekladden får et slags festesystem, vil jobben med å vende og vri på pasienten gå mye lettere. Nina Rødsmoen har laget en prototype, men vil forbedre den.



kandidat

6

## Løftekladden som ligger på plass

Forslagsstiller: Nina Rødsmoen, Lunde bo- og aktivitetssenter, Sandnes.



kandidat  
7

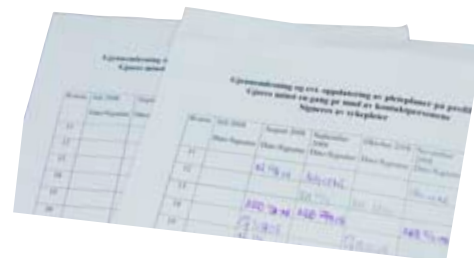
**Kvalitetssikring  
av pleieplaner.**

Forslagsstiller: Nina  
Rødsmoen, Lunde bo- og  
aktivitetssenter, Sandnes.



VIKTIG: Gode og oppdaterte pleieplaner er et viktig og selvfølgelig redskap, mener Nina Rødsmoen.

# Rykende ferske pleieplaner



– Pleieplaner har liten nytte hvis de ikke blir oppdatert, sier Nina Rødsmoen. Hun har laget et skjema som skal sørge for at planene alltid er à jour.

Etter å ha jobbet mange år på Lunde bo- og aktivitetssenter i Sandnes vet Nina Rødsmoen at gammel informasjon ofte ble stående i pleieplanene over lang tid, uten at planene blir gjennomgått og oppdatert. Dette er ekstra uheldig ettersom mange pasienter blir fulgt opp av flere ulike fagpersoner, og at det fra tid til annen er vikarer innom.

– Når det er så mange fagfolk som jobber med hver enkelt beboer, bør pleieplanene være detaljerte og korrekte til enhver tid, mener hun.

## Må signere

Men i en travel arbeidsdag er det ikke alltid like lett å rekke over alle

oppgaver. Rødsmoen opplever at arbeidet med pleieplanene ofte blir nedprioritert.

Derfor har hun laget et kvitteringsskjema som skal ligge først i medisinerpermen. På skjemaet er alle rommene listet opp, og det er laget en rubrikk for hver måned. I denne skal kontaktsykepleier signere på at de har gått igjennom alle punktene i pleieplanen, og at de har oppdatert, evaluert og eventuelt seponert ulike tiltak.

– Når skjemaet ligger aller først i permen, ser vi det hver gang vi skal kvittere for utdeling av medisiner. Da blir vi minnet på at vi må gå gjennom planene, sier Rødsmoen.

Hver beboer har to kontaktpersoner. Disse har hovedansvaret for å gå gjennom pleieplanene regelmessig.

– Med dette skjemaet får også gruppelederne bedre oversikt over oppdateringer i planene. Da kan de raskere gå inn og bidra der de ser at det svikter, forklarer hun.

## Et selvfølgelig redskap

Rødsmoen er også opptatt av at pleieplanene skal dokumentere sykepleieoppgavene.

– Sykepleieoppgavene er viktige, men er ofte vanskeligere å måle enn andre mer tekniske oppgaver. Oppdatering i pleieplanene er derfor også viktig for å kunne do-

kumentere de oppgavene som ikke syntes så godt, som en god samtale for eksempel. Kvitteringsskjemaet vil være en påminnelse om at man også må huske å oppdatere de små, mellommenneskelige hendelsene, sier hun.

«Rosa» avdeling ved sykehjemmet har brukt dette skjemaet i om lag ett år. Forsøket skal evalueres i løpet av høsten, og Rødsmoen tror flere er blitt mer oppmerksomme på pleieplanene.

– Men det viktigste er likevel at det som står i planene faktisk blir fulgt opp. Pleieplanene bør være et mer selvfølgelig redskap, legger hun til.

# Etikk inn i hverdagen

Hver eneste helsearbeider i Bærum kommune skal ha etikken ut i finger-spissene på jobben. Prosjektet er unikt og fortjener en smartpris, mener Edel Johanne Børslett.

Bærum kommune er en av ni kommuner som er utpekt av Kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon (KS) til å være ressurskommune i prosjektet «Prosjekt samarbeid om etisk kompetanseheving». Sykepleier Edel Johanne Børslett foreslår smartpris til Bærum sine egen versjon av prosjektet. Hun er selv prosjektleder.

– Kommunen har jobbet systematisk med etikk i flere år. Ikke minst takket være Gerhard Heilmann som var ansvarlig for et grunnopplæringskurs i etikk for alle ansatte i pleie og omsorg.

Prosjektet kom i gang i april i år og er forankret i fem tjenestesteder som utgjør et tverrsnitt av tjenestene kommune tilbyr.

– Vi spurte oss selv hva vi kunne bidra med, og svaret ble et forskningsprosjekt som skal gå over tre år. Så vidt jeg vet er det aldri gjennomført noe lignende forskningsprosjekt i kommunehelsetjenesten, sier Børslett.



## Fersk undersøkelse

Målet er at ansatte og ledere skal bli bedre til å identifisere, analysere og reflektere over etiske valg i egen hverdag.

– Ansatte og ledere skal få hevet sin kunnskap og dermed bli flinkere

til å håndtere de etiske dilemmaene de opplever, sier hun.

For å finne ut hvilke etiske utfordringer kommunens ledere og ansatte bakser med, har prosjektgruppen nettopp gjort en spørreundersøkelse. Men resultatene

## SAMMEN OM ETIKKARBEID:

Sykepleier og prosjektleder Edel Johanne Børslett bygger sitt arbeid på spesialrådgiver og prest Gerhard Heilmanns kurs i etikk.

kandidat  
8

## Etikkprosjekt i kommunen

Forslagsstiller: Edel Johanne Børslett, Bærum kommune.

fra denne vil ikke Børslett røpe for Sykepleien riktig enda.

– De skal publiseres i diverse forskertidsskrifter, sier hun.

## Hjelp andre

Prosjektet er forankret i Stortingsmelding 25 og er et samarbeid mellom Bærum kommune, KS og Seksjon for medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo.

– Vi tror at kunnskapene som kommer ut av dette prosjektet også kan hjelpe andre kommuner, sier Børslett.



EFFEKTIVT: Norskopplæring i lunsjen en gang i uken gir oppmerksomhet rundt språk og hvor viktig det er å forstå hverandre. Forslagsstiller Edel Johanne Børslett (til høyre).

# Nye norske ord i lunsjen

Norge er blitt flerkulturelt. Bærum kommune har tatt konsekvensen av det og startet opp «norsktimen» – En møteplass hvor det læres norsk ved å snakke norsk.

Ideen kom snikende sent en natt til sykepleier Edel Johanne Børslett. «Norsktimen» er hennes andre idé til smartprisene (se foregående side). Gjennom arbeidet som spesialrådgiver i avdeling for helse og omsorg i kommunen ser hun behovet. Medarbeidere fra mange land preger en del arbeidsplasser i helsevesenet. Men noen sliter med godt nok språk til å kommunisere med kollegaer, beboere og pårørende.

– Hele ideen går ut på å lage en møteplass på arbeidsplassen hvor det snakkes norsk for å lære norsk. I tillegg har man en norsk trener eller lærer, sier Børslett.

Målgruppen er sykepleiere, hjelpepleiere og assistenter på sykehjem eller hjemmetjenester i Bærum kommune.

## Mindre misforståelser

Prosjektet startet opp i mai i fjor og ble i første omgang prøvd ut ved ett sykehjem i Bærum. Det ble ansatt en spesialpedagog, men var i utgangspunktet ment å være basert på frivillighet. De positive konsekvenser er allerede synlige, ifølge Børslett.

– Fremmedspråklige tar mer initiativ til å snakke på norsk, både med pårørende, kolleger og pasienter. De er blitt tryggere og har fått

økt selvtillit. Norsktimen har skapt en driv hos alle på arbeidstedene.

Det har ført til at alle rundt de fremmedkulturelle prøver å lære dem nye ord, eller retter på dem når de sier noe feil. Norsktimen er blitt implementert i det daglige arbeidet. Misforståelser, konfliktfaktorer minker og forståelsen for kulturforskjeller øker.

– I tillegg er tiltaket godt, enkelt og billig, sier Børslett.

## En lunsj i uken

En gang i uken samles ansatte med flerkulturell bakgrunn i halvannen time. De ansatte bruker lunsjpau-

kandidat  
9  
Norsktimen  
Forslagsstiller: Edel Johanne Børslett, Bærum kommune

sen, mens arbeidsgiver dekker en time. Gruppene møtes på arbeidsplassen og sparer dermed reisetid. To pensjonerte lærere fungerer som trenere i gruppene.

I dag er fire sykehjem med seks grupper og 72 ansatte med i prosjekt «Norsktimen» i Bærum, men flere tjenestesteder har ytret ønske om å bli med.

– Ledere på sykehjemmene som tilbyr Norsktimen mener tiltaket er så bra at det bør bli et tilbud på alle flerkulturelle arbeidsplasser, forteller Børslett.

# Lettere og nettere stellefrakk

To høyskolelektorer har utviklet en ny stellefrakk som skal være enklere å bruke. Den heter Bella.

Høyskolelektorene Berit Andersen og Ellen Støre Blix ved Høgskolen i Bodø har utviklet en ny type stellefrakk, eller beskyttelsesfrakk. Den har fått navnet Bella-frakken, oppkalt etter sine to oppfinnere.

– Vi er opptatt av å lære studentene at det er nødvendig og viktig å bruke stellefrakk når de steller pasienter, for å sørge for god hygiene. Men når studentene våre kommer tilbake fra praksis forteller de at pleierne ofte lar være å bruke stellefrakk. De gamle stellefrakkene oppleves tunge og upraktiske.

Dette er bakgrunnen til ideen de nå foreslår til smartpriskonkurransen.

## Hindre infeksjoner

I vår startet de jobben med å utvikle en ny type stellefrakk.

– Det viktigste for oss er å hindre smittespredning og bidra til bedre hygiene. Arbeidstøyet blir lett tilsmusset når man steller eller følger en pasient på do. Hvis man etterpå går videre til en annen pasient og for eksempel serverer mat, kan mikrober og smitte fort overføres fra en pasient til en annen.

De to forslagsstillerne understreker at stellefrakken ikke må forveksles med smittefrakken.

– Når studentene ser at stellefrakk brukes lite i praksisfeltet, kan de få inntrykk av at infeksjonsforebyggende tiltak ikke er nødvendige, påpeker Blix.

– Vi ville lage en frakk som oppleves lett i bruk, og som dermed faktisk blir brukt. Mange opplever at den gamle stellefrakken åpner seg lett i ryggen og glir ned over armene når man bøyer seg, sier Berit Andersen.

– Bellafrakken er nettere i fasongen, har bedre passform og er lettere å ta av og på, legger Blix til.

## For femi for gutta

I høst har ideen blitt prøvd ut i Bodø. I september satte de to i gang en intervensjonsstudie, der Bellafrakken ble prøvd ut på Mørkved sykehjem og ved intensivavdelingen på Nordlandssykehuset. De har gjennomført kvalitative intervju med pleiere for å få tilbakemeldinger og forslag til justeringer.

– Tilbakemeldingene er stort sett veldig positive. Frakken oppleves lett å ha på, så pleierne i større grad



PENT: Bella betyr pent. Berit Andersen og Ellen Støre Blix ville utvikle en stellefrakk som var nettere enn den gamle, og lettere å bruke.

braker stellefrakk. Men mannlige pleiere opplever frakken som litt for feminin. Det er heller ikke hygienisk nok med en frakk som må dras over hodet etter bruk. Derfor holder vi på å justere prototypen. Vi skal lage en frakk som du lukker ved skulderen, og vi arbeider med å utvikle en egen herremodell og en damemodell, forteller Blix.

Begge synes det har vært spennende å utvikle noe nytt i praksisfeltet.

– Vi har lært mye nytt gjennom denne prosessen, og tillater oss å drømme om at dette kan bli stort, sier Berit Andersen og Ellen Støre Blix.

## Feier gulvet

Studentene Cathrine Grønbech og Frida Bikset har prøvd frakken i sin praksisperiode. De synes den er mye lettere å jobbe i enn den gamle.

– Jeg er ikke så veldig høy, og den gamle frakken soper fort i golvet når jeg bøyer meg, sier Cathrine Grønbech.

kandidat  
10

## Bella-frakken

Forslagsstillerne: Ellen Støre Blix og Berit Andersen, begge høyskolelektorer ved Høgskolen i Bodø, sykepleie og helsefag.



LETTERE: Studentene Cathrine Grønbech og Frida Bikset har prøvd ut frakken i praksisperioden, og synes den er mye lettere å jobbe i enn den gamle. Berit Andersen illuderer pasient, mens Ellen Støre Blix veileder studentene.

# Kort og godt hjelp til selvhjelp

kandidat  
11

## Selvhjelpskort for psykiatriske pasienter

Forslagsstillere: Else Marie Juul og Siri Olsen Einseth, psykiatrisk avdeling, post 2, Sykehuset Namsos.

Psykotiske pasienter bør være mer hjemme, har psykiatrien i Namsos kommet frem til. Hvis psykosen kommer, har de et lett tilgjengelig kort med viktig informasjon.



Else Marie Juul og Siri Olsen Einseth er begge psykiatriske sykepleiere. De jobber til daglig ved psykiatrisk avdeling post 2, Sykehuset Namsos.

Ideen om selvhjelpskortet kom etter at de begge hadde vært med i et prosjekt om hvilken behandling som er best å gi psykosepasienter.

– I det prosjektet kom vi frem til at vi skulle bli en femdøgns post for at pasientene skulle kunne være mer hjemme. Det viser seg at lange institusjonsopphold ikke er det beste, sier Juul.

### Utvikles over tid

Juul og Einseth fikk ideen om å utvikle individuelle selvhjelpskort til psykosepasienten.

– På den måten har de en sikkerhet når de er hjemme i helgene, og ting blir vanskelig, sier Juul.

Informasjonen som skal stå på kortet, utvikles sammen med pasienten over tid.

– Vi tar for eksempel utgangs-



SMARTE: Else Marie Juul og Siri Olsen Einseth har funnet opp selvhjelpskortet, som er i bruk av mange psykiatriske pasienter i Namsos kommune.

punkt i hva som skjedde ved siste innleggelse. Er det noe pasienten vet hjelper i vanskelige stunder? Kanskje musikk får vedkommende til å roe seg ned? Da skriver vi opp det som første nivå. Det betyr at pasientens første skritt, er å prøve dette, sier hun.

### Fire nivå

Kortet er like lite som et førerkort, og er inndelt i fire nivåer. Første nivå er beskrevet over. Nivå to er telefonnummer til en person som pasienten pleier å ringe til, og som han føler det er en hjelp å snakke med. Personen blir informert om

at han står oppført på kortet og er dermed forberedt hvis pasienten ringer. Nivå tre er ofte en kontaktperson på kommunenivå. Nivå fire er sykehuset og posten.

Nivåene er en systematisk rangordning.

– Selv om kortene er små, og informasjonen kort, ligger det mye informasjon på kortet, og den situasjonen de er i. Dette skal være pasientens kort, ikke noe vi lager for dem, sier Juul.

### Erfaringer

Selvhjelpskortet har vært i bruk

siden våren 2008. Erfaringene så langt er positive.

– Pasientene er svært fornøyde og bruker kortet. Å begynne å lete frem telefonnummer i en stresset situasjon, er noe de nå slipper. Også de som er oppført som kontakter er fornøyde. De vet at noen kan komme til å ringe dem, og er forberedt, sier hun.

Juul og Einseth har også vært rundt om i kommunene som hører til Sykehuset Namsos.

– Mange synes selvhjelpskortet er en god idé, og har prøvd å lage sine egne versjoner som passer deres pasienter, sier hun.

# Lavt sykefravær og avec til kaffen

kandidat  
12

## Jobbfamilien.

Forslagsstiller: Avdelings-  
sykepleier Torbjørg Rønning,  
post 5, Lindeberg omsorgs-  
senter, Oslo.

Da sykefraværet var oppe i ti prosent, innførte sjefen på post 5 begrepet «jobbfamilien». Å ta bedre vare på hverandre ga flere gunstige effekter.

Post 5 på Lindeberg omsorgssenter i Oslo er en somatisk post med tungt pleietrengende. Avdelings-  
sykepleier Torbjørg Rønning forteller at mange av de ansatte opplevde arbeidsdage som utmattende. Resultatet var perioder med sykefravær opp mot 10 prosent, og en langt fra god stemning. Det var før hun innførte begrepet «jobbfamilien» for tre år siden.

### Mye tid på jobb

– Familie er et konkret begrep de fleste har et positivt forhold til. Ved bevisst å bruke det begrepet på jobben, skaper vi et bedre samhold, tror Rønning.

Hjemme har de ansatte et privatliv med «hjemmefamilien», og på jobb har de en rolle i «jobbfamilien». I en familie tar man vare på hverandre, og hjelper hverandre når det trengs.

– Det meste av vår våkentid tilbringer vi faktisk sammen med kollegaer på jobb. Derfor er det viktig å føle at man høres til, og at man opplever å bli tatt på alvor. Alle brikker er like viktige for at avdelingen skal fungere. Da vil også beboerne oppleve bedre omsorg, konstaterer hun.

### Til alle avdelinger

På de månedlige postmøtene snakker de ansatte ofte om hva begrepet «jobbfamilien» innebærer. I tillegg

bruker Rønning begrepet på dag-rapportene.

– Jo oftere vi bruker begrepet, jo mer bevisste blir de ansatte på hva det innebærer. Nå er vi blitt mye mer oppmerksomme på å spørre hvordan våre kollegaer har det, til å gi ros, og til å vise omsorg for andre hvis noen har det litt tøft. Da vil resten av «familien» trå til litt ekstra. Godt samarbeid betinger at alle hjelper hverandre.

Nå er sykefraværet nede i rundt

4 prosent. Det er det laveste på hele omsorgssenteret, og nå har oversykepleieren bestemt at «jobbfamilien» skal innføres på alle avdelinger.

– Vi har stor pleietyngde, lav bemanning og lavt sykefravær. Samholdet har gitt avdelingen både styrke og fremgang, mener Rønning.

### Loppemarked for likør

«Jobbfamilien» prøver stadig å komme opp med nye tiltak for at avdelingen skal fungere enda bedre. Et av disse tiltakene har vært å starte loppemarked i kantina på omsorgssenteret. De ansatte skaffer lopper hos venner og bekjente, mens noen av pasientene hjelper til med salget. Sammen har de laget en ønskeliste

for hva de vil kjøpe inn til avdelingen for pengene. De har kjøpt både møbler og maling til oppussing, men det meste går til «helgefyll» og musikk.

– Når både de ansatte og pasientene er med på å bestemme hva pengene skal gå til, får de et større eierskap til det. Man blir litt mer forsiktig så man ikke skraper opp malingen når man for eksempel triller en rullestol inn til en vegg, og man finner skrutrekkeren når man ser at noe er løsnet, forteller Rønning.

Noe pasientene har passet på å få med på ønskelista, er likør. Nå får de likør til kaffen hver helg.

– Men kun fire glass per dag, slår Rønningen fast.



KOMEDIE: Filmfremvisning av selvlaget komedie skapte lattersalver da Sykepleien var på besøk.



HENTER: Kati Lie Johansen er lei av å løpe fram og tilbake for å hente småutstyr det stadig er bruk for.

# Akutt behov for flere lommer

Snekkere har det. Yrkesmilitære har det, og fotografer. Hvorfor kan ikke sykepleiere også ha et belte for småutstyr de stadig trenger, tenkte Kati Lie Johansen.

Ideen om et belte for utstyr fikk hun for tre år siden da hun var ferdig med sykepleierutdanningen og kom ut i sin første jobb. «Så mye løping det er frem og tilbake», tenkte hun. På geriatrisk akuttavdeling på Lovisenberg Diakonale Sykehus i Oslo gikk turen stadig til rent lager. Lommene i arbeidstøyet egnet seg ikke så godt til alskens duppeditter. Men tiden gikk, og Kati vente seg til løpingen.

## Tid for ideer

Et par år senere fikk hun barn og med det svangerskapspermisjon. Med bedre tid kom ideen tilbake. Og da hun så utlysningen i Sykepleien sendte hun forslaget inn.

Magevesken er tenkt som et belte med flere lommer i. Her kan det være plass til utstyr som sykepleierne trenger daglig: Propper, tape, kompresser, tupfere, skyllevæsker, alt som trengs til sårskift og kateterisering. Og saksen, som

er klønete å ha i brystlommen.

– Man kan fylle opp beltet når man begynner vekten. Da ser man hva som vil bli arbeidsoppgavene noen timer fremover, og med en gang ta med seg det man trenger, forklarer Johansen.

I beltet må det være glidelås på lommene, og inni kan det være strikker og spesielle plasser til ulike ting. De må ikke ligge hulter til bulter og lage rot.

– Det er så mye småutstyr man stadig får bruk for. Jeg merker det godt på vår avdeling, men kan tenke meg det gjelder alle typer arbeidsplasser for sykepleiere. Det kan være litt forskjell på utstyret man trenger på forskjellige avdelinger og i sykehjem.

Beltene må være lette å rengjøre, og selvsagt kunne vaskes.

## Kanskje firma

Kati Lie Johansen, opprinnelig fra Finland, er ikke i full jobb ennå da barnet ikke har fått plass i barnehage. Dermed hadde det passet godt å starte en liten business på si som gründer i sykepleierbelteproduksjon, synes hun. Noen skisser er laget, men ideen befinner seg foreløpig i hovedsak mellom ørene.

kandidat  
13

## Belteveske for småutstyr.

Forslagsstiller: Kati Lie Johansen, akuttgeriatrisk avdeling, Lovisenberg diakonale Sykehus, Oslo.

kandidat  
14

**Medisindepot.**

Forslagsstiller: Jostein Kristoffersen ved Barneavdelingen, Nordlandssykehuset i Bodø.

# – For mye gamle medisiner kastes

Et medisindepot vil gi både økonomiske og miljømessige gevinster, mener Jostein Kristoffersen.

Det var på ei nattevakt i sommer han fikk ideen.

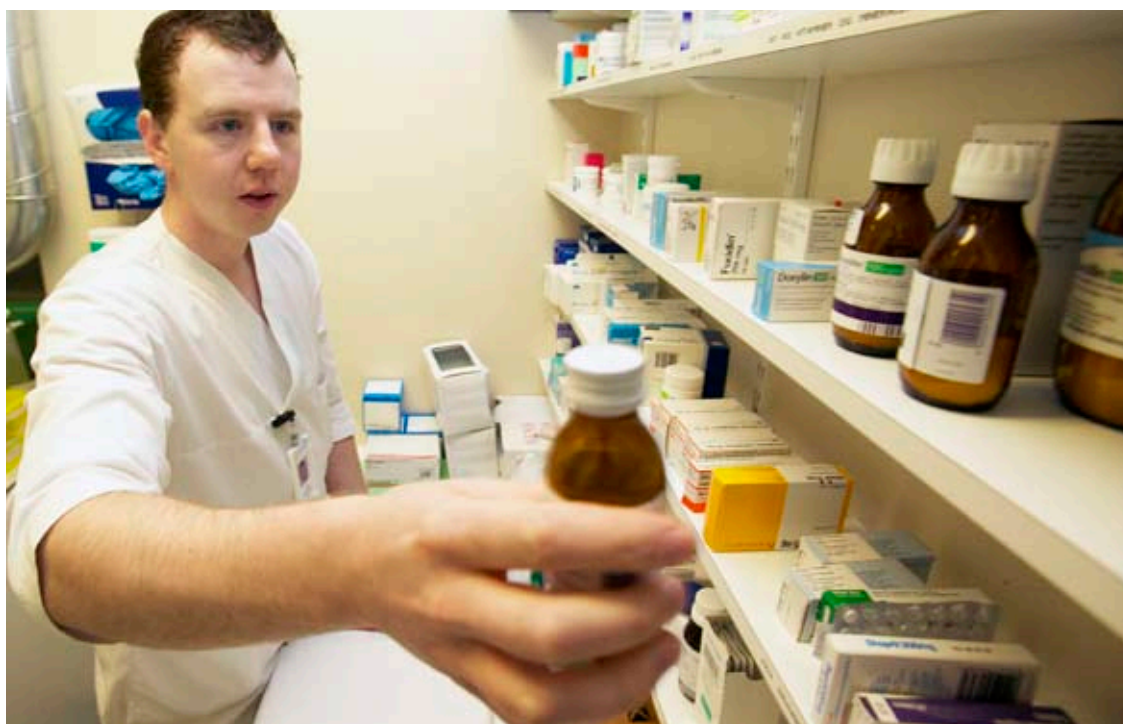
– Jeg skulle sjekke medisinhylla og finne ut hvilke medikamenter som var gått ut på dato og hva vi trengte å bestille nye av. Der fant jeg ei eske med fem hetteglass. Ett var brukt. De som sto igjen i pakken var i ferd med å gå ut på dato og måtte kastes. Da slo det meg at vi kaster en god del medisin hvert år. Men hvis sykehuset hadde et felles medisindepot, kunne vi unngått det, sier Jostein Kristoffersen.

