

11 2013

26. september 2013
101. årgang

Sykepleien

100 000 til hver kommune **10**
Bedre sykepleie med fiksjon **18**
Vet lite om turnus og helse **54**

Opprøreren

Sofie Michanek startet protestaksjon.

Lønnen er for lav og jobben for

hektisk for svenske sykepleiere.

Klar for en ny dag?



nycomed: a Takeda Company



Circadin® er ikke vanedannende, og påvirker ikke søvnmønsteret.^{1,2)}

Circadin® bedrer søvnkvalitet, og pasienten føler seg utvilt og opplagt påfølgende dag.^{1,2,3)}

Indikasjon: Circadin® er indisert som monoterapi til kortvarig behandling av primær insomni karakterisert ved dårlig søvnkvalitet hos pasienter som er 55 år og eldre.¹



Klar for en ny dag!

Depottablett melatonin

circadin®

Klar for en ny dag

Referanser:

1. SPC 2. Aging Health 2008 4(1), 11-21 3. Otmani et al. Hum. Psychopharmacol Clin Exp (2008). Published online in Wiley InterScience

C Circadin «Neurim»

ATC-nr.: N05C H01

Sedativum. Hypnotikum.

DEPOTTABLETTER 2 mg: Hver depottablett inneholder Melatonin 2 mg, laktosemonohydrat, hjelpestoffer.

Indikasjoner: Indisert som monoterapi til kortvarig behandling av primær insomni karakterisert ved dårlig søvnkvalitet hos pasienter >55 år.

Dosering: Bør svelges hele. Voksne: 2 mg 1 gang daglig, 1-2 timer før leggetid og etter mat. Denne doseringen kan fortsette i opptil 13 uker. **Barn og ungdom <18 år:** Anbefales ikke pga. utilstrekkelige sikkerhets- og effektdata. **Nedsatt leverfunksjon:** Anbefales ikke.

Kontraindikasjoner: Kjent overfølsomhet for melatonin eller noen av hjelpestoffene.

Forsiktighetsregler: Melatonin har moderat påvirkning på evnen til å kjøre bil og bruke maskiner. Kan forårsake tretthet. Brukes med forsiktighet hvis effekten av tretthet med sannsynlighet kan føre til sikkerhetsrisiko. Anbefales ikke ved sjeldne, arvelige problemer med galaktoseintoleranse, en spesiell form for arvede laktosemangel (lapp-laktosemangel) eller glukose-galaktosemalabsorpsjon.

Interaksjoner: Melatonin metaboliseres hovedsakelig via CYP 1A. Interaksjon mellom melatonin og andre legemidler som en følge av effekten deres på CYP 1A-enzym, er derfor mulig. Fluvoksamin øker melatoninnivået ved å hemme CYP 1A2 og CYP 2C19. Kombinasjonen bør unngås. Forsiktighet bør utvises ved samtidig bruk av 5- eller 8-metoksypropranolol, som øker melatoninnivåene ved å hemme metabolismen. Forsiktighet bør utvises ved samtidig bruk av cimetidin, en CYP 2D-hemmer, som øker melatoninnivåene i plasma. Røyking kan redusere melatoninnivået pga. CYP 1A2-induksjon. Østrogen øker melatoninnivået ved å hemme CYP 1A1 og CYP 1A2 og forsiktighet bør utvises ved samtidig bruk. CYP 1A2-hemmere, som kinoloner, kan føre til økt melatonineksponering. CYP 1A2-indusere som karbamazepin og rifampicin kan føre til redusert plasmakonsentrasjon av melatonin. Alkohol må ikke inntas samtidig fordi det reduserer effekten på søvn. Melatonin kan øke de sedative egenskapene til benzodiazepiner og ikke-benzodiazepinhypnotika, som zaleplon, zolpidem og zopiklon. Samtidig inntak av melatonin og tiordazin kan føre til en økt følelse av uollenhet sammenlignet med kun bruk av tiordazin. Samtidig inntak av melatonin og imipramin kan føre til økt følelse av uro og problemer med å utføre oppgaver sammenlignet med kun bruk av imipramin.

Graviditet/Amning: Overgang i placenta: Bruk under graviditet er ikke undersøkt. Dyrestudier indikerer ingen direkte eller indirekte skadelige effekter på svangerskapsforløp, embryo-/fosterutvikling, fødsel eller postnatal utvikling. Pga. manglende kliniske data bør ikke gravide og kvinner som ønsker å bli gravide, bruke preparatet. **Overgang i morsmelk:** Går over. Anbefales derfor ikke til ammende.