**Spare penger**

Han ble ferdig utdannet sykepleier våren 2007, og er relativt fersk i jobben. Kristoffersen er vikar ved barneavdelingen ved Nordlandssykehuset i Bodø. I tillegg tar han vakter ved neurologisk avdeling. Og han ser at et medisindepot kunne spart begge avdelingene for utgifter.

– En god del medisiner må vi ha på lager, selv om vi ikke bruker dem så ofte. Noen av dem finnes bare i store pakninger. Hvis vi hadde et felles medisindepot, kunne vi levere det inn der, og så kunne andre avdelinger benyttet medisinen

Han tipper en avdeling ville spart mange tusen kroner i året på ordningen. I tillegg vil det spare miljøet. Det blir mindre emballasje og mindre medisin som må destrueres, sier han.



UTE PÅ DATO: Jostein Kristoffersen mener et felles medisindepot for hele sykehuset vil spare både økonomi og miljø.

**Sikkerhet og database**

Ideen er ikke prøvd ut, men Kristoffersen mener den er enkel å teste. Han ser for seg at det er prøveprosjekt for ett år.

– Da ville man også sett hva som ligger i det av økonomiske gevinster, sier han.

Han mener et medisindepot enten kan administreres av sykehusapotekene, eller som et medisinrom hvor depotvarer kan stå organisert på samme måte som på avdelingene. Han er opptatt av sikkerheten rundt depotet.

– Det bør være ei avdeling som har ansvar for depotet, der du må kvittere ut nøkkel for å få tilgang.

Jeg ser for meg at en sykepleier på avdelingen skal ha ansvaret for å forvalte nøkkelen. Det er også viktig å sørge for gode rutiner. Den som skal inn på depotet, må legitimere seg skikkelig, slik at vi er helt sikre på at ingen utenforstående får tilgang, sier han.

Kristoffersen mener medisindepotet kan knyttes opp mot en database på intranettet.

– Det gir oss muligheter til å søke etter hva slags medikamenter som ligger i depotet til enhver tid.

**Gode tilbakemeldinger**

Kristoffersen har luftet ideen for kollegene både på barneavdelingen

og neurologen. Tilbakemeldingene er positive, og kollegene synes forslaget høres lurt ut.

– Utfordringen for å få det til, er å endre på gamle rutiner. Som nyutdannet i et etablert miljø har jeg sett at det ikke alltid er enkelt. Det skyldes ikke motvilje. Rutiner setter seg lett i ryggmargen. Men det handler bare om å være villig til å prøve.

Kristoffersen tror ikke et slikt depot kan fungere like godt på større sykehus med egne klinikker med spesialiseringer.

– Da kan man heller ha et depot ved hver klinikk. Men for et sykehus som Nordlandssykehuset tror jeg dette kan fungere godt.





kandidat  
15

**Pillepermen.**

Forslagsstiller: Sissel Høgmo, allmennpsykiatrisk avdeling, Universitetssykehuset i Nord-Norge, Tromsø.

# Pille-trille kontroll

Psykiatrisk sykepleier Sissel Høgmo har med enkle midler hevet kvaliteten på medisinutdelingen.

TILGJENGELIG: Det er til stor hjelp å kunne sjekke hvordan en pille ser ut når medisinene skal deles ut. Permen kan ligge lett tilgjengelig der personalet er når medisinutdelingen skal starte, mener Sissel Høgmo.

Sissel Høgmo jobber ved Universitetssykehuset i Nord-Norge, subakutt, allmennpsykiatrisk avdeling. Hjelpepleiere og miljøterapeuter på avdelingen har opplæring/godkjenning til å dele ut medisiner, men opplevde det som frustrerende at de ikke kunne kontrollere at de ga pasientene rett medisin. Høgmo er medisinromansvarlig og bestemte seg for å gjøre noe med frustrasjonen.

**Myntsamler**

– *Hva gjorde du?*

– Jeg laget en medisinperm. Det vil si jeg tok en myntsamlerperm som har plastvinduer. I permen har jeg katalogisert alle medisinene som vi bruker på posten. Hver pille merkes med navn og styrke. Her kan personalet sjekke at medisinen de gir har riktig farge, styrke, størrelse og utseende, sier hun.

Hver side i permen har plass til mellom 20-24 piller. Høgmo har også laget et register over alle medisinene foran i permen.

**Bedre sikkerhet**

Selv om permen var laget med tanke på andre enn sykepleiere, har det vist seg at også sykepleierne har nytte av permen.

– Responsen har vært kjempogod. Det var litt arbeid å lage

permen, men når den jobben er over, er det lite krevende å holde den oppdatert, sier hun.

Høgmo tror en slik løsning er en god idé også for andre sykehusavdelinger, men også i kommunehelsetjenesten.

– Det er en veldig enkel og grei løsning som øker kvaliteten og sikkerheten ved medisinutdeling, sier hun.

# Fag og IKT som hånd i hanske

kandidat  
16

**Samarbudsprosjekt om IKT og demenskunnskap** (noe misvisende kalt «Demenskurs på bredbånd» på stemmekortet)

Forslagsstiller: Anne-Britt Kjeldsberg, Bjønnesåsen bo- og behandlingssenter, Nøtterøy kommune.

Bjønnesåsen bo- og behandlingssenter i Nøtterøy kommune har brukt IKT sammen med fagkunnskaper for å gjøre tjenesten så god som mulig for demente.

Ideen er det sykepleier Anne-Britt Kjeldsberg som står bak. I 2004 ble hun ansatt i Nøtterøy kommune som leder ved Bjønnesåsen bo- og behandlingssenter, som ble åpnet i 2005. Det er nå et sykehjem og kunnskapssenter for demens i kommunen.

## Nyttig erfaring

Kjeldsberg har tidligere jobbet ved Nasjonalt kompetansesenter for demens, og mente at hennes erfaringer kunne videreutvikles for å gi et bedre tilbud til personer med demens i Nøtterøy kommune.

– Jeg ønsket å få til en god demensomsorg og samtidig være på høyden med den teknologiske utviklingen, sier hun.

Prosjektet het opprinnelig «Kvalitativt tilbud til pasienter på flyttefot og fagnettverk innen demensomsorgen.»

Det var en tung tittel, så den ble endret til «Ringerinett.no». Prosjektet ble startet i 2005 og varte ut 2007. Midler fikk de fra Forskningsrådet. Ideen var å lage en differensieringsmodell.

– Jeg fikk god hjelp av andre, spesielt prosjektkoordinator, Signe Gjeldstad og Rigmor Furu fra Nasjonalt senter for telemedisin. Også de er sykepleiere, sier hun.



VET MYE OM DEMENS: Anne-Britt Kjeldsberg ser at nettet kan gi bringe kunnskapen til mange og gjøre det lettere å oppdatere informasjon om pasienter.

## På rett plass

– Demens er en sykdom som gradvis reduserer pasientene. Å flytte dem rundt i helsevesenet etter som behovene endrer seg er viktig, men det bør gjøres på en så skånsom måte som mulig. Å sikre at nødvendig informasjon havner der den skal, er en viktig brikke for at det skal kunne skje, sier hun.

Differensieringsmodellen skal sikre at pasienter som flytter mellom ulike nivåer; fra hjem til sykehjem, fra åpen til skjermet avdeling og fra somatisk sykehjem til forsterket skjermet enhet og lignende, kommer på riktig behandlingsnivå.

– Det er i kommunikasjonen

mellom alle disse nivåene at IKT kan være til stor hjelp for å øke kvaliteten på tjenestene de personer med demens får, og å sikre at de som skal behandle har den informasjonen de trenger, sier Kjeldsberg.

## Elektronisk motorvei

Nøtterøy kommune er tilkoblet Norsk Helsenett AS og epikriser reiser mellom helseinstitusjonene på den elektroniske motorveien. Kjeldsbergs første regel ble derfor å forby «tasteskrekke» hos de ansatte.

– Et dokument som tidligere ble lagt i papirarkiv for å støve ned,

er nå lett tilgjengelig i det daglige dokumentasjonsverktøyet på sykehjemmet eller i hjemmetjenesten, forteller hun.

De ansatte har også oppdatert sin kunnskap gjennom nettsiden [www.ringerinett.no](http://www.ringerinett.no) og «Lær demens med bredbånd».

– Fag og IKT har gått som hånd i hanske gjennom hele prosjektet, sier hun.

– Den aller største gevinsten er nok at det har bedret samarbeidet mellom sykehus og sykehjemmet, psykiatrien og sykehjemmet, men mest overraskende er det positive samarbeidet vi nå har med it-avdelingen, sier hun.

# Hvem gjør hva?

Sykepleierne Signe Gjeldstad, Vibeke K. Bru og Anne-Britt Kjeldsberg har laget en oppklarende brosjyre om demens. Smart?

Demens blir kalt den store folkesykdommen blant eldre. Men hvordan vet man at det er demens man lider av og ikke noe annet? Hvor henvender man seg dersom man ønsker en utredning? Bor du i Nøtterøy kommune finnes svarene i brosjyren «Er det demens?»

## Ulik kunnskap

De tre sykepleierne har blant annet gjort en spørreundersøkelse blant fastleger, og gjennomført flere besøk på legekontor og helsecentre i kommunen.

Legene gav sprikende svar på spørsmål om hvor pasienter med demens ble henvist.

– Grunnen til at det er vanskelig for leger å svare på hvem som utreder demens, er at det skjer på forskjellige nivåer. Både spesialist-

helsetjenesten, kommunehelsetjenesten og leger ved legekontor utreder demens. I spesialisthelsetjenesten gjør både nevrologiske, geriatriske, og psykiatriske avdelinger det.

Utredningsverktøyet anbefalt av Helse- og omsorgsdepartementet var det ingen som brukte.

Prosjektgruppa gjennomførte også en spørreundersøkelse blant pårørende. Der viste det seg at mange ønsket bedre informasjon. De pårørende opplevde ventetiden for å få utredning som lang.

## Enkelt og greit

– Slik kom ideen om å lage brosjyren som kort og greit forteller hvem som gjør hva forhold til demens. Brosjyren er blant annet sendt ut til legekontor, helsesentre, sykehjem og apotek i Nøt-



ENKELT OG GREIT å samle all informasjon i en brosjyre, mener Vibeke K. Bru og Signe Gjeldstad.

terøy. Den er laget i samarbeid med spesialisthelsetjenesten, sier Anne-Britt Kjeldsberg, som også står bak prosjektet om demens omtalt på foregående side.

Responsen har vært positiv.

– Både pårørende og leger synes den er informativ og grei. Målet er at innbyggerne i kommunen sikres god demensutredning, sier hun.

kandidat  
17

## Hvem gjør hva i demensutredning? Brosjyre.

Forslagsstillere: Signe Gjeldstad, Vibeke K. Bru og Anne-Britt Kjeldsberg i Nøtterøy kommune.

# Piller i banken

Hva om alle avdelinger hadde en slags minibank stappfull av piller i stedet for medisinrom?

Sykepleier Monica Amdam er selv pasient og ligger på sykehuset etter en ryggoperasjon. Ved sengekanten sitter hennes mann. De diskuterer medikamenthåndtering.

– Om noen år kommer sikkert medisinene til å bli delt ut gjennom minibank, sier mannen.

Denne setningen fikk Monica Amdam til å tenke.

– Jeg spant videre på ideen og tenkte at dette med piller fra minibank slett ikke var dumt. Jeg har fintenkt og kommet frem til noe jeg mener vil gjøre medisinutdeling mindre ressurskrevende, mindre tidkrevende og bedre sikkerheten rundt medisinene, sier hun.

## Ideen

Amdams idé går ut på at alle medisinrom eller depoter erstattes med en installasjon som ligner en minibank.

– Vi kan kalle den «medbank», sier hun.

Amdam ser for seg at når en pasient blir lagt inn, skal alle personalia og pasientens medikamentoversikt legges inn i en database. Legen signerer medikamentlisten elektronisk og holder dem løpende oppdatert gjennom hele oppholdet.

– Medbanken registrerer og lagrer alle medikamentlistene til alle pasientene på avdelingen. Jeg tenker at medbanken automatisk legger alle tablettene pasientene skal ha i medisinbeholderen. Sykepleierne skal slippe å trykke for hvert enkelt medikament som skal ut, sier hun.

Medisinene i medbanken er individuelt tilpasset avdelingens behov og bruksmønster. Medbanken er også koblet opp mot apoteket som har ansvaret for å

fylle medisiner på minibankene.

– Det blir som å fylle på en brusautomat, sier hun.

## Kort og godt

Sykepleierne skal ha personlig medbankkort som gir dem adgang til å gjøre uttak og registrerer hva som blir tatt ut og til hvilken pasient.

– Når en sykepleier gjør et uttak, signerer sykepleieren elektronisk for at morgendosen er gitt til Ola Normann. Jeg ser også for meg at pillene kommer i en beholder med strekkode slik at sykepleieren kan kontrollere at rett pasient får riktig medisin og dose, sier hun.

## Selvkontroll

Dersom det mangler en pille i banken, blir beholderen som sykepleieren får merket.

– Medbanken viser på skjermen hvilken pille eller medisiner som mangler. Banken skal kunne kontrollere seg selv ved for eksempel å registrere vekten av det den leverer ut, sier hun.

## Fordeler

Amdam ser for seg at medbanken i første omgang leverer ut piller og miksturer, men at den på sikt kan levere ut ferdig blandede injeksjoner og infusjoner.

kandidat  
18

### Medisinbank etter minibankprinsippet (Medbanken)

Forslagsstiller: Monica

Amdam, Ytre Arna i

Hordaland.

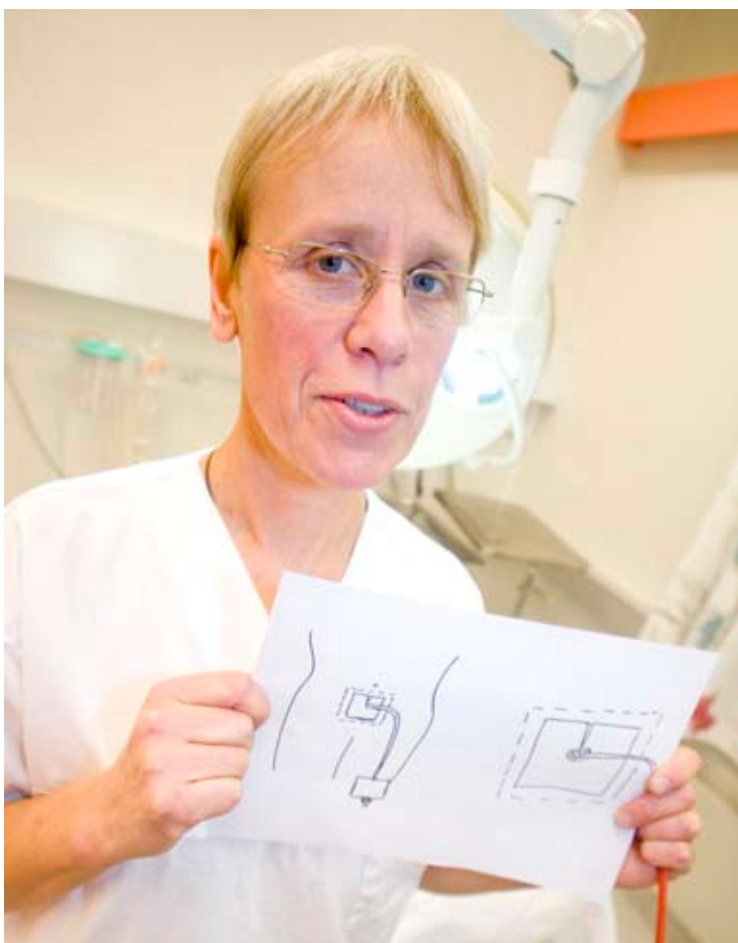
– Fordelene er mange. Det vil ikke være nødvendig at to sykepleiere sjekker medikamentene som blir delt ut. Tid og ressurser spares fordi sykepleiere slipper alle oppgavene rundt det å ha oversikt over medikamentene i avdelingen. I tillegg slipper vi å legge i dosetter. Tryggheten blir også bedre. Det blir slutt på håndskrevne lister og kurver, noe som i dag kan være årsak til misforståelser og i verste fall feilmedisinering, sier hun.

Amdam ønsker at medbanken skal registrere alt som skjer og at alle uttak signeres for.

– Sannsynligvis vil det også føre til mindre svinn av medisiner, sier hun.



FULL TANK: Medisinrommet bør legges ned i sin nåværende form, mener Monica Amdam.



HINDRE LUKT: Sidsel Gjerde lanserer en idé om spesialbandasje som skal tilpasses suprapubiskateter, i absorberende materiale med lukthemmere.

Hun er ansatt ved kirurgisk poliklinikk ved Nordlandssykehuset Vesterålen på Stokmarknes og arbeider med mange urologiske pasienter.

En del av pasientene hennes har fått lagt inn suprapubiskateter. De kommer til sykehuset hver tredje måned for å skifte. Etter hvert utvikler en del av pasientene skrumplære. Blæren får liten kapasitet, og mange plages med urinlekkasje ved siden av slangen, gjennom åpningen på magen. Det finnes ingen spesielle bandasjer for det i dag. Det blir fort vått og ubehagelig, og det lukter, forteller Sidsel Gjerde.

Huden blir lett sår, og det medfører også fare for infeksjoner. Ødelagte klær og sengetøy blir konsekvensene for en del av pasientene.

#### Hemmer sosialt liv

Men vanskeligst for pasientene er

det at lekkasjene går ut over livskvaliteten. Sidsel Gjerde har møtt mange fortvilte pasienter. De hemmes av luktproblemene, og slutter å gå ut blant folk. Også de pårørende er fortvilte.

– Mange forteller at de ikke går ut mer. De fleste pasientene er eldre mennesker, som har en del andre plager i tillegg. Dette kommer på toppen, og blir et stort hinder for deres sosiale liv. De holder seg stort sett hjemme, og får forringet livskvaliteten sin, forteller hun.

Sidsel Gjerde tror dette langt på vei er et skjult problem.

– Dette er problemer mange kanskje vegrer seg for å snakke om, og det er eldre mennesker som er berørt. Dermed er også behovet for denne typen bind, eller spesialbandasje ikke like synlig, sier hun.

# Vil gi økt livskvalitet

Sidsel Gjerde i Stokmarknes mener en spesialbandasje vil gi mange urologiske pasienter et bedre liv.

#### Trikse til

I dag finnes det ingen bandasjer for suprapubiskateter. Pasientene må improvisere med det som finnes, men det gir ingen optimale løsninger.

– Jeg har prøvd å vri hodet hver gang jeg møter disse pasientene, og foreslå ting de kan prøve. Det finnes jo inkontinensbind i egnet materiale, men det er ikke utformet etter den delen av kroppen som pasientene trenger. Derfor ser jeg for meg et bind i det samme materialet som tilpasses anatomien over magen, forteller hun.

#### Må utvikles videre

Sidsel Gjerde har lansert tanken for både urolog og stomisykepleier, og fått positive tilbakemeldinger. Hun har tatt det opp med hjemmesykepleien, som også ser

kandidat  
19

#### Spesialbandasje for suprapubiskateter

Forslagsstiller: Sidsel Gjerde, kirurgisk poliklinikk, Nordlandssykehuset Vesterålen, Stokmarknes.

behovet for et slikt hjelpemiddel. Men foreløpig er ikke ideen satt ut i livet.

– Der er det nok nødvendig at det kommer en produktutvikler inn, eller en produsent som har patent på det nødvendige materialet. Men så veldig komplisert tror jeg ikke det vil være. Det finnes inkontinensprodukter med absorberende materiale med lukthemmere. Jeg ser for meg at min bandasjeidé kan realiseres med det samme materialet, sier Sidsel Gjerde.

Hun tenker seg bandasjen utformet slik at det ligger godt rundt kateteret der det kommer ut av magen, og kanskje ha en del som dekker hele slangen før denne løper ut på magen og videre nedover foten. Bandasjen må også ha en spesiell tape for å sikre et godt feste inntil magen.

# Haukøs metode

I mange år fikk Britt Helen Haukø høre at barna ikke var hennes ansvar. Så tok hun grep og skapte Barnas Time.

Barn av psykisk syke og rusavhengige foreldre har hatt Britt Helen Haukøs engasjement i 29 år. Det våknet da hun begynte på psykiatrisk post 1 på Sykehuset Namsos og har foreløpig kulminert i Barnas Time. Det har i fem år vært et fast tilbud til barn mellom 2 og 18 år som har foreldre innlagt ved posten.

## Inspirasjon fra nord

Gjennom årene har Haukø sett mange barn komme på besøk til foreldrene sine. Hun har sett barn som har vært ansente og redde. Og foreldre som ikke har visst hva

de skal si til dem. Gjennom Barnas Time får de nå en mulighet til å få satt og sette ord på ting som kan oppleves som vanskelige.

Ideen kom fra Vefsna psykiatriske sykehus i Mosjøen. Der hadde de noe de kalte Barnas Time, men ingen oppskrift på hvordan de gjorde det. Derfor utviklet Haukø sin egen metode. Først kalte hun det «Barnas informasjons- og spørretime», men det ble for tungvint.

## Kan ikke gjøre noe gærent

«Endelig fikk du gehør», fikk Haukø høre av gamle kolleger da

hun først startet opp i 2003. Da hadde hun fått gjennom Barnas Time under forutsetning av at den ikke skulle gå på bekostning av noe annet. Ikke alle var like begeistret.

– Noen mente at vi manglet kompetanse. Noen var redd vi ville åpne sår som heller burde forbli lukket.

– *Hva mener du om det?*

– Jeg var klar over at vi ikke hadde enorm kompetanse. Men jeg var helt trygg på at vi ikke kunne gjøre noe gærent ved å gi barn og foreldre et tilbud om å sette ord på ting.

Erfaringen er at foreldre og barn har hatt god nytte av Barnas Time.

kandidat  
20

## Barnas Time

Forslagsstiller: Britt Helen Haukø, psykiatrisk post, sykehuset Namsos.

## Styrker familien

I tillegg til barnet, kan foreldre og andre nære personer delta. To veiledere har regien, og underviser blant annet om psykisk sykdom generelt, foreldrenes sykdom spesielt og hvordan dette påvirker familien.

Barnas Time er et tilbud, og innebærer flere målrettede samtaler. Veilederene har flere innledende samtaler med foreldrene før barna involveres, og en ettersamtale der videre tiltak kan vurderes.

Noen barn opplever at foreldrene blir lagt inn flere ganger, og da får de tilbud om Barnas Time hver gang.

## Skriver bok

Barnas Time har vekket interesse også utenfor Namsos. For øyeblikket har Haukø delvis permisjon for å skrive metodebok, som utgis til våren. Midler har hun fått fra Helse- og omsorgsdepartementet. I tillegg skal Barnas Time implementeres som fast tilbud ved hele psykiatriske klinikk i Helse Nord-Trøndelag. Det vil si ved poster og poliklinikker i Kolvereid, Namsos, Steinkjer, Levanger og Stjørdal. Målet er at Barnas Time er et fast tilbud i hele Helse Nord-Trøndelag i løpet av 2009.

– *Og hva er målet videre?*

– At vi kan være en modell for resten av landet. At alle barn av foreldre med psykiske lidelser og rusavhengighet får et tilbud, sier Britt Helen Haukø.



BARNA ILLUSTRERER: Barn som har hatt Barnas Time har tegnet hvordan de selv eller foreldrene har det. Tegningene blir illustrasjoner i Britt Helen Haukøs metodebok.

# – Gi meg et bilde!

På medisinerrommet for 18 år siden fikk Turid Tidemandsen Espelien en idé.

kandidat  
21

**Bilde av tablett  
utenpå forpakningen**

Forslagsstiller: Turid  
Tidemandsen Espelien,  
Riisby behandlingssenter,  
Dokka i Nordre Land.

Situasjonen er kjent for de fleste sykepleiere: Inne på medisinerrommet. Dosetten fylles opp. Mandag er en blanding av gule, brune og blå piller. Tirsdag likedan. Så var det onsdag. Hvit og ...gul? Nei, pillen mot psykoser er lysebrun. B-vitamin er mer gul i fargen. Eller var det omvendt?

Man kan ikke ta noen sjanser, så da er det bare å finne esken og ta en pille ut av brettet for å dobbelt-sjekke.

**3-D utenpå esken**

– Jeg har stått så mange ganger og irritert meg over å måtte ta ned pakken, og kanskje bryte en forsegling bare for å finne ut helt sikkert hvordan tablettene ser ut.

Og det er denne irritasjonen som har gjort Turid Tidemandsen Espelien til en smartpriskandidat.

– Mitt forslag er å ha et bilde av tablettene utenpå medikamentpakningen. Gjerne i 3-D, slik at tablettene kan sees fra flere vinkler, sier hun.

**Like tabletter**

Tidemandsen Espelien har jobbet som sykepleier siden 1990. Hun er spesialsykepleier, og de siste årene har hun jobbet som inntakskonsulent ved Riisby behandlingssenter på Dokka i Nordre Land. Selv med lang erfaring har hun ikke alle kjennetegn på de ulike tablettene i hodet.

– Alle tabletter skal ha egne kjennetegn. Det skal være forskjeller i for eksempel farge, delestrek, bokstaver eller tall. Likevel er mange tabletter

veldig like, og det hadde vært ok å kunne sjekke det ved å ta en rask titt utenpå forpakningen, i stedet for å måtte åpne den opp.

**Vil redusere feil**

– *Hvem mener du vil ha nytte av denne ideen?*

– Jeg tror dette vil være like aktuelt for alle som håndterer medikamenter. Både innenfor psykiatrien, i somatikken, for hjemmeboende pasienter eller pårørende som må forholde seg til medisiner, mener hun.

– I situasjoner der pasienter eller pårørende er usikre på hvilke tablet-

ter som er igjen i dosetten, for eksempel, eller i et beger hvor tabletter har falt ut, ville det vært til stor hjelp å kunne ta en kikk utenpå forpakningen. Dette vil redusere feilmedisinering, sier hun.

**Jobb for legemiddelfirmaer**

Foreløpig har hun ikke kontaktet legemiddelfirma med ideen, selv om hun har tenkt på at dette hadde vært lurt helt siden hun var sykepleierstudent i praksis.

– Nå har jeg sendt inn ideen til denne konkurransen. Etter så mange år var på tide å få gjort

noe med saken, ler hun.

Hun mener det vil være en smal sak for legemiddelfirmaene å avbilde tablettene på forpakningen, og undrer seg nesten over at det ikke er praksis i dag.

– Ideen er så enkel, men ville ha hjulpet mye i hverdagen. Men det er kanskje slik at de som produserer legemidler ikke vet akkurat hvilke behov vi som står i det til daglig har.

Tidemandsen Espelien har luftet ideen for flere kolleger, og har fått positive tilbakemeldinger.

– Jeg sier bare stem! Ideen vil være nyttig for de aller fleste, sier hun.



RART at ikke legemiddelfirmaene har tenkt på dette, men de ser vel ikke alle behov i hverdagen, tror Turid Tidemandsen Espelien.

# «Liv» letter på trykket



LIV LAGA: Forflytningsunderlag av anorakkstoff har gitt Gunvor Berg en bedre hverdag.

Tiden med ødelagte buksesstrikker er over for rullestolbruker Gunvor Berg. Nå har hun nemlig Liv.

Etter en bilulykke ble Gunvor Berg fra Bagn i Valdres lam og avhengig av rullestol. Liv Haldis Hovdet ble for åtte år siden hennes personlige assistent, og blant mange andre oppgaver, skulle assistenten sørge for jevnlig avlastning av seteregionen.

– Jeg halte og dro i buksene hennes for å avlaste trykket. Det endte ofte med at buksene gikk i stykker, forteller Liv Haldis Hovdet.

### Oppkalt etter oppfinneren

Da fikk Hovdet, som også jobber deltid som syerske for Bohus, den gode ideen.

– Jeg sydde et forflytningsunderlag av anorakkstoff, og med tre håndtak på hver side.

Gunvor sitter oppå dette underlaget, så drar assistenten i håndtakene, og så er hun flyttet litt på. Da kan en person gjøre forflytningen, i stedet for to.

– Jeg hadde aldri klart meg uten

Liv, samtykker Gunvor Berg.

Og når hun snakker om Liv, er det ikke den tidligere personlige assistenten hun sikter til, men den firkantete stoffbiten. Den har nemlig blitt oppkalt etter oppfinneren.

### Slipper å løfte

Det er imidlertid ikke oppfinneren selv som har sendt inn forslaget til Sykepleien. Det er det kollega, hjelpepleier og nå sykepleierstudent Mona Fremgaard Stensæter som har gjort.

– Etter å ha vært ute i praksis og sett litt hva som brukes for å avlaste folk som ikke kan forflytte seg selv, er jeg overbevist om at «Liv» burde settes i produksjon, slik at flere får nytte av den, sier hun.

Mona Fremgaard Stensæter har sett andre, lignende underlag, men ikke noen som brukeren kan sitte på hele dagen, og som er laget i et så tynt materiale.

– Det er en praktisk og enkel oppfinnelse som gjør at man slipper å løfte pasienten. Materialet er så tynt at den ikke vil ødelegge funksjonen dersom man også bruker trykkavlastende pute, sier hun.

– Dessuten sklir den godt mot underlaget, uten at pasienten blir sittende i en uhensiktsmessig posisjon, utdyper hun.

### Reiseversjon

Det finnes også en reiseutgave av underlaget. Det er større, og laget slik at Berg enkelt kan flyttes ut og inn av rullestolen. Det er ikke i bruk like ofte, men har kommet til nytte på flyreiser. Til reiseunderlaget behøves det to personer til å løfte, mens «Liv» håndteres av en person.

– Mye av det utstyret man ellers får kjøpt, er laget i stive, vonde materialer og finnes bare i grelle farger. «Liv» er laget i anonyme farger, og kan rulles sammen og

kandidat  
22

**Et trykkavlastende forflytningsunderlag** som rullestolbrukere kan sitte på hele dagen.

Forslagsstiller: Liv Haldis Hovdet (oppfinner) og Mona Fremgaard Stensæter (innsender)

legges i veska når det ikke er i bruk. Dessuten kan underlaget vaskes, og det tørker over natta.

– Jeg har blitt helt avhengig, det hadde vært helt uråd uten, sier brukeren selv.

Nå heier hun på kandidat 23 i Smartpris-finalen, og vet allerede hva som ligger under juletreet og venter på julaften: En «Liv 2», selv om den gamle fortsatt er godt brukbar, synes Liv Haldis Hovdet at det er på tide at Gunvor Berg får en ny.

Hun har tross alt brukt den gamle i fem år, så å si hver eneste dag.



# Et tryggere møte

En ny bruker av hjemmetjenesten trenger mye informasjon. Personalgruppa i Ottestad har samlet den i en mappe.

Det første møtet med en ny bruker er ikke den letteste jobben å håndtere. Slik følte mange det i personalgruppa til hjemmesykepleien i Ottestad distrikt i Stange kommune på Hedmark.

– Personalet var ofte usikre på hvilken informasjon de skulle gi og hvilken informasjon om den enkelte bruker de skulle notere ned, forteller sykepleier Nelly Odnæs.

## Temadag ga idé

Løsningen kom på en temadag for tre år siden. Her ble det foreslått å lage noen generelle standarder for hvordan man skulle gå frem under det første møtet med nye brukere. Forslaget ble spikret.

Den såkalte førstegangsmappen skulle alle ansatte ha med seg i første møte med nye brukere. I mappen er det samlet ulike brosjyrer som gir informasjon om hjemmetjenesten i Ottestad distrikt, Sosial- og helsedirektoratet, samt praktisk informasjon knyttet til apotekjeneste og trygghetsalarm. I mappa ligger også samtykkeskjema for mottak av helsehjelp og legemiddelhåndtering, kartleggingsskjema og sjekkliste.

– Alt vi trenger å huske på er å ta med mappa. Når opplysningene er systematisert på denne måten får vi også informert bedre, sier Odnæs.

## Husker alt

Odnæs mener den største fordelen med mappa er sjekklisten. Den inneholder ulike punkter som personalet skal krysse av etter hvert som oppgaven er utført. Alt fra personlige opplysninger til spørsmål om behov for trygghetsalarm eller nøkkelboks må krysses av.

– Det beste med listen er at vi er sikre på at vi ikke glemmer å spørre om noe, og at vi blir minnet på alt vi skal informere om. Samtidig blir det også lettere å kommunisere

med andre i personalgruppa. Ved å se på hva som er krysset av, vet jeg med en gang hva som gjenstår av oppgaver. Dette sparer oss for mye tid, konstaterer hun.

## Gode erfaringer

Hjemmesykepleien i Ottestad har nå brukt mappa i tre år og synes den er til god hjelp, særlig de nyansatte og vikarene. De har også erfart at de er blitt flinkere til å samle inn nøkkelinformasjon om brukerne raskere og mer systematisk.

– I tillegg er mappa enkel å oppdatere. Vi måtte blant annet gjøre noen endringer da kommunene innførte elektronisk postjournal, Gercia, forteller Odnæs.



kandidat  
23

### Mappe til nye brukere av hjemmetjenesten

Forslagsstiller: Nelly Odnæs og personalet ved hjemmesykepleien i Ottestad, Stange kommune i Hedmark.

SMART-INFO: Bruker Asta Torsteinen (87) får se innholdet i mappa av Frida Alkemark og Nelly Odnæs (til høyre).

C1

Gardasil® «Sanofi Pasteur MSD»  
Vaksine mot humant papillomavirus.

ATC-nr.: J07B M01

**INJEKSJONSVÆSKE, suspensjon:** Hver dose inneholder: 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 amorft aluminiumhydroksyfosfatadjuvans) 225 µg, vann til injeksjonsvæsker. **Indikasjoner:** Vaksine som skal forhindre premaligne genitale lesjoner (cervikale, i vulva og vaginale), cervixcancer og kjønnsvorter (condyloma acuminata) som har årsakssammenheng med humant papillomavirus (HPV) av typene 6, 11, 16 og 18. Indikasjon er basert på effekt hos voksne kvinner 16-26 år og påvist immunogenisitet hos barn og ungdom 9-15 år. Beskyttelseseffekt er ikke undersøkt hos menn. Bruk av preparatet skal følge offentlige anbefalinger. **Dosering:** Primæravvaksinasjon: 3 separate doser på 0,5 ml gis ved måned 0, 2 og 6. Ved 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 innen 1 år. Behovet for boosterdose er ikke klarlagt. **Barn: <9 år:** Ikke anbefalt pga. utilstrekkelig data vedrørende immunogenisitet og effekt. Gis i.m., fortrinnsvis i overarmens deltamuskel eller i det øvre anterolaterale området på låret. Må ikke injiseres intravaskulært. Hverken subkutan eller intradermal administrering er undersøkt, og anbefales derfor ikke. Det anbefales å fullføre vaksinasjonsplanen. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. Ved symptomer på overfølsomhet, må det ikke gis flere doser. Vaksineringsutsettes ved akutt, alvorlig febersykdom. Vaksineringsutsettes ved mindre infeksjon, som en lett øvre luftveisinfeksjon eller lett feber. **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-type 6, 11, 16 og 18. Anbefalte forsiktighetsregler for beskyttelse mot seksuelt overførbare sykdommer må fortsatt følges. Beskytter ikke mot eksisterende HPV-infeksjoner. Har ikke terapeutisk effekt og er derfor ikke indisert som behandling av cervixcancer, høygradige cervix-, vulva- og vaginaldysplasi eller kjønnsvorter, eller for å hindre utvikling av andre etablerte HPV-relaterte lesjoner. Vaksinasjon er ikke erstatning for regelmessig screeningundersøkelse av cervix. Regelmessig screening iht. lokale anbefalinger er fortsatt viktig. Det foreligger ikke data om bruk ved 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 i.m. injeksjon kan oppstå blødning hos disse pasientene. Varighet av beskyttelsen er ukjent. Vedvarende beskyttelseeffekt har vært påvist i 4,5 år etter fullført primæravvaksinasjon på 3 doser. Ingen sikkerhets-, immunogenisitets- eller effektivitetsdata støtter kombinasjon med andre HPV-vaksiner. **Interaksjoner:** Kan gis samtidig med hepatitt B-vaksine på annet injeksjonssted uten å forstyrre immunresponsen på HPV-vaksinen. Andel personer som oppnådde et beskyttende nivå av anti-HB f10 mIE/ml ble ikke påvirket, men anti-HBs geometriske middelverdier var lavere når vaksinen ble gitt samtidig. Klinisk betydning er ukjent. Samtidig bruk med andre vaksiner er ikke undersøkt. Bruk av hormonelle prevensjonsmidler synes ikke å påvirke immunresponsen på preparatet. **Graviditet/Amming:** Overgang i placenta: Begrenset data indikerer ingen sikkerhetsrisiko. Bruk under graviditet anbefales imidlertid ikke, og vaksineringsutsettes til etter fullført graviditet. Overgang i morsmelk: Kan gis til ammende. **Bivirkninger:** Svært vanlige ( $\geq 1/10$ ): Øvrige: Erytem, smerte og hevelse på injeksjonsstedet, pyreksi. Vanlige ( $\geq 1/100$  til  $< 1/10$ ): Øvrige: Blåmerke og pruritus på injeksjonsstedet. Sjeldne ( $\geq 1/10\ 000$  til  $< 1/10\ 000$ ): Hud: Urticaria. Svært sjeldne ( $< 1/10\ 000$ ), ukjent: Blod/lymfefade: Lymfadenopati. Gastrointestinale: Kvalme, oppkast. Immunsystemet: Overfølsomhetsreaksjoner inkl. anafylaktiske/anafylaktoide reaksjoner. Luftveier: Bronkospasme. Muskel-skjelettsystemet: Uspesifikk artritt/artropati. Nevrologiske: Guillain-Barrés syndrom, svimmelhet, hodepine, synkope. **Overdosering/Forgiftning:** Symptomer: Ved overdosering er bivirkningsprofilen sammenlignbar med det som er observert ved anbefalte enkelt-doser. **Egenskaper:** Klassifisering: Rekombinant, adsorbent, ikke-infeksiøs fire-komponentvaksine med adjuvans, laget av høyrensedede viruslignende partikler (VLP) fra hoved L1-kapsidproteinene hos HPV-type 6, 11, 16 og 18. Produsert i gjærceller vha. rekombinant DNA-teknologi. VLP inneholder ikke virus-DNA og kan ikke infisere celler, reproducere eller forårsake sykdom. **Virkningsmekanisme:** HPV infiserer bare mennesker, men dyreforsøk med analoge papillomavirus antyder at L1 VLP-vaksiner beskytter ved å indusere en humoral immunrespons. Preparatet beskytter mot infeksjoner forårsaket av de fire HPV-typer i vaksinen. Etter 3 år er beskyttelseeffekten mot HPV 6-, 11-, 16- og 18-relatert CIN 2/3 og AIS, VIN 2/3, ValN 2/3 og kjønnsvorter på hhv. 99%, 100%, 100% og 99%. Kryssbeskyttelseeffekt mot CIN 2/3 og AIS er også vist mot 10 ikke-vaksinertyper. Kombinert er effekten på 23%, mens for HPV-31 alene er effekten på 56%. Det er ikke vist beskyttelse mot sykdom forårsaket av HPV-typer hos pasienter som er PCR- og/eller antistoffpositive før vaksineringsutsettes. Påvirker ikke utvikling av infeksjoner eller lidelser som er til stede ved vaksineringsstidspunktet. **Terapeutisk serumkonsentrasjon:** Minimum beskyttende antistoffnivå er ikke identifisert. Innen 1 måned etter 3. dose er 99,9% antistoffpositive mot HPV 6, 99,8% mot HPV 11 og HPV 16, og 99,6% mot HPV 18. Immunogenisitet har sammenheng med alder og anti-HPV-nivåer ved måned 7 og er merkbart høyere hos pasienter <12 år enn hos eldre. Eksakt varighet av immunitet etter primæravvaksinasjon med 3 doser er ikke fastslått. Bevis på immunologisk hukommelse ble sett hos vaksinerte personer som var antistoffpositive mot relevant HPV-type(r) før vaksineringsutsettes. Vaksinerte som fikk en tilleggsdose 5 år etter vaksinasjon, viste en hurtig og kraftig antistoffrespons (tegn på immunologisk hukommelse) som var større enn anti-HPV geometrisk middelverdier observert 1 måned etter den 3. dosen. Basert på immunogenisitetssammenligning kan en anta at vaksinen også har beskyttelseeffekt hos jenter 9-15 år. Immunogenisitet og sikkerhet er vist hos gutter 9-15 år. Beskyttelseeffekt er ikke evaluert hos menn. **Oppbevaring og holdbarhet:** Oppbevares i kjøleskap (2-8°C). Må ikke fryses. Beskyttes mot lys. **Andre opplysninger:** Hele den anbefalte vaksinedosen må benyttes. **Ristes godt før bruk.** Etter risting er innholdet en litt uklær, hvit suspensjon. Innholdet i sprøyten inspiseres visuelt for partikler og misfarging før injeksjon. Legemidlet skal kastes dersom det inneholder partikler eller er misfarget. Bruk én av de vedlagte kanylene til vaksineringsutsettes. Passende kanyle velges ut i fra pasientens størrelse og vekt for å sikre i.m. injeksjon. Sikkerhetsmekanismen vil dekke kanylen etter injeksjon for å forhindre stikkskade. Kontakt med aktiveringstappene på sikkerhetsmekanismen må unngås for å sikre at plastylen ikke dekker kanylen for tidlig. Sørg for at luftbobler fjernes fra sprøyten før injeksjon. Må ikke blandes med andre legemidler. Destruksjon: Ubrukt legemiddel eller avfallsmateriale skal behandles iht. lokale krav. Sist endret: 18.11.2008. **Pakninger og priser:** Ferdigfylt sprøyte med sikkerhetsmekanisme og to kanyler: 0,5 ml kr 1181,10. HPV 16 og 18 er ansvarlig for omtrent 70 % av tilfellene av høygradig cervikal intraepitelial neoplasi (CIN 2/3) og adenocarcinoma in situ (AIS) av høygradig vulvadysplasi (VIN 2/3) hos unge kvinner før menopause. Godkjent av NOMA: 29.10.08

## Til ingen nytte?

Etter systematisk gjennomgang av forskningslitteratur, konkluderer en Cochrane-rapport med at selvundersøkelse av brystene muligens ikke gir helsegevinst. Studiene sammenlignet kvinner som undersøkte



brystene sine selv regelmessig over en tiårsperiode med kvinner som aldri gjorde det.

Resultatet var at selvundersøkelsene muligens ikke har noen innvirkning på antall dødsfall av brystkreft, identifiserte tilfeller eller oppdagelse av forstadier til kreft. Derimot fører trolig selvundersøkelsene til litt flere biopsier og undersøkelser av friskt vev.

Kilde: Kunnskapssenteret

## Reality til besvær

Kliniske etikkomiteer fra hele Norge tar sterkt avstand fra tv-produksjoner som filmer pasienter som ikke på forhånd har samtykket.

På et høstseminar i november sto de samlet bak kritikken. Professor Reidun Førde trekker fram TV3's «Sykehuset» fra Akershus universitetssykehus (Ahus) som eksempel. Hun viser til at pasienter som deltar skal samtykke før de blir filmet, for eksempel når de blir hentet med ambulanse.

– Men poenget er at taushetsplikten brytes i det filmteamet er der og ser pasienten. Denne kan ikke gjenopprettes, selv om pasienten gir sitt samtykke i etterkant, sier hun til Dagens Medisin.

Norsk Pasientforening er glad for at saken tas opp.

Men Ahus-direktør Erik Normann har ikke fått klager.

– Det vi har hørt av negativ omtale, er av en eller annen grunn via Dagens Medisin, sier han til nettopp Dagens Medisin.

Kilde: Dagens Medisin

## Avslørt på nettet

Google og yahoo avslører influensa på fremmarsj raskere enn overvåkingssystemene til helsemyndighetene.

Amerikanske forskere antok at influensasyke oftere søkte etter influensarelaterte ord. Et samarbeid mellom forskere og søkermotorene avslørte at forekomsten av søk på ord som «flu» og «influenza» ganske så presist stemte overens med hvordan influensaen bredte om seg. Flere uker før overvåkingssystemene rapporterte om det samme.

Men forskerne understreker at analyser av søkeord på nettet ikke kan erstatte overvåking.

Kilde: forskning.no

## Flere hiv-smittede

Om lag 280 mennesker er diagnostisert med hiv i Norge i 2008. Det er det høyeste antall noe år.

Blant menn som har sex med menn er antall nysmittede doblet siden 1990-tallet. Blant heteroseksuelle er de fleste smittede av utenlandsk opprinnelse, og de er smittet før de kom til Norge.

Kilde: Folkehelseinstituttet

# Langt igjen til likestilling

Resultatene fra Likestillings- og diskrimineringsombudets rapport viser at mye var bedre før.

I slutten av november presenterte Likestillings- og diskrimineringsombudet, Beate Gangås, ombudets årlige samfunnsregnskap Saldo.

Rapporten fastslår blant annet at tallet på mannlige søkere til sykepleierutdanningen har gått ned fra 15 prosent i 2006, til 12 prosent i 2008.

I tillegg listes en rekke punkter opp som viser at Norge har langt igjen før full likestilling er innført.

- Lønnsgapet mellom kvinner og menn øker.
- Far er mindre hjemme enn vi tror.
- Andel kvinnelige ledere går ned.

- Klar sammenheng mellom synlig minoritetsbakgrunn og diskriminering.

## Lærer mer, tjener mindre

Selv om kvinner tar høy utdanning i større grad enn menn, øker lønnsforskjellen med utdanning. Kvinner får dermed mindre økonomisk uttelling for å ta utdanning. Lønnsforskjellene mellom kvinner og menn økte fra 4 986 kroner til 5 426 kroner i måneden fra 2006 til 2007. I tillegg er ni av ti minstepensjonister kvinner.

Andelen kvinnelige topp- og mellomledere gikk ned fra 33 til 31 prosentpoeng i fjor. Blant toppledere sank kvinneandelen fra 21 til 17 prosent.

I de styrende organer ser det slik ut: Regjeringen har 47 prosent kvinner, Stortinget har 34 prosent og kommunestyrene 38 prosent. Norge har 23 prosent kvinnelige ordførere.

## Foreslår tiltak

- Her er noen av ombudets løsninger på utfordringene
- Far må få selvstendig opptjenings-

rett til fedrekvote og foreldrepermisjon.

- 40-prosentkravet i styrer må utvides til å omfatte alle selskaper hvor det offentlige har en eierandel.
- Retten til heltidsarbeid må lovfestes.
- Regjeringen må gjennomføre alle forslagene fra Likelønnskommissjonen.
- Partiene må sette måltall for kjønnsbalanse, alder og etnisk bakgrunn på valglistene. I tillegg må de ta ansvar for å sikre representativitet med hensyn til funksjonsevne og seksuell orientering.



# Kommunetorget.no

–for planlegging av rusarbeid i kommunene

Nettstedet Kommunetorget.no skal bidra til at ansatte i kommunene, lokalpolitikere og brukere får mer kompetanse om planlegging og iverksetting av rusforebyggende og behandlingsrelatert arbeid

## Kommunetorget.no gir innblikk i:

- kommunale plantyper generelt og rusrelaterte planer spesielt
- brukermedvirkning
- prosesshjelpemidler og planverktøy
- praksiseksempler til hjelp i planarbeidet
- spørsmål og svar omkring planlegging av rusarbeid



Nordnorsk  
Kompetansesenter-Rus  
Rus og spesialpsykiatrisk klinikk, UNN



Helsedirektoratet



**Jofrid Aa. Nedrebø,**  
sjukepleiar under  
vidareutdanning i  
Infeksjonsjukepleie og  
smittevern

### Opplæring og motivering er viktig for å betre hygienepraksisen.

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

Les mer og finn litteraturhenvisninger på [www.sykepleien.no](http://www.sykepleien.no)

#### Søkeord:

Hygieniske retningslinjer  
Hygienisk standard  
Nosokomiale infeksjoner  
Smittevern

# Husk handvask

Hygieniske retningslinjer finnast, men vert ikkje like flittig etterlevd blant sjukepleiarar på ei sjukehusavdeling. Kva er årsaka til dette, og kva kan vi gjere for å betre etterlevinga av retningslinjene?

Artikkelen beskriv hygienisk standard blant sjukepleiarar på sjukehus som ein svært viktig faktor for førebygging av nosokomiale infeksjonar i dag og i framtida. Ein ser på årsaker til at hygieniske retningslinjer ikkje vert følgde. Og tiltak som har vist seg å kunne forbetre den hygieniske standarden på sjukehusavdelingar verte tekne opp. Kanskje er det på tide med eit hygienisk oppgjær for oss sjølve sidan det viser seg at helsepersonell sine haldningar og vilje til å følge hygieniske retningslinjer er dårlege?