Bivirkninger: Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100): Gastrointestinale: Magesmerter, magesmerter i øvre del, dyspepsi, sørdannelse i munnen, munntørhet. Hjerne/kar: Hypertensjon. Hud: Dermatitt, nattesvette, pruritus, utslett, generell pruritus, tørr hud. Kjønnorganer/bryst: Menopausesyntomer. Lever/galle: Hyperbilirubinemi. Muskel-skjelettsystemet:

Smerter i ekstremiteter. Nevrologiske: Migrene, letargi, psykomotorisk hyperaktivitet, svimmelhet, søvnløshet. Nyre/urinveier: Glykosuri, proteinuri. Psykiske: Irritabilitet, nervøsitet, uro, søvnløshet, unormal drømmer, angst. Undersøkelser: Unormal leverfunksjonstest, vektøkning. Øvrige: Asteni, brystmerter. **Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000):** Blod/lymfe: Leukopeni, trombocytopeni. Gastrointestinale: Gastroesofageal reflukssykdom, gastrointestinale lidelser og ubehag, blødder i munnens slimhinner, sørdannelse på tungen, oppkast, unormale tarmlyder, flatulens, hypersalivasjon, halitose, gastritt. Hjerne/kar: Hetetokter, angina pectoris, palpitasjoner. Hud: Eksem, erytem, dermatitt på hender, psoriasis, generelle utslett, pruritus, pruritus, neglesykdommer. Kjønnorganer/bryst: Priapisme, prostatitt. Muskel-skjelettsystemet: Artritt, muskelykninger, nakkesmerter, nattlige kramper. Nevrologiske: Synkope, nedsatt hukommelse, oppmerksomhetsforstyrrelser, drømmende tilstander, rastløse ben, dårlig søvnkvalitet, parestesi. Psykiske: Humørendringer, aggresjon, opphisselse, gråtetokter, stress-symptomer, desorientering, tidlig våkning om morgenen, økt libido, nedstemthet, depresjon. Stoffskifte/ernæring: Hypertriglyseridemi, hypokalsemi, hyponatremi. Øre: Vertigo, vertigo posturalis. Øye: Redusert synsskarphet, uklart syn, økt lakrimasjon. Øvrige: Herpes zoster, tretthet, smerter, tørste.

Overdosering/Forgiftning: Ingen rapporterte tilfeller. I litteraturen er det rapportert om administrering av daglige doser på opptil 300 mg melatonin uten at dette forårsaket signifikante bivirkninger. **Symptomer:** Tretthet forventes. Clearance av virkestoffet forventes innen 12 timer etter svelging. **Behandling:** Ingen spesiell behandling er nødvendig.

Egenskaper: Klassifisering: Hormon som produseres av pinealkjertelen og som strukturelt sett er relatert til serotonin. Melatonin er forbundet med kontroll av døgnrytme og tilpasning til lys-mørkesyklusen. Det er også forbundet med en hypnotisk effekt og økt tilbøyelighet for søvn. **Virkningsmekanisme:** Aktiviteten til melatonin ved MT₁-, MT₂- og MT₃-reseptorene antas å bidra til de søvnfremmende egenskapene, da disse reseptorene (hovedsakelig MT₁ og MT₂) er involvert i reguleringen av døgnrytme og søvnregulering. Pga. den aldersrelaterte reduksjonen i endogen melatoninproduksjon, kan melatonin effektivt forbedre søvnkvaliteten, særlig hos pasienter >55 år, med primær insomni. Melatonin forklarer innsovningstiden og bedrer søvnkvaliteten, våkenheten om morgenen, funksjonsevnen om dagen og livskvaliteten. Søvnansettningen og REM-søvnvarigheten påvirkes ikke. **Absorpsjon:** Fullstendig, kan reduseres med opptil 50% hos eldre. Biotilgjengeligheten er 15%. Signifikant «first pass»-metabolisme på 85%. Maks. plasmakonsentrasjon er 1176 pg/ml og oppnås innen 0,75 timer. Absorpsjon og maks. plasmakonsentrasjon påvirkes av samtidig matinntak (T_{max} = 3 timer og C_{max} = 1020 pg/ml). **Proteinbinding:** Ca. 60%. **Fordeling:** Bindes hovedsakelig til albumin, alf₁-syreglykoprotein og lipoproteiner med høy tetthet. **Halveringstid:** 3,5-4 timer. **Metabolisme:** 1 leverer via CYP 1A1, CYP 1A2 og muligens CYP 2C19. Hovedmetabolitten, 6-sulfatoksymelatonin, er inaktiv.

Utskillelse: 89% utskilles renalt, som konjugater av 6-hydroksymelatonin. 2% utskilles i uforandret form.

Pakninger og priser pr 01.08.2013: Enpac: 30 stk. 198,30 kr.



Ubehagelig lukt? Utflod?

Ønsker du enkelt å gjøre noe med det?

Ecovag® Balance vaginalkapsler inneholder humane melkesyrebakterier som effektivt behandler akutte plager og samtidig forebygger tilbakefall.

Les mer på www.navamedic.com

kun 1 kapsel/døgn



 **Navamedic**



HVORDAN BEHANDLER DU ALKOHOLPROBLEMER?

DU STARTER DER
ÅRSÅKEN LIGGER



Den "glemte pasientgruppen"



Noen få prosent er storforbrukere av alkohol og sliter med sammensatte psykiske problemer og sykdom. De er også for det meste utenfor arbeidslivet.

Mellom de som drikker aller mest og de som drikker moderate mengder finnes det en glemt pasientgruppe som har et risikofylt eller skadelig alkoholforbruk. Svært få av disse får behandling.¹

I Norge er det en utpreget festkultur. Stengetider, aldersgrenser og avgifter bidrar til å begrense skadevirkningene.

"Folk flest" drikker moderate mengder alkohol. Holdningskapende arbeid bidrar til bedre alkoholbruk.