#### Vi påfører pasientar infeksjonar

Mellom 5 og 7 prosent av pasientar som er innlagt i norske sjukehus, får ein nosokomial infeksjon (1). Ein infeksjon som pasienten får under, etter, eller som følgje av sjukehusopphaldet (2). Nosokomiale infeksjonar er ei stor belastning for dei det gjeld, det gir nedsett livskvalitet og i nokre tilfelle invaliditet og død (3). Sjukehusinfeksjonar

fører til reinleggingar, to–fem gongar lengre sjukehusopphald, og det gir ein meirkostnad på 500–1000 millionar kroner per år (3). Talet på dødsfall etter nosokomiale infeksjonar er aukande (4).

#### Standardtiltak

Standardtiltak eller barrieretiltak er grunnleggande smitteverntiltak som går ut på å lage ein barriere mellom kvar enkelt pasient og omgivnadane. I praksis vil dette seie god handhygiene og pasientbunden stellefrakk og utstyr (5). Standardtiltaka er føresetnaden for eit effektivt vern mot infeksjonar, og må etterlevast av alt helsepersonell og overfor alle pasientar. Tiltaka er uavhengig av diagnose eller moglege infeksjonstilstand (6).

#### Hygieniske retningslinjer

Hygieniske retningslinjer i sjukehus er klare: Korrekt handhygiene føreset at ringar, armband og armbandsur vert fjerna, og at negler er kortklipte og utan neglelakk.

Hender skal desinfiserast eller vaskast mellom kvar pasient, same kva pasientkontakten går ut på. Stellefrakk skal nyttast ved stell av pasientar, og i andre situasjonar der arbeidsuniforma kan bli forureina (5). Til grunn for desse retningslinjene ligg Centers for Disease Control and Prevention (CDC) sine retningslinjer, malar som er utarbeidd på bakgrunn av internasjonal anerkjent forskning. Handhygiene er enkelt, billeg, og det dokumentert viktigaste enkelttiltaket for å redusere smitteoverføring og spreiring av smittestoff (7). Likevel viser undersøkingar at vi berre utfører handhygiene i rundt 50 prosent av tilfella vi burde gjere det (8).

#### Fagleg kompetanse

Det daglege, generelle smittevernet og høg fagleg hygienisk standard på behandling og pleie av pasientar, er sentralt i det smitteførebygginge arbeidet (3). Sjukepleiestudentar lærer hygiene og smittevern best i praksis der ein har ulike case



HANDVASK: Undersøkingar viser at sjukepleiarar berre utførar handhygiene i halvparten av tilfella dei burde gjere det. Foto: Colourbox

og kan gjennomføre praktisk trening. Læraren si rolle i slik undervisning er essensiell (9). Kunnskap vi tileigna oss på sjukepleiehøgskulen vert forelda gjennom eit 40 års yrkesaktivt liv, og faglege oppdateringar er difor heilt nødvendig for å kunne utøve fagleg forsvarleg sjukepleie, noko vi ved lov er pålagt å gjere (10).

### Leiingsansvar

Sidan 1. juli 2005 blei alle helseinstitusjonar pålagt å ha eit infeksjonskontrollprogram. Det er leiinga i institusjonen sitt ansvar å syte for at infeksjonskontrollprogrammet vert utforma, sett i verk og vedlikehalde (11). Erfaringar tyder på at leiinga i helseføretaka ikkje i tilstrekkeleg grad er bevisst sitt ansvar her (12). Infeksjonskontrollprogram skal vere tilgjengeleg for alle det gjeld, og leiinga skal syte for at personalet er kjent med innhaldet (11). Helsepersonellet sjølv etterlyser gode rollemodellar blant kollegaer og overordna (12).

Som leiar bør ein blant anna ta ansvar for undervisning og jamleg oppdatering (6). Opplæring og motivering er viktig for å betre hygienepraksisen blant alle, og nyttilsette bør ha obligatorisk undervisning (12). Om sjukehusleiinga vil betre etterlevinga av retningslinjene, er det nødvendig å setje i verk tiltak, ikkje berre på eit, men på fleire områder (13,14,15,16). Om ein målar i kva grad handhygiene vert utført og avdekkar årsakene til svikt i handhygiene, vil ein ha gode føresetnader for å kunne forbetre den manglande praksisen. Lett tilgjengeleg vaskemogelegheiter og handsprit, utdanning og ansvarleggjering av personale vil kunne gi betre etterleving av hygieniske retningslinjer (14).

### Arbeidsforhold

Spesialsjukepleiarar i sjukeheim seier opp jobben sin fordi pleiefaktoren er uforsvarleg lav (17). Det er vist at tilstrekkeleg med pleiepersonale i forhold til pasientar og

arbeidsmengd gir mindre nosokomiale infeksjonar og mindre spreiding av bakteriar (12,18,19). Forsking viser at å prioritere smittevern og forebygging av infeksjonar er kostnadseffektivt (20). For at vi skal kunne følgje hygieniske retningslinjer og oppnå god handhygiene må såpe og vatn eller handdesinfeksjonssprit vere lett tilgjengeleg (14). Innføring av handdesinfeksjon som førsteval har ved fleire tilfelle vist seg å betre handhygien, redusere forekomsten av nosokomiale infeksjonar og spreiding av bakteriar (7).

### Korleis kan vi bli betre?

Etterlevinga av hygieniske retningslinjer har vore dårleg i lang tid. Enkelte tiltak for å betre etterlevinga har vore vellukka, men varig forbetring har vore vanskeleg å oppnå. Det har vist seg å vere nødvendig med tiltak på fleire plan (13,14,15,16). Fagleg kompetanse og oppdateringar er viktig. Auka fokus på hygiene kan

i seg sjølv auke motivasjonen for, og etterlevinga av, dei hygieniske retningslinjene (13). Leiinga kan, ved å organisere internundervisning og god opplæring av nyttilsette, gjere sitt til å auke smittevernskompetansen på si avdeling (6). Leiinga bør gå føre som gode eksempel når det gjeld hygiene og smittevern. Gode rollemodellar på alle nivå verkar motiverande og forpliktande på helsearbeidarar (12,15). Mange sjukepleiarar med leiingsfunksjon kan nok gå i seg sjølv og gjere ein innsats som gode førebilete. Som sjukepleiar i ei sjukehusavdeling er vi alle rollemodellar for sjukepleiestudentar i praksis. Dårleg praksis kan òg bli lært ved sengekanten (15), og når vi veit at vi berre vaskar oss på hendene halvparten av gongane vi burde gjere det, er det kanskje ikkje godt nok å lære hygiene i praksis på sjukehusavdelingane. Organisatoriske forhold i sjukehusavdelinga har vist seg å ha effekt på vår etterleving av hygieniske retningslinjer. Å gjere handhygiene lettare tilgjengeleg

ved å innføre handdesinfeksjons-sprit, verkar å vere avgjerande for å kunne ha god handhygiene (7,16).

**På tide med eit hygienisk oppgjer**  
Smittestoff går blant anna via oss sjukepleiarar til våre pasientar, og gir 5–12 prosent av desse ein sjukehusinfeksjon (1). Nokre av dei overlever den ikkje. Mangel på vilje hos helsepersonell vert nemnd

Dette er pasientane sin garanti for at dei får rett behandling og stell. Dersom du er det minste usikker på noko som har med smittevern, standardtiltak og hygiene å gjere: ta det opp med din overordna, og etterlys det som internundervisning på arbeidsplassen din. Vi har alle eit personleg ansvar for eigne handlingar og vurderingar, og utan oppdatert kunnskap kan vi ikkje vite om det vi gjer er riktig. Stor

### Stor arbeidsbelastning gir auka spreiring av bakteriar og fare for nosokomiale infeksjonar.

som årsak til svikt i etterleving av hygieniske retningslinjer (21). Om vi går i oss sjølve og ser at det er liten vilje til å gjennomføre tiltak som er årsaka til at vi ikkje følg hygieniske retningslinjer, då er det vel på tide å ta eit oppgjer med seg sjølv. Ved utføring av handhygiene vil ringar, klokker og armband hindre oss i å få hendene reine, og vi spreiar meir bakteriar rundt oss. So lat oss starte med å fjerne desse, i *alt* pasientnært arbeide, om ein arbeider på intensiv eller kirurgisk avdeling, på poliklinikk eller i akuttmottak. Standardtiltak gjeld ikkje berre for intensivavdelingar og ved isolerte pasientar. Standardtiltak skal etterlevast av alt helsepersonell og ovanfor alle pasientar (6). La oss bruke den kunnskapen vi sit inne med, og tenkje smitte- og infeksjonsforebygging sjølv om ikkje legen har bestemt at pasienten skal isolerast. Vi bør alle vite kor vi skal finne retningslinjer slik at vi lett kan slå opp når vi er usikre på noko.

arbeidsbelastning gir auka spreiring av bakteriar og fare for nosokomiale infeksjonar (12,18,19). Vi treng folk, tid og ressursar nok til å få gjennomført sjukepleien vår på ein fagleg forsvarleg og best muleg måte. Då slepp pasientane våre å få infeksjonar når dei er innlagde på sjukehus og nokre slepp på døy av desse. Prioritering av smittevern er kostnadseffektivt (20). Slike resultat kan brukast til å fremje vår sak når vi synest sparing og nedbemanning går utover pasientar sitt ve og vel. Men sjukeplei-ekollegaer: det føreset at vi tek av oss klokke og giftering når vi er på jobb, og at vi er tøffe nok til å hjelpe kvarandre til å bli betre på hygiene ved å ta imot og gje rettleiing dersom vi «tek kvarandre» i å slurve med hygienen.

#### LITTERATUR

1. Prevalens av sykehusinfeksjoner våren 2008. [Internett] Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt; 2008 Jul. [henta 2008-10-02]. Tilgjengeleg frå: [http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLef\\_t\\_5565&MainArea\\_5661=5565:0:15,3419:1:0:0:::0:0&MainLef\\_t\\_5565=5544:70194::1:5673:1:::0:0](http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLef_t_5565&MainArea_5661=5565:0:15,3419:1:0:0:::0:0&MainLef_t_5565=5544:70194::1:5673:1:::0:0)
2. Tjåde T. Medisinsk mikrobiologi og infeksjonssykdommer. 2 utg. Bergen: Fagbokforlaget, 2001.
3. Andersen BM. et.al. Håndbok i hygiene og smittevern for sykehus: Mirkober og smitteveier. 4 utg. Oslo: Ullevål universitetssykehus, 2008.
4. Blatnik J, Lesnicar G. Propagation of methicillin-resistant Staphylococcus aureus due to the overloading of medical nurses in intensive care units. J Hosp Infect 2006; 63(2): 162-6.
5. HB 10 Hygienehåndbok. [Intranett]. Innsiden, Helse Bergen.[henta 2008-10-02]. Tilgjengeleg frå: <http://handbok.helse-bergen.no/eknet/tree.aspx?SID=1&MappelID=22&levels=2&to p=2&noresize=1>
6. Nasjonalt folkehelseinstitutt. Smittevern 15: Rettleiar til forskrift om smittevern i helsetenesta. Nydalen: folkehelseinstituttet, 2006.
7. Håndhygiene. [Internett] Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt; [henta 2008-10-02]. Tilgjengeleg frå: [http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainArea\\_5661&MainArea\\_5661=5565:0:15,3424:1:0:0:::0:0](http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainArea_5661&MainArea_5661=5565:0:15,3424:1:0:0:::0:0)
8. Larson EL, Quiros D, Lin SX. Dissemination of the CDC's guideline and impact on infection rates. Am J Infection Control 2007; 35(10): 666-75.
9. Mikkelsen J, Hegg Reime M, Harris AK. Nursing students' learning of managing cross-infections – Scenario-based simulation training versus study groups. NurseEduc Today 2008; 28(6): 664-71.
10. Helsepersonelloven. 1999. Lov om helsepersonell m.v. av 1999-07-02 nr 64.
11. Forskrift om smittevern i helsetenesten. 2005. Forskrift om smittevern i helsetenesten av 2005-06-17 nr 610.
12. Nasjonalt folkehelseinstitutt. Smittevern 11: Nasjonal veileder for håndhygiene. Nydalen: Folkehelseinstituttet; 2004.
13. Picheansathian W, Pearson A, Suchaxaya P. The effectiveness of a promotion programme on hand hygiene compliance and nosocomial infections in a neonatal intensive care unit. Int J Nurs Pract. 2008; 14(4):315-21.
14. Haas JP, Larson EL. Compliance with hand hygiene guidelines: where are we in 2008? 2008; 108(8):40-4.
15. Pittet D, Simon A, Hugonnet S, Pessoa-Silva CL, sauvan V, Perneger TV. Hand Hygiene among Physicians: Performance, Beliefs, and perceptions. Annals. [Elektronisk artikkel]. 2004 Jul [henta 2008-09-18]; 141(1):[8s.] Tilgjengeleg frå: <http://www.annals.org/content/full/141/1/1>
16. Pittet D. Improving Compliance With Hand Hygiene in Hospitals. Infect Control Hosp Epidemiol 2000; 21: 381-386.
17. Derfor sier jeg opp på sykehjemmet [Internett]. Bergen: bt.no; 25-06-2008 [henta 2008-10-01]. Tilgjengeleg frå: <http://www.bt.no/meninger/debatt/article588947.ece>
18. Hugonnet S, Chevolet JC, Pittet D. The effect of workload on infection risk in critically ill patients. Crit Care Med 2007; 35(1): 76-81.
19. Hugonnet S, Harbarth S, Sax H et al. Nursing resources: a major determinant of nosocomial infection? Curr Opin Infect Dis 2004; 17: 329 - 33.
20. Elward AM, Hollenbeak CS, Warren DK, Fraser VJ. Attributable cost of nosocomial primary bloodstream infection in pediatric intensive care unit patients. Pediatrics. 2005 Apr; 115(4):868-72.
21. Pittet D, Hugonnet S, Harbarth S, Mourouga P, Sauvan V, Touveneau S et al. Effectiveness of a hospital-wide program to improve compliance with hand hygiene. Lancet 2000; 365: 1307-12.



# 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 **tillitsvalgte** bistår deg på de fleste arbeidsplasser
- **Sykepleien** (18 utgaver)
- Bilaget **SykepleienForskning** (4 ganger per år)
- **Juridisk bistand**
- **Godkjenning** av sykepleiefaglige veiledere og kliniske spesialister i sykepleie
- **Stipender og legater** til reise, utdanning og forskning
- **Kurs og kongresser**
- **Kursopphold** på 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 ivaretatt. 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

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



**Norsk Sykepleierforbund**  
Svarsending 1016  
0090 Oslo



**Tone Haave**, sykepleier.  
Jobbet i Selbu kommune hjemmesykepleie som sykepleierstudent når vi skrev artikkel. Er nå ansatt i Viderøe fysiskap.



**Lise Tuset Gustad RN**,  
MN Høgskolelektor, HiNT,  
avdeling helsefag Levanger.

**Samfunnet har fått et endret infeksjonsbilde og et større behov for smittevern enn tidligere.**

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

Les mer og finn litteraturhenvisninger på [www.sykepleien.no](http://www.sykepleien.no)

**Søkeord:**  
Hygiene  
Hjemmesykepleie

# – En glemte arena?

Infeksjonskontroll i hjemmesykepleien byr på mange utfordringer.

Mangel på standardiserte definisjoner og klare prosedyrer for håndhygiene, få dedikerte hygiene-sykepleiere, manglende protokoll på oppfølging av infeksjoner når det gjelder prevalens og incidens, og forskrift om smittevern som omfatter tjenesten er blant hjemmesykepleiens hygieniske utfordringer. Det er omfattende behov for utvikling og forskning på tema.

Hygieniske utfordringer når det gjelder kryssmitte i hjemmesykepleien er sannsynligvis økende fordi brukerne er sykere. De behandles oftere i eget hjem istedenfor på sykehus. Vi gjorde et litteratursøk, for å finne ut om kryssmitte er et problem, og for undersøke de hygieniske retningslinjer som hjemmesykepleien jobber under. Vi fant manglende retningslinjer angående hygiene i hjemmesykepleien, mangel på forskning når det gjelder hjemmesykepleiernes hygieniske kompetanse og utfordringer, og manglende tall på infeksjoner og konsekvenser av disse i hjemmesykepleien. For at hygiene i hjemmesykepleien ikke skal bli glemt er det behov for omfattende forskning og kartlegging av tema.

## Gap mellom lover og praksis

Kommunehelsetjenesteloven slår fast at kommunene skal fremme folkehelse, deriblant å forebygge infeksjoner og hindre smittespredning. For å fremme folkehelse skal det være ansatt lege og sykepleiere i kommunehelsetjenesten. Kommunelegen er medisinsk faglig rådgiver. Kommunen er forpliktet til å gi personalet nødvendig undervisning og praktisk opplæring, samt gi rom for å opprettholde kvalifikasjoner og gi påkrevet videre- og etterutdanning

(1). De fleste sykepleiere i kommunehelsetjenesten sier det ikke foreligger noen plan for etterutdanning på deres arbeidsplass og de føler seg utilfredse med etterutdanningstilbudet (2). Hele 53 prosent av sykepleierne i kommunehelsetjenesten sier de ikke vet om deres arbeidsplass har gode prosedyrer for å sikre ivaretagelse av pasientens behov (3). Smittevernloven slår fast at alt helsepersonell har plikt til å gjennomgå nødvendig opplæring i smittevernsarbeid og har plikt til å forebygge, behandle, undersøke eller pleie pasienter etter bestemte retningslinjer (4). Utenlandsk forskning viser derimot at sykepleiere føler seg usikre på hvilke hygieniske prinsipper som gjelder for prosedyrer utført i hjemmesykepleien (5). Dersom det samme gjelder i Norge er ikke opplæringen i retningslinjer å betegnede som adekvat.

Forskrift om smittevern i helse-tjenesten gjelder ikke i hjemmesykepleien (6). Folkehelseinstituttet lovte i 2005 at det skal bli utarbeidet egne veiledere i smittevernsarbeid for blant annet hjemmesykepleien, men dette er enda ikke gjort (7) Det er internkontrollen som regulerer hjemmesykepleien, og her pålegges systematiske tiltak som sikrer at fagutøvelsen er forsvarlig (8). Dette hjelper kanskje ikke da over 40 prosent av hjemmesykepleierne verken vet når de ifølge lov skal varsle, eller hvem de skal varsle, dersom det blir fare for pasient (3). Videre er sykepleierne i kraft av yrkesetiske retningslinjer (9) og helsepersonelloven (10), forpliktet til å holde seg oppdatert på de fagområder de har ansvar for, herunder hygiene. Likevel opplever bare 14 prosent av hjemmesykepleiere at de

i løpet av de siste fire månedene har hatt anledning til å lese faglitteratur i arbeidstiden i en time eller mer i strekk (11). Det virker altså som det er et gap mellom pålagte lover og praksis i hjemmesykepleien.

Samfunnet har fått et endret infeksjonsbilde og et større behov for smittevern enn tidligere. Videre i artikkelen gis et lite innblikk i de viktigste utfordringene når det gjelder kryssmitte og smittevern i hjemmesykepleien.

## Kryssinfeksjoner

Selv om de fleste brukere av hjemmesykepleien bor i eget hjem og ikke har kontakt med andre pasienter, kan hjemmesykepleieren overføre smitte fra bruker til bruker via hendene sine, arbeidsantrekk og utstyr (12,13,14). Slik spredning av smitte fra en person til en annen kalles kryssmitte (13,15). De fleste kryssinfeksjoner oppstår som følge av dårlig håndhygiene (15).

Brukerne er antagelig mer utsatt for kryssmitte nå enn tidligere fordi pasienter med svekket immunforsvar, infeksjoner, sår og økt behov for avansert behandling tidligere blir skrevet ut fra sykehus (12,16,17). I tillegg er hjemmesykepleiens brukere eldre enn før, og eldre personer er mer utsatt for smitte enn yngre på grunn av ned-satt immunforsvar (17,18,19).

## Hjemmesykepleierens hygieniske arbeidsarena

Det hygieniske miljøet hjemme hos brukerne er ikke alltid optimalt (12,20). Hjemmesykepleien må tilrettelegge hjemmet slik at det blir mulig å ivareta hygieniske prinsipper og/eller at hjemmesykepleieren bringer med seg de nødvendige





SYKERE PASIENTER: Kortere liggetid i sykehus har ført til nye hygieniske utfordringer i hjemmesykepleien. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

hjelpemidler for å opprettholde hygienen (12,13). Eksempler på tilrettelegging i brukernes hjem er å skille mellom rent og urent utstyr, og at sterilt utstyr og håndklær lagres slik at det ikke blir utsatt for vannsprut. Lærebøker anbefaler å ha en hjemmesykepleiebag som inneholder nødvendig utstyr (12,13). Utover disse anbefalingene fant vi ikke norsk forskning rundt brukernes eller hjemmesykepleiens retningslinjer for tilrettelegging av hygieniske forhold i hjemmet.

### Forsvarlig hygiene

Det sies at hjemmesykepleien i utgangspunktet jobber etter de samme hygieniske prinsipper som sykehus. I samme åndedrag sier Fjørtoft (12) at hjemmesykepleieren ofte må ta andre forhåndsregler og improvisere fordi forholdene i brukernes hjem ikke ligger til rette slik som på sykehus. Det er påvist at avstand mellom utdanning i «ideelle hygieniske forhold» og praksis, samt dårlig opplæring og manglende retningslinjer, fører til likegyldighet og

usikkerhet når det gjelder hygiene og infeksjonskontroll (21). Hjemmesykepleierne blir usikre på hvilke hygieniske retningslinjer som gjelder og hva som er god nok hygiene i deres arbeidssituasjon. Veldig mange hygieniske retningslinjer er tilpasset sykehus, og disse er kanskje hverken praktiske eller mulige å gjennomføre i hjemmesykepleien (22). Det er svært mange forskere som nå krever definisjoner, forskning og retningslinjer tilpasset hjemmesykepleiens hygieniske arena (17,20,22).

### Forekomst av kryssinfeksjoner

Det finnes lite informasjon om infeksjonsrater og kryssmitte i hjemmesykepleie. Nasjonale prevalensundersøkelser (=antall pasienter med sykehusinfeksjoner/antall innlagte pasienter på et bestemt tidspunkt) av sykehusinfeksjoner er obligatorisk kun for sykehus og sykehjem, og det er opp til personalet i sykehus å følge opp utskrevne pasienter med tanke på sykehusinfeksjon (25,26). Sykehusinfeksjoner kan oppstå opptil ett år etter utskrivelse, og det er bare ved prosjekter at pasienter følges opp fra sykehusets side (27). Grunnen til at hjemmesykepleien ikke selv følger opp sykehusinfeksjoner er at protokollen for infeksjonsprevalens krever spesielt trene fagfolk innen hygiene (22).

I hjemmesykepleien finner vi en blanding av infeksjoner fra sykehus og infeksjonstyper som er vanlig ellers i samfunnet. Vi fant verken tall for prevalens eller insidens (antall nye pasienter med infeksjoner i en periode) for hjemmesykepleien i Norge. Den lovpålagte internkontrollen som gjelder i hjemmesykepleien krever heller ikke dokumentering av kryssmitte og infeksjoner, men benytter mer runde formuleringer som for eksempel «krav til faglig forsvarlighet» og «krav til prosedyrer» (8). Vi måtte derfor ty til utenlandsk litteratur for å få et bilde av situasjonen når det gjelder smitte i hjemmesykepleien. I USA avslørte Smith og Roccaforte (13) at 20,6 prosent av alle pasienter i hjemmesykepleien i USA hadde en infeksjon den dagen undersøkelsen ble utført. En fjerdedel av disse infeksjonene hadde oppstått under hjemmesykepleieperioden, og de vanligste infeksjonene forekom i urinveier, luftveier og sår. Også andre forskere i USA har funnet at infeksjoner er hyppig i hjemmesykepleien og at det er vanlig at nye infeksjoner oppstår hjemme (28).

### Håndvask hos hjemmesykepleierne

Ettersom infeksjoner både behandles og oppstår i hjemmesykepleien,

og dårlig håndhygiene er hyppigste årsak til kryssinfeksjoner, er det interessant å se på etterfølgelse og effekt av håndvaskrutiner hos hjemmesykepleiere. Det er vist at håndhygiene til helsearbeidere blir dårlig dersom det er tidsmangel, personalmangel og høy aktivitet (29). Ettersom 71 prosent av hjemmesykepleiere opplever å ha dårlig tid til oppgavene de skal utføre (11), kan dette tidspresset gå utover håndhygiene. Gould et. al (20) fant at hjemmesykepleierne hender ofte var kontaminert med sykdomsfremkallende bakterier som kunne bli overført til neste pasient eller utstyr fordi de utførte skitne prosedyrer før rene prosedyrer. Hjemmesykepleierne følte de burde ha vasket hendene oftere enn de fikk anledning til, tilgjengelig vaske- og tørkemuligheter for hendene som fantes i brukernes hjem ble ikke oppfattet som hygieniske (20). De fleste hjemmesykepleierne som ikke fikk vasket hendene når det trengtes i Bennett og Mansell sin studie (5) brukte desinfeksjon istedenfor håndvask. Fjørtoft (12) anbefaler også hjemmesykepleieren å ha med desinfeksjon i tilfelle det er dårlige eller uhygieniske vaske- mulighet hos bruker, dette til tross for at håndvask og desinfeksjon har forskjellig indikasjon og hånddesinfeksjon bare har effekt på synlig rene hender (30).

For å oppnå tilfredsstillende håndhygiene er det videre viktig at man har fjernet ringer, klokke og armbånd. Disse er med på å samle svette, rester av såpe og mikroorganismer fra egen hud og fra pasienter (14). En undersøkelse på et sykehjem i Oslo viste at 76 prosent av personalet bruker smykker/ringer, neglelakk og/eller armbåndsur på jobb (31), og det er vel ingen grunn til å tro at personalet i hjemmesykepleien er bedre. Nasjonale kampanjer for å bedre håndhygiene i hjemmesykepleien bør derfor gjennomføres slik som det er blitt gjort på sykehus og sykehjem, og det med jevne mellomrom, fordi god håndhygiene krever et kontinuerlig forbedringsarbeid (32).

### Andre hygieniske prosedyrer

Hansker er et viktig hygienisk hjelpemiddel ved berøring av infeksjøs materiale, ved fare for blodsøl, kontakt med blod eller kroppsvæsker, eller dersom hjemmesykepleieren har sår/ eksem på hendene (30). Hjemmesykepleiere var flinke til å bruke hansker ved blodsøl, sårstell og kontakt med kroppsvæsker, mens bare 31 prosent brukte hansker ved venepunksjon (5). Grunnen til at hjemmesykepleierne ikke brukte hansker ved venepunksjon var at hanskene ga følelse av mindre fingerkontroll og netthendthet (5), dette til tross for at eksperter sier at gode kvalitetshansker ikke forringer fingerkontrollen (24).

Sprøytespisser skal puttes i gule plastbokser etter bruk for å unngå stikkskader. Dette er et prinsipp som ikke bare er tuftet i hygieniske retningslinjer, men også i arbeidsmiljølovens krav til forsvarlig arbeidsmiljø (12). Likevel er det vist at mange hjemmesykepleiere (21 prosent) opplever stikkskader (5). Det er urovekkende at de fleste hjemmesykepleierne ikke melder slike stikkskader til sin arbeidsgiver, blant annet på grunn av manglende kunnskap om meldesystemet (5). De fleste stikkskadene skjedde når man prøvde å legge skarpe gjenstander i full avfallsboks (5). For å unngå stikkskader anbefales det ikke å fylle plastboksen mer enn 3/4 full (33).

Arbeidsantrekk skal kunne vaskes ved minst 65°C i ti minutter (12,13). Det kan være nødvendig å beskytte arbeidsantrekket mot søl med beskyttelsesfrakk eller plastforkle, særlig ved dråpe og kontaktsmitte (13). Enkelte steder benyttes privat tøy i tjenesten, og man vil kunne stille spørsmålsteget om disse blir vasket varmt nok. Arbeidsgivere som tilbyr alle ansatte i hjemmesykepleien arbeidsklær vasket etter hygieniske forskrifter forsikrer seg om at disse ikke gir opphav til smittespredning.

### Utvikling av resistente bakterier

Også i hjemmesykepleien ser vi en utvikling av resistente bakterier (34).

I Norge er det særlig MRSA (Meticillin resistente staphylococcus aureus) som er blitt et problem som vil kreve mer arbeid og ressurser i primærhelsetjenesten dersom det skal bekjempes (34). For at MRSA skal være håndterbart for hjemmesykepleien bør de vite om smitten, ha pasientansvarlig lege og syke-

pleier (35) og følge retningslinjer for MRSA i hjemmetjenesten (35). Dersom retningslinjer for MRSA følges og det er godt samarbeid mellom sykehus og hjemmesykepleie er det også liten sannsynlighet for at personalet i hjemmesykepleien blir smittet, og også kanskje unngår å smitte andre brukere (36).

### LITTERATUR

- Helse og omsorgsdepartementet. Kommunehelsestjenesteloven. LOV-1982-11-19-66.
- Kirchoff J. Tilfeldig oppdatering. Sykepleien 2005; 3: 50-53.
- Arbeidsforskningsinstituttet. Kjønnskap til, og etterlevelse av lover og forskrifter. 2004. Tilgjengelig online: [http://www.sykepleierforbundet.no/getfile.php/www.sykepleierforbundet.no/NSF%20mener/Faktaark/fa\\_munnkurv-lovverk.pdf](http://www.sykepleierforbundet.no/getfile.php/www.sykepleierforbundet.no/NSF%20mener/Faktaark/fa_munnkurv-lovverk.pdf)
- Helse og omsorgsdepartementet. Smittevernloven. LOV-1994-08-05-55.
- Bennett G, Mansell I. Universal precautions: a survey of community nurses' experience and practice. Journal of Clinical Nursing 2004;13:413-21.
- Helse og omsorgsdepartementet. Rundskriv om forskrift om smittevern i helsetjenesten. 1/10 2005. 2005.
- Folkehelseinstituttet. To nye forskrifter trer i kraft 1.juli 2005. Tilgjengelig online: [http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft\\_5565&MainArea\\_5561](http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_5565&MainArea_5561) Schale SB, Nordin M. Hygien i hemsjukvården. Handbok i hemsjukvård. Uddevalla: Förlagshuset Gothia AB; 2001. p. 42-9. =5565:0:15,3800:1:0:0::0:0&MainLeft\_5565=5544;53098::1:5569:7::0:0
- Helse og omsorgsdepartementet. Forskrift om internkontroll i sosial og helsetjenesten. FOR-20-12-2002. Tilgjengelig online: <http://www.lovdata.no/cgi-wift/liles?doc=/sf/sf/sf/20021220-1731.html>
- Norsk Sykepleierforbund (NSF). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. 2007.
- Helse og omsorgsdepartementet. Helsepersonelloven. LOV-1999-07-02-64.
- Høgseth G. Bemanning må bedres. Sykepleien 1998;10.
- Fjørtoft AK. Hjemmesykepleie - ansvar, utfordringer og muligheter. Bergen: Fagbokforlaget, 2006.
- Stordalen J. Smittevern og infeksjonsforebygging i primærhelsetjenesten. Kap 13 sd 161.72 i Den usynlige fare - lærebok i hygiene. 3 ed. Bergen: Fagbokforlaget, 2005.
- Folkehelseinstituttet. Nasjonal veileder for håndhygiene - om hvordan riktig håndhygiene kan hindre smittespredning og reduserer risikoen for infeksjoner. Oslo: 2004; Report No.: 11.
- Gould D. Innovations in hand hygiene: Manugel from SSL International. British Journal of Nursing 2000; 9(20):2175-80.
- Cole M. Infection Control: Worlds apart primary and secondary care. British Journal of Community Nursing 2007; 12(7):301-6.
- Rhinehart E. Infection control in home care. Emerging Infectious Diseases 2008; 7(2):208-11.
- Statistisk sentralbyrå. Flere eldre mottar hjemmesykepleie. 2005. Tilgjengelig online: <http://www.ssb.no/samfunnspeilet/utg/200504/05/index.html>
- Strausbaugh LJ. Emerging health care-associated infections in the geriatric population. Emerging Infectious Diseases 2001; 7(2):268-71.
- Gould D, Gammon J, Donnelly M, Batiste L, Ball E, De Melo AM, et al. Improving hand hygiene in community healthcare settings: the impact of research and clinical collaboration. Journal of Clinical Nursing 2000; 9:95-102.
- Hallet CE. Infection control in wound care: a study of fatalism in community nursing. Journal of Clinical Nursing 2000; 9:103-9.
- Friedman MM, Rhinehart E. Improving infection control in home care: from ritual to science-based practice. Home Healthcare Nurse 2000; 18(2):99-105.
- Kennely IL. Infection control and prevention in home healthcare - prevention activities are the key to desired patient outcomes. Home Healthcare Nurse 2007; 25(7):459-69.
- Madeo M. Commentary on Bennet G. & Mansell I. (2004) Universal precautions: A survey of community nurses' experience and practice. Journal of Clinical Nursing 2004; 13:1017-9.
- Folkehelseinstituttet. Infeksjoner etter kirurgiske inngrep. 2008. Tilgjengelig online: <http://www.fhi.no/artikler?id=69971>.
- Folkehelseinstituttet. Nasjonale prevalensundersøkelser av infeksjoner i sykehus og helseinstitusjoner for eldre i 2008: datoer og nye maler. 2008. Tilgjengelig online: <http://www.fhi.no/artikler?id=69825>.
- Andersen BM. Hygiene: sykehusstandard og infeksjonskontrollarbeid. Sykepleien 2003; 14: 40-46.
- Jarvis WR. Infection control and changing health-care delivery systems. Emerging Infectious Diseases 2001;7(2):170-3.
- Andersen BM. En skremmende utvikling. Sykepleien 1999; 3: 52-57.
- Folkehelseinstituttet. Nasjonal veileder for håndhygiene - om hvordan riktig håndhygiene kan hindre smittespredning og redusere risikoen for infeksjoner. 2004; Report No.: 11.
- Nielsen R, Hämäläinen H, Sevaldson S, Ringstad E, Louise K. La vannet renne! Sykepleien 2002;18: 40-42.
- Folkehelseinstituttet. Evaluering ren omsorg: nasjonal håndhygienekampanje gjennomført av Nasjonal folkehelseinstitutt i samarbeid med landets sykehus og sykehjem. 2006; Report No.: 1.
- Schale SB, Nordin M. Hygien i hemsjukvården. Handbok i hemsjukvård. Uddevalla: Förlagshuset Gothia AB; 2001. p. 42-9.
- Folkehelseinstituttet. MRSA utenfor sykehus. 2004. Tilgjengelig online: <http://www.fhi.no/artikler?id=44361>.
- Oslo Kommune Helsevernetaten. Tiltak mot spredning av meticillinresistente gule stafylokokker (MRSA) - retningslinjer for hjemmetjenesten i Oslo Kommune. 2005.
- Harboe E, Reiersen R, Holberg-Petersen M, Natås O. Smitte med meticillinresistente gule stafylokokker til pleiepersonalet i hjemmesykepleien. Tidsskrift for Den norske legeforening 2003; 3(123): 319-21.

## Musikk for hjertet

Fin musikk får blodårene til å utvide seg, mens slitsom musikk får dem til å trekke seg sammen. Det påstår forskere fra University of Maryland School of Medicine i USA.

Ti friske ikke-røykere plukket ut musikk som gjorde dem glade og musikk som gikk dem på nervene. Ved hjelp av ultralyd målte forskerne at det å høre på favorittmusikk fikk blodårene til å utvide seg med 26 prosent i forhold til normaltstanden.

Nevnes må at de fleste i studien foretrakk country. Heavy metal likte de ikke.

Kilde: forskning.no



## Vil ikke svare om sex

Siden 1987 har Folkehelseinstituttet og Universitetet i Tromsø hvert femte år gjort en befolkningsbasert undersøkelse av seksualvaner. Sist i 2008. Men lav svarprosent og skjvhet i frafallet gjør at resultatene er så usikre at de er vanskelig å generalisere til hele befolkningen.

Derfor blir svarene ikke analysert, og heller ikke koblet til resultater fra tidligere undersøkelser.

Kilde: Helsedirektoratet

## Selges mer, røykes mindre

Hittil i år har salget av sigaretter økt med fem prosent. Men ifølge avdelingsdirektør Kaja Kierulf i Helsedirektoratet betyr ikke det at flere røyker. Hun ser færre røykere som en klar trend.

Hvorfor salget øker, tror hun kan ha sammenheng med endringer i grensehandel og nye innbyggere.

Kilde: Folkehelseinstituttet

## Mer rus hos alvorlig psykisk syke

Mennesker med alvorlige psykiske lidelser bruker gjennom livet nesten dobbelt så mye illegale rusmidler som den generelle befolkningen. Det kommer fram i en norsk studie, publisert i Acta Psychiatrica Scandinavica. Eksempler på alvorlige psykiske lidelser er schizofreni og bipolar lidelse.

Kilde: Dagens Medisin

## Emselex «Novartis»

**Urologisk spasmolytikum**

ATC-nr.: G04B D10

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

**Indikasjoner:** Symptomatisk behandling av urgeinkontinens og/eller økt vannlatingsfrekvens og urgency som kan forekomme hos pasienter med overaktiv blære. **Dosering:** Bør tas 1 gang daglig med væske. Kan tas med eller uten mat. **Svelges hele. Skal ikke tygges, deles eller knuses. Voksne ≥18 år inkl. eldre ≥65 år:** Anbefalt startdose er 7,5 mg daglig. Effekt og sikkerhet bør vurderes på nytt 2 uker etter behandlingsstart. For pasienter som har en akseptabel bivirkningsprofil, men som krever ytterligere symptomlindring, kan dosen økes til 15 mg daglig, basert på individuell respons. **Barn:** Ikke anbefalt pga. manglende data vedrørende sikkerhet og effekt. **Nedsatt nyrefunksjon:** Forsiktighet bør utvises. Dosejustering er nødvendig. **Nedsatt leverfunksjon:** Økt eksponering kan forekomme ved mildt nedsatt leverfunksjon (Child-Pugh grad A), men dosejustering er nødvendig. Ved moderat nedsatt leverfunksjon (Child-Pugh grad B) bør behandling kun gis dersom fordelene oppveier risikoen. Daglig dose bør begrenses til 7,5 mg. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. Urinretensjon, ventrikkelretensjon, ukontrollert trangvinkelglaukom, myasthenia gravis, alvorlig nedsatt leverfunksjon (Child-Pugh grad C), alvorlig ulcerøs kolitt, toksisk megacolon, samtidig bruk av potente CYP 3A4-hemmere (f.eks. proteasehemmere, ketokonazol, itraconazol). **Forsiktighetsregler:** Bør administreres med forsiktighet til pasienter med autonom neuropati, hiatushernie, klinisk signifikant obstruksjon ved blæretømming, risiko for urinretensjon, alvorlig konstipasjon eller gastrointestinale obstruktive lidelser (f.eks. pylorusstenose). Bør brukes med forsiktighet hos pasienter som behandles for trangvinkelglaukom. Andre årsaker til økt vannlatingsfrekvens (hjertesvikt eller nyresykdom) bør utredes i forkant av behandlingen. Ved urinveisinfeksjon bør adekvat antibakteriell behandling igangsettes. Forsiktighet bør utvises ved risiko for redusert gastrointestinal motilitet, gastroesofageal refluks og/eller samtidig bruk av medisiner som kan forårsake/forverre øsofagitt (f.eks. perorale bisfosfonater). Sikkerhet og effekt ved neurogen årsak til overaktivitet i detrusor er ukjent. Pasienter som opplever svimmelhet, tåkesyn, søvnleshet og søvnløshet under behandlingen, bør ikke kjøre bil eller bruke maskiner. **Interaksjoner:** Darifenacin metaboliseres primært av CYP 2D6 og CYP 3A4. CYP 2D6- og CYP 3A4-hemmere kan øke eksponeringen av darifenacin. Ved samtidig administrering med moderate CYP 3A4-hemmere (f.eks. erytromycin, klaritromycin, telitromycin, flukonazol, grapefruktjuice) eller potente CYP 2D6-hemmere (f.eks. paroksetin, terbinafin, cimetidin, kinidin) bør anbefalt startdose være 7,5 mg daglig. Kan titreres til 15 mg daglig for å oppnå forbedret klinisk respons forutsatt at dosen er godt tolerert. Forsiktighet bør utvises ved samtidig bruk av substanser som hovedsakelig metaboliseres via CYP 2D6, og som har et smalt terapeutisk vindu (f.eks. flekainid, tiordazin, trisykliske antidepressiva som imipramin). Standard terapeutisk monitorering av protrombintid for warfarin bør opprettholdes. **Terapeutisk legemiddelmonitorering** av digoksin bør utføres ved oppstart og avslutning av darifenacinbehandling, samt ved endring av dosen. Samtidig bruk av potente hemmere av P-glykoprotein (f.eks. verapamil, ciklosporin) bør unngås. Samtidig bruk av andre legemidler med antimuskarin egenskaper (f.eks. oksybutynin, tolterodin, flavoksat) kan gi mer uttalte terapeutiske effekter og bivirkninger. Potensering av antikolinerge effekter av antiparkinsonmidler og trisykliske antidepressiva kan også forekomme. **Graviditet/Amning: Overgang i placenta:** Dyrestudier har vist toksisitet for fødsel, peri- og postnatal utvikling. Skal ikke brukes under graviditet. **Overgang i morsmelk:** Ukjent. Utskilles i morsmelk hos rotter. Forsiktighet bør utvises ved bruk under amning. **Bivirkninger:** Antikolinerge effekter er generelt doseavhengige. **Hyppige (>1/100):** Gastrointestinale: Dyspepsi, kvalme, konstipasjon. Syn: Tørre øyne. Øvrige: Hodepine, abdominalsmerter, munntørhet. **Mindre hyppige:** Gastrointestinale: Diaré, flatulens, ulcerøs stomatitt. Hud: Tørr hud, utslett, pruritus, svetting. Luftveier: Rhinitt, økt hoste, dyspné. Neurologiske: Svimmelhet, insomni, somnolens, unormal tankevirksomhet. Sirkulatoriske: Hypertensjon, ødem, inkl. perifert. Syn: Unormalt, inkl. sløret syn. Urogenitale: Urinretensjon, urinveisforstyrrelser, impotens, urinveisinfeksjon, vaginitt, blæresmerter. Øvrige: Asteni, påført skade, ansiktssødem, smaksforstyrrelser. **Laboratorieverdier:** Forhøyet ALAT og ASAT. Behandling med darifenacin kan muligens maskere symptomer assosiert med galleblæresykdom. **Overdosering/Forgiftning: Symptomer:** Doser på 75 mg har gitt munntørhet, konstipasjon, hodepine, dyspepsi og tørrhet i nesen. **Behandling:** Bør rettes mot å reversere antikolinerge symptomer under nøye medisinsk overvåkning. Fysostigmin kan bidra til å reversere slike symptomer. **Egenskaper: Klassifisering:** Urologisk spasmolytikum. **Virkningsmekanisme:** Selektiv muskarinreseptorantagonist (M<sub>3</sub> SRA). M<sub>3</sub>-reseptoren er den viktigste subtypen som kontrollerer muskelkontraksjon i urinblæren. **Absorpsjon:** Biotilgjengelighet: 15% og 19% etter daglige doser på hhv. 7,5 mg og 15 mg ved «steady state». Maks. plasmanivå nås ca. 7 timer etter administrering og «steady state» nås den 6. dagen. Eksponeringen er 23% lavere hos menn enn hos kvinner. **Proteinbinding:** 98%. **Fordeling:** Distribusjonsvolum 163 liter. **Metabolisme:** Betydelig metabolisme via CYP 3A4 og CYP 2D6 i lever, og via CYP 3A4 i tarmveggen. **Utskillelse:** Ca. 60% i urin, ca. 40% i føces. Kun 3% utskilles uforandret. **Pakninger og priser: 7,5 mg:** Enpac: 28 stk. 438,50. 98 stk. 1447,90. **15 mg:** Enpac: 28 stk. 438,50. 98 stk. 1447,90. **T:** 40a). **Refusjon:** Refunderes kun for motorisk hyperaktiv blære med lekkasje. **Sist endret:** 04.06.2007 (SPCer 23.03.2007)

**Referanser:** 1. Chapple C, et al. A pooled analysis of three phase III studies to investigate the efficacy, tolerability and safety of darifenacin, a muscarinic M<sub>3</sub> selective reseptor antagonist, in the treatment of overactive bladder. BJU Intl. 2005;95:993-1001. ID kode: 4053/10.2007



REFUSJON ETTER S9 PUNKT 40



NOVARTIS

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

## Marie Aakre om uforsvarlighet

Leder, Rådet for sykepleieetikk, skriver hver måned i Sykepleien

**Alder:** 60 år

**Fra:** Trondheim

Utdannet sykepleierleder, -lærer og -veileder



# Helsefarlig sykepleie

For to og et halvt år siden døde en kvinne på et sykehjem i Harstad. Først nå konkluderer Helsetilsynet med at sykepleien kvinnen fikk var uforsvarlig.

Så du Brennpunkt på NRK tirsdag 25. november?

Programmet handlet om en kvinne som hadde bodd på et sykehjem i Harstad i over fire år. Hun hadde mange sykdommer og plager og fikk tiltakende pleie og omsorgsbehov. Mot slutten av livet var hun sengeliggende, manglet språk og kunne ikke gi tydelig uttrykk for sine behov og opplevelser. Hun hadde svelgparese med svelgvansker, flere sår i huden, store liggesår, blå flekker og hudavskrapninger, mange fallskader, ødemer, store væsketap gjennom huden og mye lidelse. Den siste ettermiddagen hun levde ble hun matet med suppe og forlatt av sykepleieren. Surklende døde hun alene en halv time senere.

### Siste dag på tape

Pårørende, særlig datteren, fulgte opp sin mor med tilnærmet daglige besøk gjennom disse årene. Hun ga mange tilbakemeldinger om forhold som ikke var gode for hennes mor. Det utviklet seg etter hvert et konfliktforhold, særlig med en av sykepleierne. Av mistillit la datteren en båndopptaker i nattbordet til sin mor en ettermiddag denne sykepleieren hadde vakt. Det viste seg å være den siste dagen moren levde, og de siste timene hennes er derfor tatt opp på lydbånd.

Datteren ble ikke tilkalt til sin mor før etter at hun var død. Sykepleieren løy også om dødstidspunktet.

### Ingen overtredelse?

Datteren anmeldte sykepleieren og klaget til Helsetilsynet i Troms som konkludert med at «omsorgen ikke er optimal i forhold til det som

forventes i henhold til helsepersonellovens § 4, men vi finner likevel ikke at det foreligger overtredelse av helselovgivningen».

Dette reagerte datteren sterkt på, og hun sendte saken til Rådet for sykepleieetikk. I juni 2006 kom rådet frem til en enstemmig konklusjon. Vi mente at sykepleiens grunnleggende etiske og faglige føringer for god sykepleiepraksis ikke ble ivaretatt overfor pasienten ved hennes dødsleie og død. Vi mente hun ble dypt krenket og sviktet på sitt dødsleie, og at hun fikk

### Vi kunne ikke leve med Helsetilsynets konklusjon.

uforsvarlig sykepleiefaglig hjelp på tross av at hun var inneliggende i en institusjon med utdannede sykepleiere på vakt. Vi fant også at nære pårørende ikke ble møtt med respekt og omsorg, verken før døden eller gjennom sorgprosessen etterpå.

Vi mente saken ga grunn til bekymring for tilsynsmyndighetenes betraktninger i saker av sykepleiefaglig karakter. Faglige krav og etisk skjønn i sykepleiefaget så ut til å mangle i begrundelsen for konklusjonen fra Helsetilsynet i Troms, og det fant vi svært bekymringsfullt.

### Ble prinsippsak

Vi kunne ikke leve med Helsetilsynets konklusjon. Dårlig sykepleie er helsefarlig. For oss ble denne saken en prinsippsak som gjaldt hele

fagets legitimitet og ansvarsforhold. Vi hadde møte med Helsetilsynet og ba dem stille krav til oss for pasientens skyld.

Vi spurte: Hvis det som skjedde med denne pasienten og hennes pårørende er forsvarlig praksis, hvilken legitimitet har da sykepleiefaget og yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere?

Hvis det som skjedde med denne pasienten er godt nok, undergraver konklusjonen grunnleggende krav til sykepleiepraksis og manges velbegrunnede kamp for styrket faglighet og kvalitet i dagens eldreomsorg. Konklusjonen setter en provoserende norm for hvor lavt grensen kan settes for faglig forsvarlighet.

### Ny konklusjon

Helsetilsynet sentralt valgte under sterkt press fra flere hold å åpne saken på nytt, noe som førte til en helt annen konklusjon. Den kommer nå, to og et halvt år etter at kvinnen døde ved sykehjemmet i Harstad 14. juni 2006.

Konklusjonen er at sykepleien gitt til denne multisyke, sårbare kvinnen var faglig uforsvarlig, og at hun ikke fikk omsorgsfull hjelp. Dette gjaldt ikke bare de siste timene av livet, men gjennom flere år. Helsetilsynet gir alvorlig kritikk til både ansvarlig sykepleier, ansvarlige ledere og til kommunen.