Endelig en god nyhet til pasienter med alkoholproblemer

Mange personer med et skadelig høyt inntak av alkohol fungerer godt i dagliglivet, men kan stå i fare for å utvikle en alvorlig avhengighet. Å redusere et skadelig høyt alkoholforbruk gir somatiske og psykiske gevinster.^{2,3}

Selincro demper suget etter alkohol.⁴ Pasienten tar 1 tablett ved behov 1-2 timer før forventet alkoholinntak.⁴ Medikamentet passer ulike drikkemønstre og er – sammen med psykososial rådgivning – en behandling på pasientens egne premisser.



H. Lundbeck AS

Postboks 361, Strandveien 15B, N-1326 Lysaker
tlf. +47 91 30 08 00, fax +47 67 53 77 07



selincro.no

Selincro®

nalmefen

demper suget

reduserer alkoholinntaket⁴

Sikkerhetsinformasjon: Selincro bør ikke brukes av pasienter hvor umiddelbart avhold er påkrevet. Reduksjon av alkoholforbruket er et delmål på veien mot avholdenhet. Vanligste bivirkninger: kvalme, svimmelhet, søvnløshet og hodepine; alle milde eller moderate, og av kort varighet. Ved bruk av opioider i en akutsituasjon kan pasienter som står på Selincro trenge økt dose for å oppnå ønsket effekt. **Før forskrivning av Selincro®, se preparatomtalen.**

C1 Selincro «Lundbeck»

Middel ved alkoholavhengighet.

ATC-nr.: N07B B05

TABLETTER, filmdrasjerte 18 mg: Hver tablett inneholder: Nalmefenhydrokloriddihydrat 18,06 mg tilsv. nalmefen 18 mg, laktose 60,68 mg. Fargestoff: Titandioksid (E 171).

Indikasjoner: Reduksjon av alkoholinntak hos voksne pasienter med alkoholproblemer som har et skadelig høyt forbruk av alkohol, uten fysiske seponeringssymptomer og som ikke krever umiddelbar avrusning. Bør forskrives samtidig med psykososial rådgivning som fokuserer på behandlingsetterlevelse og reduksjon av alkoholforbruk. Behandling bør bare initieres hos pasienter som fortsatt har et skadelig høyt forbruk av alkohol. **Dosering:** Før behandlingen starter bør pasientens kliniske status, alkoholproblemer og alkoholforbruk evalueres (basert på opplysninger fra pasienten). Pasienten registrerer deretter alkoholforbruket sitt i ca. 2 uker. På neste legebesøk kan nalmefen initieres hos pasienter som fortsatt har et skadelig høyt alkoholforbruk i denne 2-ukersperioden, samtidig med psykososial intervensjon som fokuserer på behandlingsetterlevelse og reduksjon av alkoholforbruk. Den største forbedringen er sett de første 4 ukene. Pasientens behandlingsrespons og behov for fortsatt farmakoterapi bør evalueres jevnlig (f.eks. månedlig). Legen bør evaluere pasientens fremgang mht. redusert alkoholforbruk, generell funksjonsevne, behandlingsetterlevelse og ev. bivirkninger. Voksne: Bør tas ved behov, hver dag det er en risiko for å drikke alkohol. 1 tablett bør tas helst 1-2 timer før forventet alkoholinntak. Hvis pasienten har begynt å drikke alkohol uten å ta nalmefen, bør 1 tablett tas så raskt som mulig. Maks. dose: 1 tablett daglig. Spesielle pasientgrupper: Nedsatt nyre- eller leverfunksjon: Ingen dosejustering nødvendig ved lett eller moderat nedsatt nyre- eller leverfunksjon. Forsiktighet anbefales, f.eks. ved hyppigere monitoring. Kontraindisert ved alvorlig nedsatt lever- og nyrefunksjon. Barn og ungdom <18 år: Sikkerhet og effekt er ikke undersøkt. Ingen tilgjengelige data. Eldre (f65 år): Ingen dosejustering nødvendig. Administrering: Til oral bruk. Kan tas med eller uten mat. Svelges hele. Skal ikke deles eller knuses da nalmefen kan gi hudirritasjon ved direkte hudkontakt. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for noen av innholdsstoffene. Samtidig bruk av opioidanalgetika. Hos pasienter som er eller nylig har vært opioidavhengige. Ved akutte symptomer på opioidabstinens eller ved mistanke om nylig bruk av opioider. Ved alvorlig nedsatt lever- og nyrefunksjon («Child-Pugh»-klassifisering og eGFR <30 ml/minutt pr. 1,73 m²). Pasienter som nylig har opplevd akutt alkoholabstinens (inkl. hallusinasjoner, krampor og delirium tremens). **Forsiktighetsregler:** Bør ikke brukes av pasienter der umiddelbart avhold er påkrevet. Reduksjon av alkoholforbruket er et delmål på veien mot avholdenhet. Kliniske data er tilgjengelig for bruk i 6-12 måneder. Forsiktighet anbefales ved bruk >1 år. Administrering av opioider: I en akutsituasjon der opioider må administreres til en pasient som står på nalmefen, kan opioidmengden nødvendig for ønsket effekt være høyere enn vanlig. Pasienten bør følges nøye mht. symptomer på nedsatt respirasjon og for andre bivirkninger. Opioiddosen må alltid titreres individuelt. Nøye observasjon er nødvendig dersom høye doser anvendes. Nalmefen bør seponeres midlertidig 1 uke før forventet bruk av opioider, f.eks. opioidanalgetika ved planlagt kirurgi. Psykiske lidelser: Psykiske symptomer er rapportert. Ved psykiske symptomer som ikke kan sees i sammenheng med oppstart av nalmefenbehandling, og/eller som ikke er forbigående, bør alternative årsaker til symptomene og behovet for fortsatt behandling vurderes. Nalmefen er ikke undersøkt ved ustabil psykisk sykdom. Forsiktighet anbefales ved komorbid psykisk sykdom, som f.eks. alvorlig depresjon. Krampetilstander: Begrenset erfaring hos pasienter med sykehistorie med krampeanfoll, inkl. krampor pga. alkoholabstinens, og forsiktighet anbefales. Nedsatt nyre- og leverfunksjon: Se Dosering. Forsiktighet anbefales ved økt ALAT eller ASAT (>3 x ULN) pga. ekskludering i det kliniske utviklingsprogrammet. Forsiktighet anbefales ved samtidig bruk av potent UGT 2B7-hemmer. Eldre (f 65 år): Begrensede kliniske data, forsiktighet anbefales. Laktose: Pasienter med sjelden, arvelig galaktoseintoleranse, lapp-laktasemangel eller glukose-galaktosemalabsorpsjon bør ikke bruke legemidlet. **Interaksjoner:** Klinisk relevante interaksjoner forventes ikke ved samtidig administrering av legemidler metabolisert av de vanligste cytochrom P-450- og UGT-enzymene eller membrantransporterne. Samtidig administrering av potente UGT 2B7-hemmere (f.eks. diklofenak, flukonazol, medroksyprogesteronacetat, meklufenamin-syre) kan gi signifikant økning i nalmefeneksponering. Interaksjonen er sannsynligvis ikke problematisk ved sporadisk bruk, men ved langvarig, samtidig behandling med potent UGT 2B7-hemmer kan potensiell økning i nalmefeneksponering ikke utelukkes. Samtidig administrering av UGT-induktorer (f.eks. deksametason, fenobarbital, rifampicin, omeprazol) kan potensielt føre til subterapeutisk plasmakonsentrasjon av nalmefen. Samtidig bruk av opioidagonist (f.eks. visse typer hoste- og forkjølelesmidler, visse midler mot diaré, samt opioidanalgetika), kan føre til at pasienten ikke får effekt av opioidet. Ingen klinisk relevante farmakokinetiske interaksjoner mellom nalmefen og alkohol, men en liten forverring av kognitive og psykomotoriske funksjoner er sett. Effekten overskrider midlertidig ikke summen av effektene for nalmefen og alkohol når de tas hver for seg. Samtidig inntak av alkohol og nalmefen forhindrer ikke alkoholforgiftning. **Graviditet, amming og fertilitet:** Graviditet: Ingen eller begrensede data (<300 graviditeter). Dyrestudier har vist reproduksjonstoksitet. Anbefales ikke under graviditet. Amming: Nalmefen/metabolitter utskilles i melk hos dyr. Ukjent om nalmefen utskilles i morsmelk hos mennesker. Risiko for nyfødte/spedbarn kan ikke utelukkes. Tatt i betraktning fordelene av amming/ behandling må det tas en beslutning om ammingen eller behandlingen skal avsluttes. Fertilitet: I fertilitetsstudier med rotte er det ikke sett effekt på parametre som fertilitet, parring, drektighet eller spermier. **Bivirkninger:** De fleste bivirkningene er milde eller moderate, relatert til behandlingsstart, av kort varighet (fra få timer til få dager) og er ikke tilbakevendende ved gjentatt administrering. Siden bivirkningene er av kort varighet kan de skyldes alkoholpsykose, alkoholabstinensyndrom eller komorbid psykisk sykdom. Svært vanlige (≥1/10): Gastrointestinale: Kvalme, Nevrologiske: Svimmelhet, hodepine, Psykiske: Insomni. Vanlige (≥1/100 til <1/10): Gastrointestinale: Oppkast, munntørhet. Hjerte/kar: Takykardi, palpitasjoner. Hud: Hyperhidrose. Muskel-skjelettsystemet: Muskelspasmer. Nevrologiske: Somnolens, tremor, oppmerksomhetsforstyrrelse, parestesi, hypoestesi. Psykiske: Søvnforstyrrelser, forvirring, rastløshet, nedsatt libido (inkl. tap av libido). Stoffskifte/ernæring: Nedsatt appetitt. Undersøkelser: Redusert vekt. Øvrige: Utmattelse, asteni, uvelhet. Føle seg unormal. Svært sjeldne (<1/10 000), ukjent: Psykiske: Hallusinasjoner (inkl. hørselshallusinasjoner, taktil (børings-) hallusinasjoner, synshallusinasjoner og somatiske hallusinasjoner). Dissosiasjon. **Overdosering/Forgiftning:** Optill 90 mg/dag i 16 uker er undersøkt hos pasienter med spilleavhengighet. Hos pasienter med interstitiell cystitt fikk 20 pasienter 108 mg nalmefen/dag i >2 år. Inntak av 450 mg nalmefen i enkeltdose ga ikke endring i blodtrykk, hjertefrekvens, respirasjonsfrekvens eller kroppstemperatur. Behandling: Symptomatisk under observasjon. **Egenskaper:** Klassifisering: Opioidsystemmodulator med distinkt µ-, δ- og κ-reseptorprofil. Virkningsmekanisme: Selektiv opioidreseptorligand med antagonistisk aktivitet på µ- og δ-reseptorene, og partiell agonistaktivitet på κ-reseptoren. Alkoholinnntaket reduseres sannsynligvis ved å modulere kortikale og mesolimbiske funksjoner. Absorpsjon: Raskt. C_{max} 16,5 ng/ml etter ca. 1,5 timer, AUC 131 ng/ml/time. Absolutt oral biotilgjengelighet: 41%. T_{max} 1,5 timer. Administrering av fettrik mat øker total AUC med 30% og C_{max} med 50%. T_{max} forsinkes med 30 minutter. Endringen synes ikke å ha klinisk relevans. Proteinbinding: Ca. 30%. Fordeling: Beregnet distribusjonsvolum ca. 3200 liter. Reseptorbindingsgrad 94-100% innen 3 timer, tyder på at blod-hjerne-barrieren krysses lett. Halveringstid: Terminal halveringstid: 12,5 timer. Metabolisme: Omfattende, rask metabolisme til hovedmetabolitten nalmefen-3-O-glukuronid, primært via UGT 2B7-enzymet, med et mindre bidrag fra UGT 1A3- og UGT 1A8-enzymene. En liten andel omdannes til nalmefen-3-O-sulfat ved sulfatering og til nalmefen via CYP 3A4/5. Nalmefen omdannes videre til nalmefen-3-glukuronid og nalmefen-3-O-sulfat. Nalmefen-3-O-sulfat har samme effekt som nalmefen og er tilgjengelig i en konsentrasjon på <10%. Lite sannsynlig at metabolitten bidrar til farmakologisk effekt. Utskillelse: Renal utskillelse viktigste eliminasjonsvei. 54% utskilles i urinen som nalmefen-3-glukuronid, mens nalmefen og de andre metabolittene forekommer i urinen med <3% hver. Oral clearance er beregnet til 169 liter/time. Høy hepatisk ekstraksjonsgrad. **Pakninger og priser:** 7 stk. (blister) kr 311,60. 14 stk. (blister) kr 588,30. 28 stk. (blister) kr 1141,60.