Datteren har omsider fått medhold i alle sine klager. Hun har også fått aksept for at lydbåndet hun i hemmelighet la i morens nattbord er å betrakte som dokumentasjon på forhold som ellers ikke ville kommet frem. Sykepleieren som var på vakt da pasienten døde var både primær-sykepleier for pasienten og fungerende avdelings-sykepleier. Hun har fått en svært alvorlig

### Marie Aakre om Harstad-saken

Leider Faglig etisk råd, skriver i Sykepleien hver måned  
Alder: 58 år  
Fag: Trondheim  
Utøynet sykepleierleder, lærer og veileder



# Etisk uholdbart, faglig uforsvarlig, juridisk godkjent!

Slik oppfatter jeg konklusjonen i Helseilsynets vurdering av «Harstad-saken».

Har du medlemskapen for et år siden der datteren til et alvorlig syk kvinne på et sykehjem hadde lagt en tydningsoppgave i nattholdskuffen?

**Såber pasient**  
Kvinnen hadde vært pasient ved sykehjemmet i mange år og var god kjent. Hun hadde utviklet mange sammenhengende lidelser og det vi var på et bilde av en langvarig degenerativ prosess med utvikling av stor hjelpeløshet og uansvarlighet. Kvinnen hadde problemer og store plene og smerter. Hun hadde ikke noen gang. De få gangene pleier kommer inn, snakker de om pasienten, ikke til eller med.

**Båndopptakeren går**  
Den aktuelle vakten der pasienten ble er dokumentert gjennom lydinnspill, som datteren hadde lagt i pasientens nattholdskuffen ut av de ansatte visste om det. Bakgrunnen for dette er ikke kjent av oss, men det gir grunn til å tro at det var et utøvet tillitforhold mellom pårørende og personalet. Avbrytning av lydinnspilling informerte om en lang (fere timer) og ganske ubehagelig situasjon for pasienten hva gjelder respirasjon. Hun ligger stort sett alene med kontakt med personalet, hører og harker noen ganger. De få gangene pleier kommer inn, snakker de om pasienten, ikke til eller med.

verbal kommunikasjon fra pleier til pasient under måling. Etter måling forlater pleieren pasienten. Det er ingen tilstedeværelse, eller omsorg for en hjelpeløs kvinne som harker og stømer og hoster seg inn i døsen helt alene. Datteren går der lang tid før en pleier kommer inn og registrer at pasienten er død. Det høres igjen av kjenning av søtt og datteren praktiske gjøremål. Det høres noe senere at to pleiere legger den døde til ette, drøfter hva de skal si til datteren, og blir enige om å oppgi lei dødtilfelle. Det er påfallende kaldt og manglende på empati gjennom hele oppgaven. Situasjonen virker

**Saken henlegges**  
Et dette forsvarlig praksis? Helseilsynet fikk saken. De arbeider i hovedsak etter juridiske forutsetninger som viktig ledertid. De vurderer handlingens forsvarlighet og om det er lovbrudd. De konkluderer med at dette ikke er optimal praksis, men det har ikke skjedd lovbrudd i saken. Det medfører at politisaken mot ansvarlig sykepleier henlegges og sakbehandlingen avsluttes. Til datterens og andre etterlates fortvilelse.

**Månedens dilemma**  
Faglig etisk råd fikk saken etter at den var ferdigbehandlet i tilsynet og ble lagt til politisaken.



Fotomontasje av Sykepleien nr. 11/06

### Hvilke krav stiller Helseilsynet egentlig til faglighet og ansvarsforhold i sykepleiepraksis?

Sykepleie skal baseres på helseilsynet, omsorg og respekt. Sykepleieren svarer på den enkelte pasients individuelle behov, retten til å være medbestemmende og retten til ikke å bli forlatt.

Vi vet at våre kolleger ved sykehjemmet har tatt denne erfaringen veldig tungt og ønsker å lære av den. Men saken reiser prinsipielle spørsmål om hva kompetansekriteriene i eidsvoll-reguleringen er og sykepleieres plikt og ansvar for kvalitet. Punkt 4 i YER understreker at sykepleierens oppgaver og verdikriterier seg et faglig og personlig ansvar for egne handlinger og vurderinger. Sykepleieren beskriver pasientens mål og ønsker og følger opp behandlingsopplegg som er faglig og etisk ansvarlig.

**Hvorfor krever de ikke mer?**  
Hvordan kan øvresten tilsvarende i helseilsynet godkjenne denne type sykepleiepraksis uten noen konsekvenser for ansvarlig? Hvilke krav stiller Helseilsynet egentlig til faglighet og ansvarlighet i sykepleiepraksis? Hvilke «verktøy» brukes det for å evaluere vårt fag? Betrakt konklusjonen at de ikke stiller krav om det kompetente nærer og den respektfulle kommunikasjon med etiske og profesjonelle krav.

nikasjon med etiske og profesjonelle krav? Vårt fag var ikke mulig å oppdage rundt denne pasientens dødsfall. Vi spør: Hvorfor gir de ingen advarende, rådgivning eller opplysende tilsyn og pålegg om utviklingstilrettelegging av sykehjemmet? Hvorfor er det ingen formell baklagte til de etterlatte?

**Konsekvenser for fære**  
Saken om denne kvinnens dødsfall og død er sterke berørte og har konsekvenser for mange involverte parter. Vi har drøftet konsekvenser først og fremst for pasienten og de andre pårørende. Saken gjelder jo også pårørende ved enhetens, alle ansatte, tilsvarende og ansvarlig leder ved sykehjemmet. Saken har også konsekvenser for andre pasienter og pårørende ved sykehjemmet. Den har ringvirkninger for kompetansekriteriene og helseilsynets tilsynsorgan, media, lovgivende organ og politiet. Den har også ringvirkninger for sykepleiere og sykepleiefaget legemidler i helseilsynet, for det politiske og fagpolitiske arbeidet gjennom Norsk Sykepleierforbund, og den har samfunnsmessig interesse da det berører kjernen i utfordringene i dagens eldreomsorg.

**MÅNEDENS DILEMMA**  
**Stiller ikke statens helseilsyn strenge nok krav til sykepleieres faglighet?**  
Hør du synspunkter, meninger eller kommentarer til dette dilemmaet på nettsiden vår.

LANG HISTORIE: Sykepleien har tatt frem Harstad-historien på dilemmasidene tidligere (i nr. 13/2006) og har også fulgt saken på nyhetsplass.

advarel av Helseilsynet, og er ikke lengre tilsatt i Harstad kommune.

### Sykepleiefaget

Mange burde lese dokumentet fra helseilsynet. Det er omfattende og gir stor mulighet for læring, ikke minst om krav til god sykepleiepraksis.

Jeg peker særlig på beskrivelser av sykepleiefagets betydning og ansvarsforhold, både hva gjelder primærsykepleie, pleieplan, prosedyrer for størst, ernæring, væskebehandling, forebygging av fall, kommunikasjon og informasjon, dokumentasjon, kvalitetsoppfølging, oppfølging av avvik, nødvendige prosedyrer og rutiner for å håndtere konflikter mellom pårørende og ansatte. Krav til styring og ledelse av sykepleie kommer også tydelig frem. På alle disse områder er konklusjonen at dette ikke er forsvarlig praksis, og man finner svært mange brudd på internkontrollforskriften.

### Hva kan vi lære?

Her kommer noen ettertanker fra meg som gjerne kan drøftes der du er:

### Kompetent ansvarlig sykepleie er livsviktig.

Svaret fra Helseilsynet er svært gledelig og viktig. Det kommer frem at det primært er sykepleieansvaret både i ledelse og utøvelse som har sviktet. Konklusjonene og rapportens beskrivelser av ansvar og krav til kvalitet bør få betydning for arbeidet for bedret eldreomsorg. Jeg er redd vi har flere lignende saker i norske sykehjem.

### Pårørendomsorgen er ofte uprofesjonell.

Aktive, pågående pårørende blir lett en trussel

som kan medføre respektløs samhandling og omsorg. Det er tungt å nå frem for pårørende. Dette rammer både dem selv og pasienten. Det er imponerende at denne datteren ikke har gitt seg, og det er gledelig at hun endelig har fått en beklagelse.

### Kvalitet er kompleks

Kommunen får refs for både lovbrudd og brudd på forskrift. Tross mange retningslinjer, prosedyrer, gode intensjoner og lovpålagte internkontrollsystemer ble sykepleien til denne pasienten uforsvarlig, ufaglig og krenkende. Det er i møte mellom hjelper og den hjelpetrengende at kvalitet avgjøres. Saken begrunner hvor viktig arbeidet med etikkompetanse i praksis er for kvalitet.

### Avvik.

Det er viktig og etisk riktig å melde fra, og de ansatte bør gjøre det oftere. Men hvordan melder vi avvik om kolleger? Det kommer også tydelig frem at selv om det er gode meldekulturer sikter ofte oppfølging og læring.

### Ikke alle eigner seg til sykepleie.

I denne saken avdekkes langvarige samhandlingsproblemer knyttet til den aktuelle sykepleier. Tross dette var hun både fungerende avdelings- sykepleier og primærsykepleier. Dette må ha påvirket hverdagskultur og kvalitet og rammet både pasientene, pårørende og kolleger. Hvor har lojaliteten ligget? Det er et lederansvar å veilede uegnede sykepleiere til å gjøre noe annet.

### Ledelse og styring må være tydelig og ansvarlig.

Oppfølgingsansvaret for alle gode intensjoner

ligger hos ansvarlige ledere. Mangel på tydelig hverdagsledelse blir helsefarlig både for ansatte og brukere.

De ansatte på sykehjemmet har vært gjennom svært krevende belastninger. Jeg håper de nå får hjelp og støtte til å vende dette vonde til noe godt i tiden som kommer. Hele kulturer rammes av slike saker, og nå fortjener de som har valgt å bli der all mulig kraft til å rette ryggen og finne arbeids glede, moralsk praksis og stolthet på nytt!

**Månedens dilemma**  
**Hvordan kan noe slikt skje? Kunne dette skjedd hos oss?**  
Les mer:  
Helseilsynets konklusjon er på nett: <http://www.helseilsynet.no>  
Send din mening på epost [interaktivt@sykepleien.no](mailto:interaktivt@sykepleien.no), eller skriv til Sykepleien, boks 456 Sentrum, 0104 Oslo. Du kan også lese inn din reaksjon på telefon 22 04 33 65. Reaksjoner fra leserne trykkes i neste nummer.

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 m<sup>2</sup>) 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 oppptretningsplan. 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, Lappaktasemangel 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 spasmolytiske 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 inneberer en mulig risiko for økte plasmanivåer. Redusert eksksjon av hydrokloriazid eller kombinasjonspreparater med hydrokloriazid er mulig. Enkelttilfeller av økt INR ved samtidig behandling med warfarin er sett. Nøye monitorering av protrombintid eller INR anbefales. **GRAVIDITET/AMMING:** Overgang i placenta: Risiko ved bruk under graviditet er ikke klartlagt. Bør derfor ikke brukes under graviditet uten at det er helt nødvendig og etter nøye vurdering av nytte/risiko. **Oppgang i morsmelk:** Risiko ved bruk under amming er ikke klartlagt. 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 somnolens. 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, soppinfeksjoner. 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: Hiv. 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, somnolens, 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, somnolens, 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%. Tmax 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<sub>1/2</sub> på 60-100 timer. Total clearance (Cl<sub>tot</sub>) 170 ml/minutt/1,73 m<sup>2</sup>. 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

Om «Hjemmesykehelvete»



Faksimile fra Sykepleien nr. 17/2008

Det er en gripende hendelse fra virkeligheten som beskrives i dilemma i nr. 17/08, og jeg setter med ned og funderer på hva som kan gjøres for å bedre brukeren og hjelperens situasjon.

Sykepleiervediene som settes på prøve i denne fortellingen er blant annet å kunne forhindre mer sykdom og lidelse i forhold til nedentilvask og eventuelle konsekvenser av å ikke få gjort det, samt å godta brukerens valg og rettigheter oppi hele situasjonen. For meg virker det som mange sykepleierstudenter har vært prøvekanniner i forhold til denne brukeren. Jeg opplevde selv at en yngre bruker i hjemmesykepleien ikke ville ha studenter/ekstravakter hos seg. Og det ble respektert.

I forhold til brukeren i historien risikerer hun jo både urinveisinfeksjon, soppinfeksjoner og sårhet hvis nedentilvasken utelates. Sykepleiervediene settes på prøve fordi brukeren faktisk bruker sin autonomi i stell/dusjsituasjoner og forteller hjelperen hvordan ting kan gjøres. En grei løsning som kunne styrke denne kvinnens integritet og verdighet er for meg ikke så vanskelig å se.

Det står ikke noe om hvor gammel denne brukeren er. Personlig synes jeg det er uansvarlig å sende to ukjente studenter, som selv sier at de ikke har lest journalen, og at det ikke eksisterer en pleieplan for bru-

keren. Uansvarlig av både sykepleier og studenter! Forslag til løsning:

Lage pleieplan

- La brukeren slippe å være prøvekannin for studenter
  - La brukeren selv få bestemme, og så langt det lar seg gjøre komme med ønsker om hvem som skal komme til henne.
  - En av pleierne som brukeren føler seg trygg på kan komme og snakke med henne om blant annet konsekvenser av å utelate nedentilvask.
  - Kartlegge hvorvidt brukeren er deprimer, bitter og ensom.
  - Brukerens ene arm har kontrakturer. Kanskje hun klarer nedentilvask selv med den andre armen?
  - Eventuelt foreslå opptreningsopphold/fysioterapeut hvis brukeren vil.
  - Kanskje brukeren hadde hatt behov for å snakke med en psykiatrisk sykepleier.
  - Sosialt samvær med besøksvenn eller på et senter hvis hun ønsker.
  - Tilby brukeren opprulling av hår, lakkering av negler eller liknende, kanskje turer ut sammen med studenter.
- Alle disse tiltakene kan gi brukeren bedre livskvalitet hvis hun vil. Oppi alt blir brukerens autonomi det avgjørende. For å få dette til kreves tid og ressurser, men kan det bedre brukerens situasjon er det verdt det.

Mvh. Anita Stokbakken, medlem nr. 1161108

## Gjesteskribent Turid Aarnes

**Yrke:** Jordmor og privatpraktiserende sexolog

**E-post:** trudearnes@hotmail.com



# Telefonsamtalen på fødestuen

Vi kjenner henne alle som administrerende direktør i Helse Sør-Øst. Ja, en kvinne med stor makt, det skjønner vi.

Jeg leste et intervju med Bente Mikkelsen i Dagsavisen. Helse-Norges mektigste kvinne, blir hun omtalt som. Hun er lege, spesialist i gynekologi med master i ledelse.

Jeg har alltid hatt litt ærefrykt for slike maktmennesker. De har jo kommet veldig langt på karrierestigen, og jeg lar meg imponere. Hvor mye har det kostet? Og hva har de forsaket, hvis de har forsaket noe, da.

At hun er kvinne, gjør at jeg beundrer hennes stilling enda mer.

Det er lørdag kveld, jeg setter meg ned med et glass rødvin og skal kose meg med å lese intervjuet med denne kvinnen som er kommet så langt, mye lenger enn jeg noen gang har drømt om å komme.

Hun forteller om en hendelse fra oktober 2001. Hun har ansvaret for en tvillingfødsel. Hun har akkurat tatt imot tvilling nummer en og venter på nummer to. Plutselig kommer noen med en sykehusdirektør i telefonen. «Jeg sto der i de blodige forklærne og fikk en av jordmødrene til å holde røret for meg, og så sier han: Gratulerer så mye som ny styreleder ved Bærum sykehus og viseadministrerende direktør.» Bente Mikkelsen ler, før hun forklarer at dette er et konkret bilde på en sterk følelse som inntraff idet livet endret seg.

Jeg setter rødvinen i vrangstrupen. Det er ikke mulig! Jeg leser om igjen. Hun kan da

ikke stå på fødestuen og ha en privat telefonsamtale. Jeg leser avsnittet sakte gjennom en gang til. Jo da, det sto faktisk det.

Med ett mistet jeg all respekt for denne fremadstormende maktkvinnen.

Fødestuen ved Aker sykehus har tidligere vært min arbeidsplass i tolv år. Denne spesielle arbeidsplassen hvor man får lov å være til stede ved en opplevelse som blir husket av hovedpersonene resten av livet. Hovedpersonene

**Fødestuen er de fødendes arena, det er de som spiller hovedrollen. Jeg er bare en nødvendig statist.**

er selvfølgelig kvinnen og hennes partner. Spør du en dement gammel dame om fødselene hennes, kan hun fortelle om hver enkelt fødsel fra den spedede start til alt var over og babyen født. Opplevelsene og følelsene fra dette spesielle rommet sitter som spikret. Tiår etter en fødsel kan kvinner fortelle om ord som ble sagt, eller som ikke ble sagt. Om blikk, redsel, forskrekkelse, sorg og glede.

Jeg har utviklet en enorm respekt for at

fødestuen er en privat arena. Jeg er jordmor og får lov å delta, fordi min fagkompetanse er nødvendig. Men det er de fødendes arena, det er de som spiller hovedrollen. Jeg er bare en nødvendig statist.

Visst er hun kommet langt, Bente Mikkelsen. Men den viktigste holdningen, respekt, er tydeligvis gått henne hus forbi når hun kan våge å ta en privat telefon på fødestuen.

Ingen telefon er så viktig at man kan ta den der. Ikke en telefon i verden. Uansett. Når man er til stede under en fødsel, er hovedpersonene det eneste som teller. Det eksisterer ikke en verden utenfor. Kanskje har man andre fødende man har ansvaret for og som man tenker på. Man gir beskjed at andre må se etter de andre fødende. Men vår private verden eksisterer faktisk ikke. Det er ikke lov.

Bente Mikkelsen forteller om den sterke følelsen som inntraff idet livet endret seg. Hun skulle bli leder. Hennes åpenbaring skjedde ved en telefon under en fødsel. Flott for henne, tenker jeg. Når hun ikke har større respekt for de fødende er det vel bedre at hun ikke er i kontakt med dem.

Når hun viser så stor mangel på respekt for dem som skal motta helsetjenestene hun leder, så vil bare fremtiden vise hvor god hun er som leder.

SYKEPLEIENS ØVRIGE GJESTESKRIBENTER I 2008:



**Anders Folkestad**  
Leder i Unio



**Martine Aurdal**  
Journalist i Dagbladet



**Gøhri Gabrielsen**  
Sykepleier



**John Hustad**  
Journalist i Dag og Tid

Konstituert ansvarlig redaktør  
**Bjørn Arild Østby**  
 tf. 22 04 33 59  
 bjorn.arild.ostby@sykepleien.no

MAGASINET

Journalist/gruppeleder  
**Marit Fonn**  
 tf. 22 04 33 68  
 marit.fonn@sykepleien.no

Journalist  
**Nina Hernæs**  
 tf. 22 04 33 67  
 nina.hernes@sykepleien.no

Journalist  
**Eivor Hofstad**  
 tf. 22 04 33 71  
 eivor.hofstad@sykepleien.no

Journalist  
**Susanne Dietrichson**  
 tf. 22 04 33 53  
 susanne.dietrichson@sykepleien.no

Fagredaktør  
**Torhild Apall Dybvik**  
 tf. 22 04 33 76  
 torhild.apall@sykepleien.no

JOBB

Journalist/gruppeleder  
**Ann-Kristin Bloch Helmers**  
 tf. 22 04 33 73  
 annkristin.helmers@sykepleien.no

Journalist  
**Kari Anne Dolonen**  
 tf. 22 04 33 69  
 kari.anne.dolonen@sykepleien.no

SYKEPLEIEN FORSKNING

Redaktør  
**Anners Lerdal**  
 tf. 22 04 33 63  
 anners.lerdal@hibu.no

NETT

Journalist/webredaktør  
**Lily Kalvo**  
 tf. 22 04 33 66  
 lily.kalvo@sykepleien.no

DESK/LAYOUT

Journalist/deskleder  
**Eilen Morland**  
 tf. 22 04 33 60 / 41 02 56 22  
 eilen.morland@sykepleien.no

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

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

Grafisk formgiver  
**Sissel Vetter**  
 tf. 22 04 33 61  
 sissel.vetter@sykepleien.no

ANNONSER

Markedssjef  
**Ingunn Roldal**  
 tf. 22 04 33 70 / 91 60 38 12  
 ingunn.road@sykepleien.no

Markedskonsulent, produkt  
**Lise Dyrkoren**  
 tf. 22 04 33 72  
 lise.dyrkoren@sykepleien.no

Markedskonsulent, stilling  
**Finn Simonsen**  
 tf. 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](mailto:interaktivt@sykepleien.no)

**Bilder som ikke illustrerer god praksis!**

I Sykepleien nr. 17 har forbundsleder Lisbeth Normann en god leder med oppfordringen «Meld deg inn i en faggruppe!» Dessverre har Sykepleien magasin valgt et bilde som illustrasjon til innlegget som ikke er forenlig med tekstens innhold. Bildet viser operasjonssykepleiere som gjennomfører kirurgisk håndvask. Personene på bildet bærer smykker med håret hengende utenfor hetten. Fotografiet er ikke i samsvar med god praksis! Oppfordringen om å kvalitetssjekke bildemateriell som brukes til illustrasjoner går også til NSF! Sykepleierforbundet

har utgitt et hefte om faglig forsvarlighet, hvor innholdet er godt og informativt. Bildet på heftets forside er av en sykepleier som gjennomfører en aseptisk prosedyre som ikke er i tråd med god praksis. Hun er iført hette, men hårlokkene er ikke dekket. Videre har personen teipuller tredd innpå en arteriepinsett festet i arbeidsdrakten. Når et slikt bilde har teksten «Faglig forsvarlighet», blir det hele misvisende. Jeg tror at bilder som ikke illustrerer god praksis er med på å forringe et ellers godt faglig innhold! Jeg oppfordrer NSF og Sykepleien magasin til og

**– Ærlig talt!**

Jeg håper virkelig bildet på framsida av blad nummer 16 er en test for å se hvor mange som reagerer. Vi leser om så altfor mange som dør av sykehusinfeksjoner, og så har man bilde av en tilsynelatende sykepleierstudent, med lange negler og gammel neglelakk på framsida av Fagbladet vårt. Hallo!? Er ordentlig håndhygiene noe vi bare hører om på sykepleierskolen, men som i praksis bare bagatelliseres og ikke etterfølges? Jeg opplever dette framsidebildet som en hån mot meg som stiller på jobb med korte og rene negler. Vår jobb er jo ikke i første rekke å pynte oss, den handler om syke mennesker, liv og død. En sterk oppfordring til Sykepleien: Ta håndhygieneen seriøst!

Mvh. sykepleier Rannveig

**Mer kjøft for annonse**

Sykepleien får fortsatt reaksjoner på egenannonsen for bladet i nr. 15/08. Redaktøren svarte på dette i nr. 17, men vi bringer et utdrag fra innleggene som har kommet i ettertid. (NB: Vi ligger fremdeles flate) **Sykepleier Egil Johannessen skriver blant annet:** «...Hva om en mannsdominert organisasjons talerør hadde brukt kun maskuline karakteristika om sine medlemmer, kanskje sågar toppet med et bilde av en distingvert herre i jaktantrekk, med en brukket hagle for brystet, flankert av en Gordonssetter? En reklame for Tidsskrift for Den norske legeforening, kanskje? Eller Norges Jeger- og Fiskerforbund?... Likevel synes jeg det er et paradoks at nettopp en slik annonse står i et



Faksimile fra Sykepleien nr. 17/08

Red. kvalitetssikre bilder som brukes i tilknytning til artikler, innlegg og hefter. Vennlig hilsen Anne Dalheim, faggruppel leder for NSF's faggruppe av hygiene sykepleiere

**Neste nummer**

**Boblevann**

Sørheim omsorgssenter i Sør-Fron har fått egen spa-avdeling. Les reportasjen i Sykepleien 01/09.



## Sprer ubegrunnet frykt for smitte

Overlege Bjørg Marit Andersen får mye spalteplass i Sykepleien nr. 15/08 med sin kritikk av Folkehelseinstituttets nye veileder mot spredning av MRSA. Sammen med hygiene-sykepleiere fra Ullevål universitetssykehus har hun skrevet en fagkronikk, og det er også et nyhetsoppslag der noen utsagn forsterkes.

Vi synes det er trist at Andersen bruker sin faglige kompetanse og autoritet til å spre ubegrunnet smittefrykt og føler behov for å komme med noen motforestillinger. Som smittevernpersonell i Helse Bergen har vi betydelig erfaring med flere omfattende MRSA-utbrudd i sykehjem i Hordaland siden 2003. Disse utbruddene har vært vellykket håndtert med prinsipper som i stor grad er sammenfallende med de nye anbefalingene fra Folkehelseinstituttet. Vår erfaring er at nesten alle helsearbeidere som smittes med MRSA smittes før en er klar over at smitekilden er MRSA-positiv.

Andersens hovedankepunkt mot veilederen er at kroniske MRSA-bærere i sykehjem ikke skal kunne langtidsisolerers. Veilederen anbefaler enerom med gjennomføring av barriereprinsipper som ved kontaktsmitte, ved stell, sårbehandling og lignende. Disse nye anbefalinger

gene mener Andersen vil føre til at flere eldre smittes og vil kunne dø av MRSA-infeksjon. Dette er det ikke noe faglig grunnlag for! Ammerudlunden sykehjem i Oslo har vist at det er fullt mulig å gi et godt helsetilbud til sykehjemsbeboere med langvarig MRSA-bærerskap, uten bruk av isolering på enerom, for å hindre smittespredning til medbeboere og ansatte, viser evalueringen etter ett års drift. En god indikator på at et slikt regime fungerer etter hensikten, er at det ikke er registrert sekundærsmitte verken til ansatte eller beboere (jfr. Sykepleien nr. 13/08).

Norge er heller ikke alene om å innføre begrenset kontaktsmitteisolasjon i sykehjem. Statens Serum institutt i Danmark har utgitt «Veiledning om Forebyggelse af spredning af MRSA» i oktober i 2006, med tilsvarende tiltak som den nye norske MRSA-veilederen. Vi finner ikke denne på Andersens referanseliste, der derimot 7 av 10 arbeider er hennes egne.

God sykepleie innebærer at en ikke bare tar hensyn til smittsomme sykdommer. Det er uverdig å bli innesperret på isolat i månedvis, hvor alle besøkende og ansatte må iføre seg smittefrakk, munnbind og hansker. Hvis vi skal gjennomføre slike tiltak, må vi være helt sikre

på at de virkelig er nødvendige og hensiktsmessige, og slik dokumentasjon foreligger ikke. Det er heller ikke hjemmel i norsk lovgivning for slik langvarig isolering i sykehjem.

Andersens framstilling er preget av verstefallstenking blandet sammen med udokumenterte eller direkte feilaktige påstander, vi vil kort kommentere noen av disse:

- «Den forrige veilederen hadde ingen effekt med hensyn til å redusere forekomst av MRSA»

Tall fra MSIS viser en noenlunde jevn økning i antall MRSA-infeksjoner i Norge fra 1997 til 2006 med utflating i 2007. De første sykehjemsutbruddene kom i 2003 og 2004, altså før den forrige MRSA-veilederen ble publisert. Utbrudd i sykehjem nådde en topp i 2005, med en nedgang i 2006 som fortsatte i 2007. Vi er av den oppfatning at den forrige MRSA-veilederen var sterkt medvirkende til at Norge faktisk har kontroll på MRSA-situasjonen.

- «Ved god sanering blir minst 95 prosent smittefrie» (Gjelder beboere med MRSA-smitte på sykehjem.) Dette er ikke virkeligheten. I praksis er det nesten umulig å sanere MRSA-bærerskap hos pasienter med permanent urinveiskateter, PEG-sonde, kroniske sår eller tracehostomi. Selv med optimal sanering

inkludert systemisk behandling, er det en del beboere som vil forbli kroniske MRSA-bærere.

- «De nye reglene vil gjøre det vanskeligere for sykepleierstudenter i praksis på sykehjem.»

Det er ikke vår erfaring i Bergen. Godt samarbeid mellom høyskolene, det aktuelle sykehjemmet og Senter for smittevern i Helse Bergen, som inkluderte rutiner for screening, ga en god læresituasjon for studenter med fokus på betydningen av infeksjonskontroll. Studenter i praksis på sykehjem med utbrudd, var ingen smitekilde for videreføring av MRSA-smitte til andre helseinstitusjoner.

Vi og Bjørg Marit Andersen har felles mål om å hindre at MRSA blir alminnelig utbredt i norske helseinstitusjoner. Men vi er uenige om tiltakene som er nødvendige for å nå dette målet. Hensynet til smittevernet må ikke gå ut over enkeltpersoner i urimelig grad, og vi må forholde oss til norsk lovgivning.

Vennlig hilsen Anne Dalheim, NSF's faggruppe av hygiene-sykepleiere og Per Espen Akselsen, smittevernoverlege Helse Bergen

I neste nummer av Sykepleien kommer en kronikk som også er et tilsvarende svar til Andersen, skrevet av Preben Aavitsland i Nasjonalt folkehelseinstitutt.



Faksimile fra Sykepleien 16/08



## NEI til rustesting!

Jeg ønsker å svare på NSF Students forslag til rustesting av sykepleierstudenter.

I god bakrus etter dager med fest på NSF Students årsmøte, har de kommet fram til at rutinemessig testing for rusmidler er tiltaket for å få skikk på sykepleierstudenter som sliter med misbruk. Dette er et lite gjennomtenkt tiltak, men slik kommer nok etter høyt alkoholkonsum over et par dager. Det er som å skyte spurv med kanon, alle skal mistenkes og testes. En undersøkelse som NSF Student henviser til viser at kun 5,2 prosent av studentene skal ha prøvd ulovlige rusmidler, noe som selvfølgelig er for høyt, men som ikke skiller seg fra resten av befolkningen.

Jeg vil gjerne være med på forebygging av bruk av rusmidler generelt og ulovlige spesielt, men jeg er ikke med på tvangstesting eller mistenkeliggjøring av alle. Hvis en skal få ned bruken av rusmidler må en heller

fa inn riktige holdninger, hjelpe dem som sliter med rus og heller bli flinke

til å ha kontroll på medikamenter. Vedtaket NSF Student har gjort kan ikke være representativt for sykepleierstudentenes mening, iallfall ikke for min. Det er viktig å avdekke sykepleierstudenter som ikke er skikket til yrket. Vi må som sykepleierstudenter lære å si fra når vi mener noen misbruker rusmidler. Da får vi etter hvert også rutine på å ta tak i de sykepleierne som er ruset på jobb.

Hvis rustesting blir gjeldende mener jeg NSF student også bør jobbe for at andre yrkesgrupper som politi, lærere, sjåførere, sosionomer osv. også skal rustestes når de er under utdanning. De bør jo også være skikket og ikke til fare for folks liv og helse.

Rus er et stort samfunnsproblem, men å begynne å rusteste sykepleierstudentene bidrar ikke til å løse noe. Dette er riktig diagnose, men helt feil medisin.

Leif-Ove Hansen, sykepleierstudent HiO

## Må tåle kontroll

Rusmisbruk er et samfunnsproblem og kan ramme alle arbeidsplasser. Jeg vil anbefale arbeidsgiver å opptre forebyggende og vise ansvar for bedriften og produktet, og gjøre det offentlig kjent at kontroll på arbeidsplassen er like naturlig som kontrollene vi møter når vi kjører bil. Kunder og pasienter bør være trygge på at problemet blir tatt på alvor og forsøkt bekjempet hvor det måtte finnes.

Oppslag og overskrifter i media kan skape frykt og unødvendig utrygghet når informasjon blir presentert som et problem uten opplysninger som setter problemet inn i riktige proporsjoner. 0,3 prosent høres kanskje ikke så nifst ut som 3000 når vi ikke vet det totale antallet sykepleiere ansatt på steder med tilgang til medisiner og/eller ansvar for medisinadministrasjon. Arbeidsplasser som oppdager urovekkende svinn av medisiner, mottar uforståelige klager fra pasienter eller har personer i staben som oppfører seg urovekkende, vil utvikle et arbeidsmiljø som ikke tilfredsstiller forhold vi forventer i et godt samarbeidmiljø. Uærlige og

illojale kolleger påvirker arbeidsmiljøet og gjør alle til mistenkte når noe eller noen ikke fungerer som forventet. Bakvaskelser, rykter, utestenging og angrep på feil person bør forebygges og unngås.

Jeg vil rette oppfordre bedriftshelsetjenestens til å bruke muligheten de har til kontroll av arbeidstakere og rusmisbruk i tjeneste. Ansatte i helsesektoren har stort ansvar i oppfølging av sin egen fysiske og psykiske helse for å tilfredsstille kravene til kompetanse for forskjellige arbeidsoppgaver. Arbeidet krever tilstedeværelse, evne til konsentrasjon, observasjon, vurdering, reaksjonsevne og problemløsning alene og/eller i samarbeid med andre. Helsepersonell har tillit til hverandre og blir vist stor tillit fra pasienter og pårørende. Den enkelte har generelt et stort ansvar for kolleger, pasienter og pårørendes sikkerhet. Helsepersonell bør være opptatt av å trygge tilliten de er gitt i arbeidet og uanmeldt bli kontrollert flere ganger i året. Vi bør få dokumentert vår troverdighet og respekt ved promillekontroll og test for rusmisbruk.

Aase Iren Hegelstad



## Enkelte stillingsannonser har bedre odds enn andre

Noen stillingsannonser sikter i blinde og krysser fingre for at rette vedkommende tilfeldigvis skal snuble over dem. Andre stillingsannonser er heldigere. De vet på forhånd hvor de rette kandidatene befinner seg og kan derfor utelukkende sikte på dem – og ikke ved siden av.

Våre 186.000 lesere bruker sjelden andre medier enn Sykepleien når de er på jakt etter ledige stillinger. Hele 9 av 10 sykepleiere som er på utkikk etter jobb nås gjennom vårt blad og våre nettsider.\*

Våre lesere har alltid visst hva de får. Nå gjør annonsørene det også.

\* Synovate 2007



**sykepleien**

Tidsskriftet Sykepleien: 186.000 lesere, www.sykepleien.no 60.000 unike brukere per mnd. Kontakt Finn Simonsen på tlf: 22 04 33 52 eller epost: finn.simonsen@sykepleien.no

## Ruth Torbjørnsen

En pioner innen pleie- og omsorgsarbeid i Norge er gått bort. Tidligere sjefspsykeleier ved Vestfold sentralsykehus, Ruth Torbjørnsen, døde 31. mai i sitt 91. år.

Da Ruth Torbjørnsen startet sitt arbeid ved Vestfold sentralsykehus i Tønsberg, hadde hun en omfattende og allsidig erfaring ikke bare fra sitt hjemland, Danmark, men også fra England, Sverige, Finland og Norge.

I 1955 ble Ruth Torbjørnsen tilsatt i en nyopprettet stilling som leder for sykehusets hjemmesykepleie. I denne stillingen utviklet hun det som etter hvert skulle bli et stort pionerarbeid innen norsk helsevesen, nemlig den kommunale hjemmesykepleie slik vi kjenner den i dag. For dette arbeidet ble Ruth Torbjørnsen tildelt H.K.H. Kongens fortjenstmedalje i gull.

Da Tønsberg kommune overtok

denne tjenesten i 1958, ble hun leder for den kommunale hjemmesykepleien. I 1966 kom hun tilbake til sykehuset som sjefspsykeleier. En stilling hun hadde til hun valgte å fratre med alderspensjon i 1985. I sin funksjon som sjefspsykeleier ble Ruth Torbjørnsen oppfattet som en myndig leder og nøt stor respekt både i og utenfor sykehuset. Hun ble raskt en institusjon i institusjonen. «Søster Ruth» ble etter hvert et begrep for alle som arbeidet i sykehuset.

Ruth Torbjørnsen hadde også mange verv utenfor sykehuset. Blant annet ble hun tildelt Norsk Sykehusforenings hederspris for sitt engasjement innen norsk helsevesen.

Og vi er mange som føler at et klokt, sjenerøst og livsbejaende menneske har gått bort, en pioner og nyskaper innen sykepleie som evnet å sette sine ideer og visjoner ut i praksis.

Jeg vil minnes at jeg som ung sykepleieelev for vel 50 år siden, hørte henne forelese i etikk. Hun evnet på en fantastisk måte å formidle etiske holdninger til de ulike og kompliserte sider ved sykepleiefaget som vi aldri vil glemme. Hennes holdning til omsorgen for det hele mennesket med fysiske, psykiske og åndelige behov har vært en inspirasjonskilde for de mange unge hun har fått prege.

Som leder var hun en ener, inspirerende, initiativrik og praktisk igangsetter. Alt var mulig i søster Ruths verden. Hun fikk mennesker rundt seg til å blomstre. Hun så den enkelte medarbeider, ga oppmuntring og var rundhåndet med anerkjennelse. Hennes humor og livsglede tok brodden av mang en tøff arbeidskonflikt.

Mye mer kunne nevnes om henne som sykepleier og leder. Allikevel vil de siste årene av hennes liv bli de

som står som gyldne øyeblikk i mitt minne. Hun holdt seg oppdatert innen faget, var levende interessert og kom med spennende innspill.

Hennes omsorg for familie, så vel som venner, hennes støttende og lyttende sinn, hennes kloke råd og aldri sviktende optimisme var en kilde å øse av. I sin artikkel i festskriftet som ble utgitt til hennes 85-årsdag, avslutter søster Ruth sine tanker om ansvar, omsorg og respekt med følgende ord: «I alle livets faser er det viktig at kjærligheten er grunnleggende for menneskets syn på medmennesker og samfunnet. Kjærligheten øker viljen til å ville det gode og begrepet for ansvar, omsorg og respekt.»

I dyp takknemlighet og respekt lyser jeg fred over Ruth Torbjørnsens minne.

Astrid Dahl

## A Norspan «Mundipharma»

Analgetikum ved sterke smerter.  
ATC-nr.: N02A E01

**DEPOTPLASTER** 5 µg/time, 10 µg/time og 20 µg/time: Hvert depotplaster inneholder: Buprenorfin 5 mg (6,25 cm<sup>2</sup>), resp. 10 mg (12,5 cm<sup>2</sup>) og 20 mg (25 cm<sup>2</sup>), hjelpestoffer.

**Indikasjoner:** Behandling av sterke opioidfølsomme smerter, som ikke responderer tilfredsstillende på ikke-opioide analgetika.

**Dosering:** Påføres hver 7. dag. Ikke egnet til behandling av akutte smerter. **Voksne ≥18 år:** Laveste dose, 5 µg/time, brukes som startdose. Under oppstart og titrering bør pasienter i tillegg bruke de vanlige anbefalte dosene av korttidsvirkende analgetika etter behov. Dosen bør ikke økes før etter 3 dager, når maks. effekt av en gitt dose er oppnådd. Påfølgende doseøkninger kan titreres ut fra behov og respons. Dosen kan økes ved å bruke et større depotplaster eller 2 depotplaster på forskjellige steder. Et nytt depotplaster skal ikke settes på samme sted påfølgende 3-4 uker. Pasienter bør følges grundig for vurdering av optimal dose og behandlingsvarighet. **Nedsatt leverfunksjon:** Pasienter med nedsatt leverfunksjon bør følges godt opp, og ved alvorlig nedsatt leverfunksjon bør alternativ behandling vurderes. Depotplasteret påføres ikke-irritert, intakt hud på yttersiden av overarmen, øvre del av brystkassen, øvre del av ryggen eller siden av brystkassen, og ikke på hudområder med store arr. Påføres et hudområde som er nesten hårfritt eller har relativt lite hår. Hvis ingen er tilgjengelige, skal håret på området klippes med saks, ikke barberes. Påføringsstedet kan vaskes med rent vann. Såpe, alkohol, olje, lotion eller slipemidler må ikke brukes. Huden må være tørr før depotplasteret påføres. Umiddelbart etter at depotplasteret tas ut av den forseglede posen fjernes det beskyttende laget, og depotplasteret presses godt på plass med håndflaten i ca. 30 sekunder, slik at det blir fullstendig kontakt, spesielt rundt kantene. Depotplasteret skal sitte på kontinuerlig i 7 dager. Hvis et depotplaster faller av skal et nytt påføres. Bør ikke brukes lenger enn absolutt nødvendig. Hvis langtids smertebehandling er nødvendig, bør det foretas grundig oppfølging (med opphold i behandlingen ved behov) for å fastslå videre behov. Da den analgetiske effekten vedvarer en viss tid etter fjerning av depotplasteret, bør ikke andre opioider gis for etter 24 timer. Unngå å utsette påføringsstedet med depotplaster for eksterne varmekilder som varmepute, varmeteppe, varmelampe, badstue, varmt bad og oppvarmet vannseng da absorpsjonen av buprenorfin kan øke. Feber kan gi økte plasmakonsentrasjoner av buprenorfin og øke risikoen for opioidreaksjoner.

**Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for buprenorfin eller noen av hjelpestoffene, opioidavhengighet og narkotikaseponering, tilstander hvor respirasjonssenter og -funksjon er betydelig hemmet eller kan bli det, MAO-hemmere siste 2 uker, myasthenia gravis, delirium tremens, graviditet.

**Forsiktighetsregler:** Brukes med forsiktighet ved krampelidelser, hodeskade, sjokk, nedsatt bevissthet av ukjent årsak, intrakranielle skader eller økt intrakranielt trykk og alvorlig nedsatt leverfunksjon. Signifikant respirasjonshemming har vært forbundet med buprenorfin, spesielt i.v. Anbefales ikke til analgesi i umiddelbar postoperativ periode eller i andre situasjoner med smal terapeutisk indeks eller raskt svingende analgetisk behov. Buprenorfin har mindre avhengighetstendens enn rene agonistanalgetika. Da det er observert euforiske effekter, bør det utvises forsiktighet ved kjent eller mistenkt stoffmisbruk. Kronisk bruk kan gi utvikling av fysisk avhengighet. Ev. abstinensyndrom er vanligvis lett, starter etter 2 dager, kan vare inntil 2 uker og omfatter uro, angst, nervøsitet, søvnløshet, hyperkinesi, skjelving og gastrointestinale plager. Bilkjøring og bruk av maskiner frarådes dersom reaksjonsevnen er påvirket, spesielt ved behandlingsstart, doseøkning og kombinasjon med andre CNS-dempende midler.

**Interaksjoner:** Må ikke brukes samtidig med eller første 2 uker etter MAO-hemmere. Samtidig bruk av CYP 3A4-hemmere kan gi økt effekt. Samtidig bruk av enzymindusere (f.eks. fenobarbital, karbamazepin, fenytoin, rifampicin) kan gi redusert effekt. Bør brukes forsiktig sammen med benzodiazepiner, som kan forsterke respirasjonshemming med fare for død, andre CNS-dempende midler, som andre opioidderivater (f.eks. morfin, dekspropoksyfen, kodein, deksrometorfan, noskapin), visse antidepressiva, sedative H1-reseptorantagonister, alkohol, anxiolytika, antipsykotika, klonidin og beslektede substanser. (I: N02A opioider)

**Graviditet/Amming:** Overgang i placenta: Skal ikke brukes under graviditet. Overgang i morsmelk: Bør ikke brukes under amming.

**Bivirkninger:** **Hyppige (>1/100):** Gastrointestinale: Forstoppelse, munntørrhet, kvalme, oppkast, buksmerter, diaré, dyspepsi. Hud: Kløe, erytem, utslett, svelling, eksantem. Luftveier: Dyspné. Metabolske: Anoreksi. Neurologiske: Hodepine, svimmelhet, søvnighet, parestesi. Psykiske: Forvirring, depresjon, søvnløshet, nervøsitet, angst. Sirkulatoriske: Vasodilatasjon. Øvrige: Kløe på administreringsstedet, tretthet, asteni, smerter, perifert ødem, reaksjon, erytem og utslett på administreringsstedet, ødem, brystmerter. **Mindre hyppige:** Neurologiske: Sedasjon, smaksforvrengning. Psykiske: Søvnforstyrrelser, rastløshet. Sirkulatoriske: Sirkulasjonsforstyrrelser (som hypotensjon og i sjeldne tilfeller sirkulasjonsvikt). Urogenitale: Urinretensjon, vannlatingsforstyrrelser. Øvrige: Utmattelse. **Sjeldne (<1/1000):** Gastrointestinale: Pyrosis (halsbrann), brekninger. Hud:

Lokale allergiske reaksjoner med klare tegn på inflammasjon (ved forsikede allergiske reaksjoner bør behandlingen seponeres), pustler, vesikler. Hørsel: Øresmerter. Luftveier: Respirasjonshemming, hyperventilering, hikke. Neurologiske: Svekket konsentrasjonsevne, nummenhet, balanseproblemer, taleforstyrrelser, muskelfascikulasjon. Psykiske: Psykologiske effekter (f.eks. hallusinasjoner, angst, mareritt), nedsatt libido, avhengighet, humørsvingninger. Sirkulatoriske: Høretokter. Syn: Synsforstyrrelser, tåkesyn, øyelokkødem, miøse. Urogenitale: Redusert ereksjon. Øvrige: Alvorlige allergiske reaksjoner, abstinenssymptomer.

**Overdosering/Forgiftning: Symptomer:** Respirasjonshemming, sedasjon, døsighet, kvalme, oppkast, sirkulasjonsvikt, uttalt miøse. **Behandling:** Fjern ev. plastre, oppretthold respirasjon, kroppstemperatur og væskebalanse. Oksygen, vasopressorer, andre symptomatiske tiltak og nalokson 5-12 mg i.v. ved behov.

**Egenskaper:** Klassifisering: Opioidanalgetikum. **Virkningsmekanisme:** Sentral smertestillende effekt. Partiell opioidagonist på my-reseptorer samt antagonist på kappa-reseptorer. Hvert depotplaster avgir buprenorfin i fast mengde i inntil 7 dager. «Steady state»-konsentrasjon oppnås under første påføring. Etter fjerning av depotplasteret faller buprenorfinkonsentrasjonen med ca. 50% i løpet av 12 timer (10-24 timer). **Absorpsjon:** Buprenorfin fra depotplasteret diffunderer gjennom huden. Biotilgjengelighet ca. 15%. **Proteinbinding:** Ca. 96%. Etter i.v. administrering utskilles buprenorfin og dets metabolitter i galle, og distribueres i løpet av minutter til cerebrospinalvæsken, hvor konsentrasjonen synes å være ca. 15-25% av tilsv. plasmakonsentrasjon. **Metabolisme:** Levermetabolisme, via CYP 3A4- og UGT 1A1/1A3-enzym. Aktiv metabolitt: Norbuprenorfin. **Utskillelse:** Galle- og nyreutskillelse.

**Andre opplysninger:** Brukte depotplastre brettes sammen med det klebende laget innover og kastes forsvarlig og utlignelig for barn.

**Pakninger og priser:**

5 µg/time: 4 stk. kr 272,70

10 µg/time: 4 stk. kr 459,40

20 µg/time: 4 stk. kr 797,30

**Refusjon:** Se Refusjonslisten, N02A E01. For kroniske sterke smerter må det søkes om individuell refusjon etter § 3a, benytt skjema NAV 05-14.09. For palliativ behandling i livets sluttfase, f.eks. kreftmerter, gjelder § 2, refusjonskode 90.

April 2008



**Mundipharma AS**  
Vollsvæien 13 C  
1366 Lysaker  
Telefon: 67 51 89 00  
Telefaks: 67 51 89 01  
www.mundipharma.no

## Quiz Er du en kompetent sykepleier ?

Ta vår aktuelle og nådeløse kunnskapsquiz.

tekst **Nina Hernæs**



### 1 Hva betyr inkubasjonstid??

- A: Smitteklekkesid
- B: Tiden man ligger i et trykkammer
- C: Tiden fra man er smittet til man er smittefri

### 2 Hva består enzymer av?

- A: Flerumettede fettsyrer
- B: Proteiner
- C: Karbohydrater

### 3 Hvor i kroppen ligger rotula?

- A: I kjeven
- B: I ansiktet
- C: I kneet

### 4 Hvem er direktør for Ullevål universitetssykehus?

- A: Tor Strand
- B: Tove Strand
- C: Tore Rem

### 5 Og for Universitetssykehuset i Nord-Norge?

- A: Tor Ingebrigtsen
- B: Christian Ingebrigtsen
- C: Knut Schrøder

### 6 Et annet navn på ornitose?

- A: Ornitologsyke
- B: Papegøyesyke
- C: Flamingosyke

### 7 Hvilket grunnstoff har kjemisk symbol Fe?

- A: Francium
- B: Fluor
- C: Jern

### 8 Og Zn?

- A: Silisium
- B: Sink
- C: Selen

### 9 Hvor i kroppen ligger os palatinum?

- A: I ganen
- B: I pannen
- C: I nesen

### 10 Et annet ord for sigmatisme?

- A: Lesping
- B: Raping
- C: Sigenhet

😊 **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.)



FLØTEPUS: Er dette direktøren for Universitetssykehuset i Nord-Norge?