Sist endret: 12.06.2013

Referanser:
1. Jurgen Rehm et al. Centre for Addiction and Mental Health 2012. 2. Anderson and Baumberg, Alcohol in Europe. A public Health Perspective, a report for the European Commission, 2006. 3. Kristenson et al. Alcohol Clin Exp Res 1983;7(2):203-9. 4. Preparatomtale Selincro (sist oppdatert: 25.02.2013).

NÅ ENDA BEDRE!
- fra første til siste dråpe -

En god start i livet begynner med en skje tran!

*"Gi daglig tilskudd av vitamin D fra
fire ukers alder gjerne i form av tran"*
- Norske helsemyndigheter

Til alle mammaer og pappaer

Det er ekstra viktig med riktig næring i de første leveårene, når kropp og hjerne skal vokse og utvikle seg. Möller's Tran er laget av norsk arktisk torsk og er tilpasset norske forhold av ernæringsspesialister for å gi de beste helseeffektene!

- ✓ Rik på den naturlige **OMEGA-3- FETTSYREN DHA**. DHA har dokumentert positivt virkning på normal hjernefunksjon og syn.
- ✓ **VITAMIN D** bidrar til et godt immunforsvar og et sterkt skjelett.
- ✓ **VITAMIN A** bidrar til å opprettholde normalt syn og immunforsvar.



NYHET!

Möller's Tran har blitt enda bedre!

Som en del av Möller's nye kvalitetsprogram har vi nå mer av de naturlige antioksidantene som beskytter de sunne omega-3-fettsyrene i tranen. Du får derfor et bedre produkt fra første til siste dråpe!

Anna Oppedal Tokheim,
Möller's ernæringsfysiolog

Trantips

- Begynn med noe dråper (2,5 ml) ved 4-6 ukers alder. Øk mengden gradvis til dagsdosen blir 5 ml innen barnet er 6 mnd.
- Gi tran før badetid, så unngår du søl og flekker på klærne.
- Spedbarn er vant til lunken mat, så det kan være lurt å holde skjeen under lunket vann for tranen helles i.
- Prøv EasyTran sprøyten, hvis det er vanskelig med skje. Les mer på easytran.no





Tema: Litteratur og sykepleie

- 22 Litterær pleie
- 24 Litteraturen tematiserer de ømmeste punktene i livet
- 24 Utvalgte bøker om sykdom og sykepleie
- 29 5 på gangen



22

Innhold

11 2013 **Sykepleien**

«Hvorfor har ikke flere Høyre-kommuner konkurranseutsatt mer?» Aksjonisten, Børn Arild Østby, side 8