Foto: Trond Sørås, VG/Scanpix

C Daivobet® LEO

Middel mot psoriasis. ATC-nr.: D05A X52  
T SALVE: 1 g inneh.: Calcipotriol 50 µg, betametasondipropionat tilsv. betametason 0,5 mg, flytende parafin, polyoksypropylen-15-stearyleter, α-tokoferol, hvit vaselin til 1 g. **Indikasjoner:** Behandling av stabil plaque psoriasis vulgaris egnet for lokal terapi. **Dosering:** Påsmøres det affiserte område 1 gang daglig. Den anbefalte behandlingssperiode 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. Behandelte område skal ikke være mer enn 30% av kroppens overflate. Anbefales ikke til barn eller ungdom <18 år. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. Pga. innholdet av calcipotriol er preparatet kontraindisert hos pasienter med forstyrrelser i kalsiumstoffskiftet. Pga. av innholdet av kortikosteroid er preparatet kontraindisert ved viruslesjoner i huden (f.eks. herpes eller varicella), sopp- eller bakterieinfeksjoner i huden, infeksjoner forårsaket av parasitter, hudmanifestasjoner i forbindelse med tuberkulose eller syfilis, rosacea, perioral dermatitt, akne vulgaris, atrofisk hud, atrofisk striae, skjørhet av hudvener, iktyose, akne rosacea, hudsår/-skader, perianal og genital kløe. Ved guttatt, erytrodermisk, eksfoliativ og pustulos psoriasis. Ved alvorlig nyreinsuffisiens eller alvorlig leversykdom. **Forsiktighetsregler:** Ungå applikasjon og utilsikket overføring til hodebunn, ansikt, munn og øyne. Hørene må vaskes etter hver påsmøring. Samtidig behandling med andre steroider må unngås. Hemmet binyrebarkfunksjon eller innvirkning på den metabolske kontroll av diabetes mellitus kan forekomme pga. systemisk absorpsjon. Applikasjon på store områder av skadet hud, under okklusjon, på slimhinner eller i hudfalter bør unngås, da det øker det systemiske opptak av kortikosteroider. Huden i ansiktet og genitalia er svært følsom for kortikosteroider. Langtidsbehandling av disse kroppsdeler bør unngås. Disse områdene bør behandles med 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 pustuløse 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/Amning:** Overgang i placenta: Det foreligger ingen data for bruk til gravide. Bør derfor kun brukes under graviditet der fordelene synes større enn risikoen. Overgang i morsmelk: Betametason går over, men risiko for barnet synes lite sannsynlig ved terapeutiske doser. Det foreligger ingen data på overgang av calcipotriol i melk. Forsiktighet bør utvises ved forskrivning til ammende. Skal ikke smøres på brystene ved amning. **Bivirkninger:** Hyppige (>1/100): Hud: Kløe, utslett, sviende følelse i huden. Mindre hyppige: Hud: Smerter i huden eller irritasjon, dermatitt, erytem, forverring av psoriasis, follikulitt, pigmentforandringer i huden på applikasjonsstedet. Sjeldne (<1/1000): Hud: Pustulos psoriasis. Calcipotriol: Rapporterte bivirkninger omfatter lokale reaksjoner, kløe, hudirritasjon, en sviende og stikkende følelse, tørr hud, erytem, utslett, dermatitt, eksem, forverring av psoriasis, fotosensitivitet og overfølsomhetsreaksjoner inkl. meget sjeldne tilfeller av angioedem og ansiktsødem. Systemiske effekter ved lokalbehandling kan i meget sjeldne tilfeller forårsake hyperkalsemi eller hyperkalsiuri. Betametason: Lokale reaksjoner kan inntre, særlig ved langvarig anvendelse, inkl. hudatrofi, teleangiectasi, striae, follikulitt, hypertrikose, perioral dermatitt, allergisk kontaktdermatitt, depigmentering og koloid milia. Ved behandling av psoriasis er det en risiko for utvikling av den pustuløse 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: 1A Smitteklekkesid, 2B Proteiner, 3C I kneet, 4B Tove Strand, 5A Tor Ingebrigtsen, 6B Papegøyesyke, 7C Jern, 8B Sink, 9A I ganen, 10A Lesping



Legebemannet førstehjelpshelikopter kom i drift i østlandsområdet i 1978. Initiativtaker lege Jens Moe til venstre.

## «...med syketransport for øie»

De første transportene med ambulansfly i Norge foregikk allerede i 1920-årene. Fram mot andre verdenskrig ble de i stor grad utført av private flyselskap. Ifølge et innlegg i legeföreningens tidsskrift i 1934 hadde Widerøes Flyveselskap A/S i samarbeid med Røde Kors utstyrt to fly «med syketransport for øie».

Ett av flyene ble benyttet i forbindelse med Lodalsulykken i Nordfjord i 1936, hvor 74 mennesker omkom. En av de overlevende forteller til Agder Tidende:

«Dei bar meg inn på meieriet, der eg vart liggjande ei stund. Der låg og nokre andre sjuke og ei sjukesøster stelte. – Då kjem det inn ein ung mann saman med doktoren. Den unge mannen som eg skyna var ein flygar – Arild Widerøe – og som eg straks fekk tiltru til, spurde meg

so greit og liketil um eg trudde eg kunde greida å sitje i eit godt mjukt sæte. Eg svara ja både ein og to gonger og hadde visst sagt ja kor det hadde vore, so glad vart eg. So vart eg boren nedover av sterke og hjelpsame hender. Alle stader stod det folk og bisna på meg med redde augo. Eg freista og smile til dei og eg helsa på dei eg kjende. Alle var vortne meg såo kjære, det var so godt å sjå dei att. Dei som bar meg laut gå gjennom ur og ulende og kroka seg fram for å koma ned til vatnet. Snart sat eg då i maskina saman med overlækjaren frå Oslo og ein gut, Erling Bødal, som var i uvit. Motoren byrja å surra og det bar iveg nedover. – Alle stader flaut det vrakrestar, so flygaren laut gå på vatnet langt nedover til han liksom fekk lura seg i lufti. Fjell og dalar og

fjordarmar vart lagde attun oss og snart landa me stilt og varleg i fjøra på Nordfjordeid etter den fine flygeturen. I bil bar det so opp til sjukehuset, der eg vart møtt av hjelpsame hender og stelt um på beste måte.»

I Norge spilte Luftforsvaret en aktiv rolle i oppbyggingen av ambulansetransporten etter andre verdenskrig. I 1948 ble det i alt utført 371 ambulansflyturer. 107 av disse ble utført av Luftforsvarets fly, resten av sivile fly (Tidsskriftet for Den norske lægeförening, 1949). Det anføres at Luftforsvaret også hadde organisert utdanning av «flysøstre» som i tillegg til vanlig sykepleierutdanning gjennomgikk et tre ukers teoretisk kurs og deltok i seks ambulansflyturer. På 60-tallet var omfanget blitt så stort at Helsedirektoratet fant det nødvendig å utarbeide en veiledning

for bruk av fly eller helikopter til ambulansetransport. Veiledningen ble fastsatt i 1962 og var gjeldende fram til 1988.

I 1978 startet Norsk Luftambulans AS (NLA) en akuttjeneste med helikopter. Helikopteret ble plassert ved Sentralsykehuset i Akershus og var delvis finansiert med private midler.

Den sentrale drivkraften bak etableringen av denne tjenesten var lege Jens Moe. Fra slutten av 1960-årene var han aktiv i den offentlige debatt og sterkt kritisk til den daværende ambulansetjenesten. Bedre utdanning av ambulansesepersonell og bruk av spesialleger og/eller spesialsykepleiere i en ambulansetjeneste som kom raskest mulig fram til skadestedet, var det sentrale i budskapet hans.



# Informasjon fra forsikringskontoret NSF

## Endringer av samarbeidsavtaler

Fra 1.1.2007 har NSF hatt en samarbeidsavtale med Vital Skade AS og Vital Forsikring ASA. Begge avtalene fortsetter i 2009, men avtalen med Vital Skade vil bli videreført i DnB NOR Skadeforsikring AS. Barneforsikringen er blitt forbedret og flyttet til TrygVesta AS.

## Forbedringer

Det blir flere forbedringer av forsikringsvilkårene i 2009. Her kan du lese om de viktigste:

## Innboforsikring

Pris for 2009 er 924 kroner. Studentpris er 300 kroner.

## Uflaksforsikring inkluderes

Dekker alle plutselige og uforutsette skader i hjemmet, og utenfor forsikringsstedet i Norden. Dekker alle plutselige og uforut-

sette skader utenfor Norden med inntil 20 000 kroner.

Tyveri av sykkel har økt fra inntil 10 000 kroner til inntil 20 000 kroner.

## Reiseforsikring

Pris for 2009 er 636 kroner for én person, og 804 kroner for hele familien.

Reiseforsikring familie dekker også barnebarn når de reiser sammen med forsikrede.

Uflaksforsikring er inkludert, og dekker 2 500 kroner per skadetilfelle. Mobiltelefon er unntatt.

Hvis barnet ditt ikke har samme bostedsadresse som deg, vil det likevel være forsikret under din reiseforsikring familie, også når det reiser alene eller sammen med andre. Barnet må være bosatt og folkeregistrert i Norge hos en av foreldrene.

## Barneforsikring

Pris for 2009 er 996 kroner.

Forsikringen dekker medisinsk invaliditet ved både sykdom og ulykke, også etter fylte 20 år. Forsikringen opphører ved fylte 26 år.

Har du kjøpt barneforsikring for et eller flere barn, vil også nye barn i familien bli dekket av ulykkesforsikring med inntil 500 000 kroner frem til hovedforfall, uten ekstra kostnad.

For 252 kroner ekstra per år får du nå en tilleggsforsikring som gir en engangsutbetaling på 500 000 kroner hvis barnet blir erklært minst 50 prosent varig arbeidsufør – uavhengig av om uførheten skyldes sykdom eller ulykke.

## Villa, fritidsbolig, bil etc.:

For pristilbud – ta kontakt med Forsikringskontoret NSF.

## Rabatter

- Rabatt for tre forsikringer eller mer
- Sikkerhetsrabatter
- Egenandelsfordel
- Ingen ekstra kostnad ved månedlig betaling

Du kan velge mellom to kvaliteteter. Best og Basis.

Best har Vilkårsgaranti, og dekker mye og litt til. Flytter du dine skadeforsikringer fra ditt nåværende selskap til DnB NOR Skadeforsikring, er du garantert minst like gode, eller enda bedre forsikringsdekninger.

## Forsikringskontoret NSF

– ble en del av Norsk Sykepleierforbund fra 1. september 2008.

Endringen får ingen konsekvenser for deg som er medlem, og det blir ingen navneendring. Ønsker du tilbud på forsikringer, eller har spørsmål om forsikringsordningene, tar du kontakt med Forsikringskontoret NSF som tidligere.

### Forsikringskontoret NSF: tlf. 22 04 31 50

- Salg- og rådgivning
- Melde skader foreningsgruppeliv

### DnB NOR Skadeforsikring: tlf. 815 44 135

- Melde tingskader
- Spørsmål tingskader
- Skademeldingsskjemaer, se [www.sykepleierforbundet.no/forsikring](http://www.sykepleierforbundet.no/forsikring)

### Vital Forsikring ASA: tlf. 55 17 80 30

- Salg- og rådgivning
- Livsforsikring
- Pensjonsforsikring
- Endring Foreningsgruppeliv

# Utvikling med pasienten i sentrum

En skulle tro det var selvsagt at pasienten sto i sentrum, men vi vet at slik er det ikke. Mange av oss har erfart at «silo-tenkningen» er fremtredende i helsevesenet.

Helse Sør og Helse Øst ble slått sammen sommeren 2007. I november 2008 besluttet styret i Helse Sør-Øst hvordan spesialisthelsetjenesten i store deler av landet for øvrig skal utvikles. Det nye er at spesialisthelsetjenesten skal organiseres etter pasientenes behov, og ikke etter medisinske spesialiteter. Organiseringen av helsetjenesten må understøtte godt faglig arbeid, samtidig som den innrettes best mulig for fremtidige befolknings- og sykdomsutvikling.

Det er enklest å avgrense problemstillingene til det en skal forholde seg til, og ofte er det rasjonelt. For en 50-åring som får problemer med knærne, holder det ofte med rask tilgang til diagnose og fornuftig trening, eller dagkirurgi og gjenopptrening. For 50-åringens mor som bor alene og faller og skader lårhalsen når hun står opp om natten fordi hun er uvel og svimmel, holder det ikke at hun får glimrende behandling

på en ortopedisk avdeling, hvis svimmelheten overses og boligen ikke ryddes for objekter det er lett å snuble i. Vi må bli flinkere til å tenke, analysere og (be)handle ut fra pasientens totale situasjon.

## Fornøyd

Norsk Sykepleierforbund (NSF) er fornøyd med utviklingsretningen som er skissert for Helse Sør-Øst. Gode behandlingstilbud for de vanligste lidelsene i nærmiljøet, en samling av de mest spesialiserte behandlingstilbudene og fokus på å beholde og videreutvikle gode fagmiljøer, kan gi pasientene et bedre helsetilbud enn det vi har i dag.

Helseforetakene i regionen skal samles i syv sykehusområder hvor lokale tilbud skal utvikles sammen med kommunene etter pasientforløpet. Målet er at pasientene skal få 80-90 prosent av den behandlingen de trenger innen somatikk, psykisk helse, rus og rehabilitering i eget sykehusområde. Sykehus innen et sykehusområde skal etablere felles rutiner og et informasjonsgrunnlag som sikrer helhetlige og sammenhengende pasientforløp. Dette skal bygge på kunnskap og reell brukermedvirkning.

Aker universitetssykehus, Rikshospitalet og Ullevål universitetssykehus samles i en enhet, Oslo universitetssykehus HF, allerede fra 1. januar 2009. På Oslo universitetssykehus HF skal både lands- og

regionsfunksjoner samles for å styrke forskning og høyspesialisert medisin. Sykehusene Buskerud, Asker og Bærum, Ringerike og Kongsberg slås sammen til ett helseforetak fra 1. juli 2009.

## Vil merkes

Styrevedtaket betyr ikke at jobben er gjort – det er nå den begynner. Utfordringene står i kø. Mange av NSF's medlemmer vil merke disse endringene. Nye miljøer skal etableres og ulike kulturer skal samarbeide. I mange omstillingsprosesser har dette vært undervurdert. NSF forutsetter at omstillingene skjer ryddig og gjennomføres på en måte som gir forutsigbarhet, trygghet og gode løsninger for dem som berøres. NSF's tillitsvalgte og NSF sentralt vil følge med og bistå der det er nødvendig for våre medlemmer.

Skal intensjonene til Helse Sør-Øst virkelig lykkes, er det viktig at kommunesektoren har et godt tilsvarende. Det kan synes vanskelig med dagens ressursituasjon og organisering av kommunene. NSF har derfor store forventninger til at Samhandlingsreformen foreslår tiltak som gjør at pasienten settes i sentrum også før og etter de har hatt befattning med spesialisthelsetjenesten.

NSF ønsker medlemmer, tillitsvalgte og leder i Helse Sør-Øst lykke til i det videre arbeidet.

## NSF på nett

**På Norsk Sykepleierforbunds egen nettside finner du saker NSF og sykepleierne er engasjert i. Gå inn på [www.sykepleierforbundet.no/](http://www.sykepleierforbundet.no/) sistenytt og les mer.**

## Pasientsikkerhet og kvalitet

Norsk Sykepleierforbund (NSF) ser med bekymring på manglende kontinuitet og samhandling i helsetjenesten. Helsetilsynets tilsyns-melding for 2007 påpeker at dette er en av de største truslene mot pasientsikkerhet og kvalitet i helsetjenesten. Det må etableres systemer som fremmer samhandling og kontinuitet.

## Bli fadder!

Unio oppfordrer til å bli fadder i Flyktninghjelpen! Flyktninghjelpen er en av Norges største humanitære organisasjoner med over 2500 medarbeidere i om lag 20 land. I høst har de satt spesielt fokus på å hjelpe barn på flukt. Unio har lenge vært en støttespiller. Nå kan også du hjelpe ved å bli fadder. Ring 08009.

## Invitasjon til posterpresentasjon

13.-14. mai 2009 arrangerer NSF eHelse-konferansen i Tønsberg. Vi ønsker en konferanse med varierte presentasjonsformer og mulighet for aktiv deltakelse gjennom presentasjon av prosjekter, studier, fagutviklingsarbeid og forskning i vår planlagte posterutstilling.

## Forbundsleder Lisbeth Normann

**Stilling:** Forbundsleder i NSF

**E-post:** lisbeth.normann@sykepleierforbundet.no



# Nedslående Harstad-sak

Det er nedslående at likestillings- og diskrimineringsnemndas flertall svikter norske kvinner ved å gi markedshensyn forrang for likestillingshensyn i den såkalte Harstad-saken. Det er nok et eksempel på at vi trenger et likelønnsloft raskt.

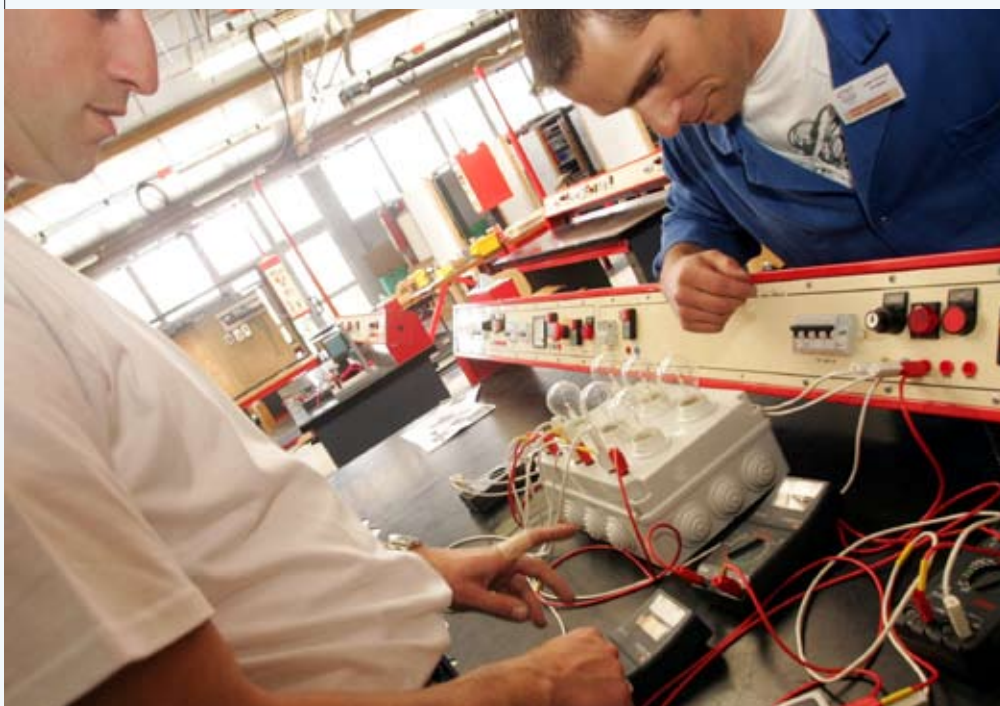
To avdelingssykepleiere klaget Harstad kommune inn for likestillings- og diskrimineringsombudet. De mente seg lønnsdiskriminert i forhold til fire navngitte ingeniører. Likestillingsombudet ga sykepleierne medhold, og lot oss en stakket stund leve i håpet om at likestillingshensyn er viktigere enn markedshensyn. Harstad kommune klaget imidlertid ombudets uttalelse inn for likestillings- og diskrimineringsnemnda, som omgjorde ombudets uttalelse.

Likestillings- og diskrimineringsnemnda (LDN) slår fast at arbeidet i stillingene som avdelingssykepleier var av lik verdi som arbeidet i stillingene som fagkoordinator. I vedtaket står det at avdelingssykepleierne har rett til samme lønn som fagkoordinatorene. Dette er gledelig og en viktig vurdering som stadfester at det er anledning til å sammenligne arbeid på tvers av faggrenser og tariffavtaler. Så langt alt vel.

Tilsynelatende kjønnsnøytral lønnsfastsettelse som faktisk virker slik at det ene kjønn stilles

dårligere enn det annet, er i utgangspunktet i strid med loven. Ved indirekte diskriminering, gjøres det en vurdering av den diskriminerende handlingens saklighet, og om den er egnet, nødvendig og ikke uforholdsmessig inngripende i forhold til formålet. Det er her likestillings- og diskrimineringsnemnda skiller lag med sitt ombud. Ombudet fant i sin uttalelse at lønnsforskjellene både var egnet og nødvendige i forhold til målet om å rekruttere og beholde arbeidskraft, men fant at de var uforholdsmessig inngripende i forhold til målet om likestilling mellom kvinner og menn. Nemndas flertall derimot finner det «urimelig dersom kommunen ikke skulle kunne bruke lønn som virkemiddel for å beholde de aktuelle fagkoordinatorene.» Med andre ord må likestillingshensyn vike for markedshensyn.

Ombudet vurderte selve markedsargumentasjonen, anledningen til at lønn fastsettes forskjellig ut fra ulike markedsverdi, som kjønnsdiskriminerende. Dette fordi kvinner og menn arbeider i ulike delarbeidsmarkeder. Kvinner har ikke samme anledning som menn til å benytte seg av markedsargumentet fordi de ikke har tilgang til konkurrerende delarbeidsmarkeder. 70 prosent av dem som jobber i det offentlige er kvinner. Dette går til kjernen av verdsettingsdiskrimineringen som er den største likelønnsutfordringen i Norge. Det er derfor veldig beklagelig at nemnda omgjør ombudets uttalelse, som kunne vært banebrytende og av stor prinsipiell betydning.



LOKKES: Kommunen bør få bruke lønn som virkemiddel for å beholde fagkoordinatorene i Harstad, fastslår likestillings- og diskrimineringsnemnda. Illustrasjonsfoto: Colourbox



**NYHET!**

# Alzheimers sykdom:<sup>\*</sup>

Ny tablettstyrke og praktisk dosering



## **STARTPAKKE**

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

FOR PRODUKTBRØSJYRE, 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](http://www.ebixa.com)

**Ebixa**<sup>®</sup>  
memantin

<sup>\*</sup>Godkjent for moderat til alvorlig grad av Alzheimers sykdom.

Se preparatomtale side 94

# B-Postabonnement

Returadresse:  
Sykepleien  
Postboks 456 Sentrum  
NO-0104 Oslo

PORTO BETALT  
PORT PAYÉ  
NORGE

## Populære modeller til jobb og fritid!

Super god pris  
- SPAR 400,-

Hele settet  
kun **798,-**  
(jakke+bukse)  
Du sparer kr. 400  
**33%**



### Allværsett - til all slags vær!

Et 3-delt sett som innfrir alle krav til slitestyrke, komfort, praktisk design og kvalitet, – i all slags vær. Helføret ytterjakke og bukse i pustende tettvevd mikrogarn, som holder vind og vann ute. Her får du både jakke, bukse og innerjakke slik at du er godt kledd når du skal ut i regn, vind eller kulde. Reflekspiping sikrer at du blir sett i mørke.

#### Jakke med avtagbar mikrofiberjakke

Modell 20121  
Farge: Sort  
XS - 4XL

**kr. 849,-**  
Inkl. mva



#### Allværsett Modell 20122

Farge: Sort  
XS - 4XL

**kr. 349,-**  
Inkl. mva



#### Formsydd soft shell dame jakke

Modell 98852

Formsydd damejakke med hette, som er vind- og vannavvisende.  
Farge: Sand - turkis - sort  
S - XXL

Før 449,-  
Nå kun **kr. 349,-**  
Inkl. mva



Bestill på 57 69 46 00 eller [www.praxis.no](http://www.praxis.no) – hvor du kan se hele Praxis kolleksjonen av arbeidsklær, fritidsklær og fotttøy eller send inn kupongen nedenfor - porto er betalt. Tilbudet gjelder til 31.12.08.

Praxis · Sjøtun Næringspark · 6899 Balestrand

Send eller fax kupongen på 57 69 46 01 - eller bestill via [www.praxis.no](http://www.praxis.no)

Modell nr./navn	Farge	Størrelse	Antall

Navn

Adresse

Postnr.  Sted

E-post

Telefon

Faggruppe

Ja takk, jeg vil gjerne ha tilsendt

Praxis-katalogen med hele kolleksjonen av arbeidsklær, fritidsklær og fotttøy.



Tilbudet gjelder til 31.12.2008 og er inkl. 25% mva. Varene sendes i postoppkrav med et porto/oppkravsgebyr på kr. 99,- Full retur- og bytterett innen 14 dager.

Adressaten betaler for sending i Norge



Distribueres av Posten Norge

**praxis**<sup>®</sup>

Praxis AS  
Svaresending 8553  
0097 Oslo