Hva skjer

- 8 Aksjonisten
- 10 Hva skjer – smånytt
- 12 Hva vet du om turnus og helse?
- 13 Vi bare spør:
Kristin Bårdsen Aas
- 14 Alle får minst 100 000
- 16 – De må vite at studentene kommer

Der ute

- 30 Smånytt fra utlandet
- 32 «Søker hårete bamsemann»
- 36 Får være hos lillesøster
- 40 Øyeblikket
- 42 – Vi kan ikke henlegge en elev
- 46 Min jobb: Malin Sørvik Gustad

Fag og bøker

- 48 Simulering kan gi bedre praksis
- 51 Fagnotiser
- 52 Fysisk skade blir psykisk stress
- 54 Vet lite om helsefarene ved turnusarbeid
- 58 Fagnyttig
- 60 Forfatterintervju: Wasim Zahid
- 62 Bokanmeldelser
- 64 Tidlig hjemreise kan føre til dehydrering
- 68 Etikkk: Per Nortvedt
- 70 Quiz og kryssord

Mennesker og meninger

- 72 Eli Gunhild By om valget
- 73 Meninger fra leserne
- 73 Minneord
- 74 Kronikk: Ingeborg Senneset
- 76 Innspill: Tor Erlend Nordhuus
- 78 Tett på Sofie Michanek
- 82 Paragrafrytterne
- 83 Stillingsannonser
- 86 Kunngjøringer



Si din mening på sykepleien.no og Tidsskriftet Sykepleien på Facebook

Sykepleien

Organ for Norsk Sykepleierforbund
PB 456 Sentrum, 0104 Oslo
Tlf.: 02409

E-post: redaksjonen@sykepleien.no

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

Journalister: Bjørn Arild Østby, Ann-Kristin Bloch Helmers, Kari Anne Dolonen, Marit Fonn, Nina Hernæs, Eivor Hofstad.

Fagartikler: Torhild Apall Dybvik.
Sykepleien Forskning: Anners Lerdal.

Desk: Ellen Morland, Johan Alvik, Susanne Dietrichson.

Grafisk: Hilde Rebård Evensen, Sissel H. Vetter, Nina E. H. Hauge, Monica Hilsen.

Marked: Ingunn Roald, markedssjef (91 60 38 12).
Lise Dyrkoren, Maud P. Kaino, Silje Marie Torper.

Tlf. og e-postadresser på www.sykepleien.no/kontakt. Her finner du også Sykepleiens formålsparagraf.

ISSN 0806 – 7511

Repro og trykk:
Color Print A/S



Magnus får være hos Maya.

60 – Jeg vil vise hva som skjer bak dørene.

52 Forsket på reaksjoner etter skader.

36



AKSJONISTEN

Bjørn Arild Østby

Stilling: Fungerende ansvarlig redaktør i Sykepleien
E-post: bjorn.arild.ostby@sykepleien.no

Ingen lavere? Første gang, andre

Når organisasjonene til 210 000 pensjonister, 100 000 sykepleiere og 150 000 pleiere går ut og advarer mot konkurranseutsetting av eldreomsorgen bør politikerne lytte.

To uker før stortingsvalget gikk Pensjonistforbundet, Norsk Sykepleierforbund og Fagforbundet ut med en felles advarsel mot kommersialisering av omsorgssektoren. Brukere og ansattes organisasjoner er bekymret for virkningene av konkurranseutsetting. De tror ikke kvaliteten blir bedre ved at private interesser drifter eldreomsorgen.

«Det eneste vi oppnår med det er at ansatte tar regningen. Det er de som vil tape i lønn og pensjon», sier generalsekretær Harald Olimb Norman i Pensjonistforbundet til Dagsavisen.

Eldreomsorg er en svært arbeidsintensiv business. Rundt 70 prosent av utgiftene går til lønn og pensjoner til ansatte. Da sier det seg selv at det er de ansatte som må stå for effektiviseringen. Hvor ellers skal de private aktørene hente ut fortjeneste? På bleiebruken?

Sagt & ment

«Omsorgsteknologi er bra som et supplement, men løser fortsatt ikke kompetanse- og plassbehovet. Mennesker i sårbare situasjoner trenger først og fremst kompetente mennesker» sier tidligere leder i Rådet for sykepleieetikk Marie Aakre til Byavisa.

Pensjonistgeneralen er bekymret for hva jakten på fortjeneste vil bety for kvaliteten på tilbudene. Han viser til forskning fra NOVA. Forskningsinstituttet har studert erfaringer fra andre land som viser at kommersielle sykehjem systematisk har færre ansatte og en lavere andel sykepleiere enn ikke-kommersielle sykehjem. Det har konsekvenser for kvaliteten.

Skal vi ha gode tjenester for eldre, må vi ha nok ansatte, ansatte med fagkompetanse og ansatte som trives på jobben.

Den sannsynlige neste omsorgsministeren Bent Høie (H) har ingen tro på at det blir dårligere betingelser samlet sett i private bedrifter på dette markedet:

«Med tanke på den mangelen på arbeidskraft det er og kommer til å bli på denne kompetansen, så har jeg ingen tro på at private aktører har mulighet til å tilby dårligere arbeidsbetingelser enn det man har i offentlig sektor», sier Bent Høie til Bergensavisa.

Jeg tror Høie når han sier han «tror». Men er tro tilstrekkelig i denne sammenheng? Det er fristende å spørre den kommende statsråd for eldreomsorg: Hvorfor har ikke flere Høyre-kommuner konkurranseutsatt i større omfang dersom det er så mye penger å spare og så mange kvalitetsgevinster å hente? Ideen bak privatisering av helsevesenet er nemlig at



private, konkurranseutsatte selskaper vil kunne gi bedre pleie til bedre pris enn det offentlige, som ikke må konkurrere med noen.

Hilde Britt Mellbye i Norlandia Care Group as og Lars Haukaas i Spekter hilser økt konkurranse velkommen:

«Det er sjelden noen blir dårligere av å konkurrere med andre som gjør tilsvarende oppgaver. Vi må ikke glemme at konkurranse inspirerer og som regel trekker det beste ut av folk og bidrar til viktige innovasjoner», skriver de i et innlegg i Dagens Næringsliv tidligere denne måneden.

De to synes også det er like selvfølgelig at «eierne forventer avkastning på investert kapital» som at «ansatte skal ha lønn».



Jeg er ikke mot at investorer skal tjene penger. Men jeg frykter konsekvensene når dette blir et viktig mål innen omsorgstjenestene. Kvalitet koster. Kvalitet er å se den enkelte som et helt menneske med forskjellige behov. Behov som stadig endres. Da trengs det ansatte med fagkompetanse som ser behovene og som er en garanti for god omsorg.

Tjenestene som tilbys de eldre må ses som en sammenhengende kjede av tilbud. I den kommunale omsorgstjenesten kan det være snakk om legevakten, dagtilbud, åpen omsorg, hjemmetjenesten, aktivitetstilbud, fysioterapi og ergoterapi, korttidsavdeling og langtidsavdeling. Det er ikke bare å skille ut en enkelt tjeneste og sette den ut på anbud.

«Brukerne og ansatte trenger en forutsigbarhet konkurranseutsetting ikke gir.»

I tillegg inneholder omsorgstjenester ulike former for ikke-definerbare «oppgaver» av betydelig omsorgsverdi; en kort prat, en kaffekopp med den som bor alene, en klem – en praksis som hører hjemme i arbeidskulturen til omsorgsyrkene og ikke i arbeidsbeskrivelser.

Dersom slik «taust omsorgsarbeid» forsvinner fordi det ikke finnes i kontraktsdokumentet og kan faktureres for, risikerer vi dårligere tjenester selv om alle strengt tatt «gjør jobben

sin» ifølge inngåtte avtaler.

Helsetjenesten står midt i samhandlingsreformen. Den er allerede en utfordring. Eldreomsorgen trenger ikke flere politiske eksperimenter. Brukerne og ansatte trenger en forutsigbarhet konkurranseutsetting ikke gir. ■■■

Bjørn Arild Østby



Hvem skal først i køen?

Unilabs Norge plukket ut 26 tilfeldig valgte henvisninger der radiologisk undersøkelse hadde avdekket kreft, i tillegg så de på 26 tilfeldige henvisninger der radiologi viste normale funn.

Ti radiologer ble bedt om å plukke ut de henvisningene de mente burde prioriteres. De beste radiologene traff riktig for 16 av de 26 henvisningene hvor pasienten hadde kreft. Hvert krefttilfelle ble i gjennomsnitt plukket ut som en prioritert henvisning av 57 prosent av radiologene.

– Dette viser at det er en umulig oppgave for oss å overholde prioriteringsforskriften, som sier at de med alvorlig sykdom skal prioriteres, sier medisinsk sjef Tor Ole Kjellevand i Unilabs Norge til Dagens Medisin.

På spørsmål om hvorfor er det vanskelig å skille ut hvem som bør prioriteres, sier Kjellevand til Dagens Medisin at det dels skyldes at det er vanskelig å fange opp av primærlegen og til dels skyldes mangelfulle henvisninger.

Dagens Medisin



MELDER MER: Det er de mindre alvorlige hendelsene som øker.

Skal halvere pasientskader

Første halvår i år registrerte Haukeland universitetssykehus og Voss sykehus om totalt 1911 hendelser der pasienter ble skadet eller kunne blitt skadet. Tallene er de høyeste siden Helse Bergen begynte å registrere slike meldinger.

Ledelsen ved sykehuset mener dette er et uttrykk for at det er satt søkelys på sikkerhet, sier kvalitetssjef Stig Harthug.

– Det er ingen økning i alvorlige skader. Det er de mindre alvorlige hendelsene som øker, sier han.

Dødsfall og alvorlige hendelser skal varsles til Helse-tilsynet. I første halvår ble det varslet om fire slike saker fra Helse Bergen. En av sakene gjaldt en pasient ved lungeavdelingen på Haukeland som fikk en dødelig dose metadon og siden døde. To var psykiatriske pasienter som tok selvmord, og den fjerde saken gjaldt en pasient som døde og hvor feilmedisning var en del av årsaken.

Av de over 1900 mindre alvorlige hendelsene handler 438 om feil håndtering av legemidler. Det er rapportert om 178 fall og 132 tilfeller av feilbehandling. 353 hendelser er knyttet til fødselshjelp.

Ledelsen i Helse Vest har bestemt at sykehusene i løpet av de neste fem årene skal halvere tallet på pasientskader som kunne ha vært unngått.

Bergens Tidende

Hva skjer

Les mer om:

12 Hva vet du om turnus og helse? ›

14 Alle får 100 000 ›

16 – De må vite at studentene kommer ›

Tekst **Kari Anne Dolonen**
kari.anne.dolonen@sykepleien.no
Foto **Colourbox**

sykepleien.no

Sykepleieryheter hver dag på sykepleien.no



DØMT: Sykepleieren mistet autorisasjonen for to år og må betale 842 kroner til Kirkenes sykehus.

Varsler færre feil i ferier

Tall fra Helsetilsynet viser at de fra 1. juni 2010 til 31. august 2013 fikk inn 711 varsler om alvorlige uønskete hendelser.

Helsetilsynet ser imidlertid at det er en tendens at det meldes færre hendelser i juli og desember flere år på rad. Årsakene kan være mange.

– Aktiviteten på sykehusene kan være redusert, med færre elektive innleggelser i disse månedene. På den annen side viser tilsynserfaring at bruk av nye vikarer i ferieperioder er en velkjent risiko for uventete og alvorlige hendelser, skriver Helsetilsynet på egen nettside.

En annen mulig forklaring er at mange ledere og helsepersonell som er velkjent med rutiner for varslingsplikten har sommerferie i juli og juleferie i desember.

Helsetilsynet

Tyven, tyven

I løpet av første halvår i 2012 stjal en sykepleier smertestillende medikamenter fra Kirkenes sykehus. Da andre ansatte fattet mistanke, ble tyveriene anmeldt, og i august var saken oppe i Øst-Finnmark tingrett hvor hun ble funnet skyldig i å ha stjålet 71 ampuller med petidin og ketorax og to sterke smertestillende medikamenter som begge blir ansett som narkotika.

Sykepleieren erkjente straffskyld og forklarte at hun var avhengig av smertestillende, og stjal medisinen til eget bruk.

Retten bestemte at kvinnen mister sin autorisasjon til å jobbe som sykepleier i to år, og hun må betale en erstatning på 842 kroner til Kirkenes sykehus.

Finnmarken

Sykepleierveteraner ut av Stortinget

Med høstens stortingsvalg er det slutt på perioden som stortingsrepresentant for 3 sykepleiere. **Laila Dāvøy** har sittet på Stortinget for Kristelig Folkeparti siden 2005. Hun var minister i begge Bondevik-regjeringene. Hun var leder av Norsk Sykepleierforbund fra 1992–1996.

Ut går også Laila Reiertsen fra Os i Hordaland. Hun har representert Fremskrittspartiet som vara fra 2005 og fast representant fra 2009.

Høyres Sonja Sjøli har sittet på Stortinget fra 1997, og var i perioden for vararepresentant fra Akershus.

Dette er sykepleierne på Stortinget i perioden som kommer: Tone Trøen (H) fra Eidsvoll
Ingjerd Schou (H) fra Sarpsborg
Kristin Ørmen Johnsen (H) fra Drammen
Bente Stein Mathisen (H) fra Asker
Sonja Mandt (Ap) fra Larvik
Kari Henriksen (Ap) fra Vennessla
Olaug Bollestad (KrF) fra Gjesdal



Laila Dāvøy



Laila Reiertsen



Sonja Sjøli

Oversikten er laget av Dagens Medisin

Klag mer



UNDERRAPPORTERING: Antall klager er lavt i forhold til antall lovbrudd som avdekkes ved tilsyn.

Statens helsetilsyn finner feil ved sykehjem i over halvparten av tilsynene.

– Vi er ikke fornøyd med at fylkesmennene finner feil mellom 60 og 80 prosent i de tilfellene vi undersøker sykehjem. De avdekker mange, og til dels alvorlige problemer, sier Richard H. Knoff, avdelingsdirektør for avdeling for planlagt tilsyn i Statens helsetilsyn.

Han mener det mest bekymringsfulle er uklare ansvarsforhold omkring pasienter med demens og for dårlig informasjonsutveksling mellom pleiepersonell og lege.

Knoff er overbevist om at situasjonen ved sykehjemmene i Norge ikke gjenspeiles i hvor få klager de får.

– Antall klager som gjelder sykehjem er lavt, tatt i betraktning at vi påviser såpass mange lovbrudd ved tilsyn. Vi tror det er underrapportering av problemer og mener pasienter og pårørende bør klage mer, sier Knoff. TV2

«Stresser» ned med Paracet

Over en fjerdedel av 15- og 16-åringer i Norge bruker smertestillende medisiner daglig eller ukentlig, ifølge en studie ledet av Siv Skarstein som er stipendiat ved institutt for sykepleie ved Høgskolen i Oslo og Akershus.

Skarstein jobber med en avhandling om ungdom som er storforbrukere av reseptfrie smertestillende medisiner.

Gjennom en spørreundersøkelse blant 367 tiendeklassinger i Drammensregionen har hun blant annet kartlagt hva som kjennetegner storforbrukerne, skriver nettstedet forskning.no.

– Vi fant at én av ti ungdommer hadde et daglig forbruk av smertestillende, sier Skarstein til NRK.

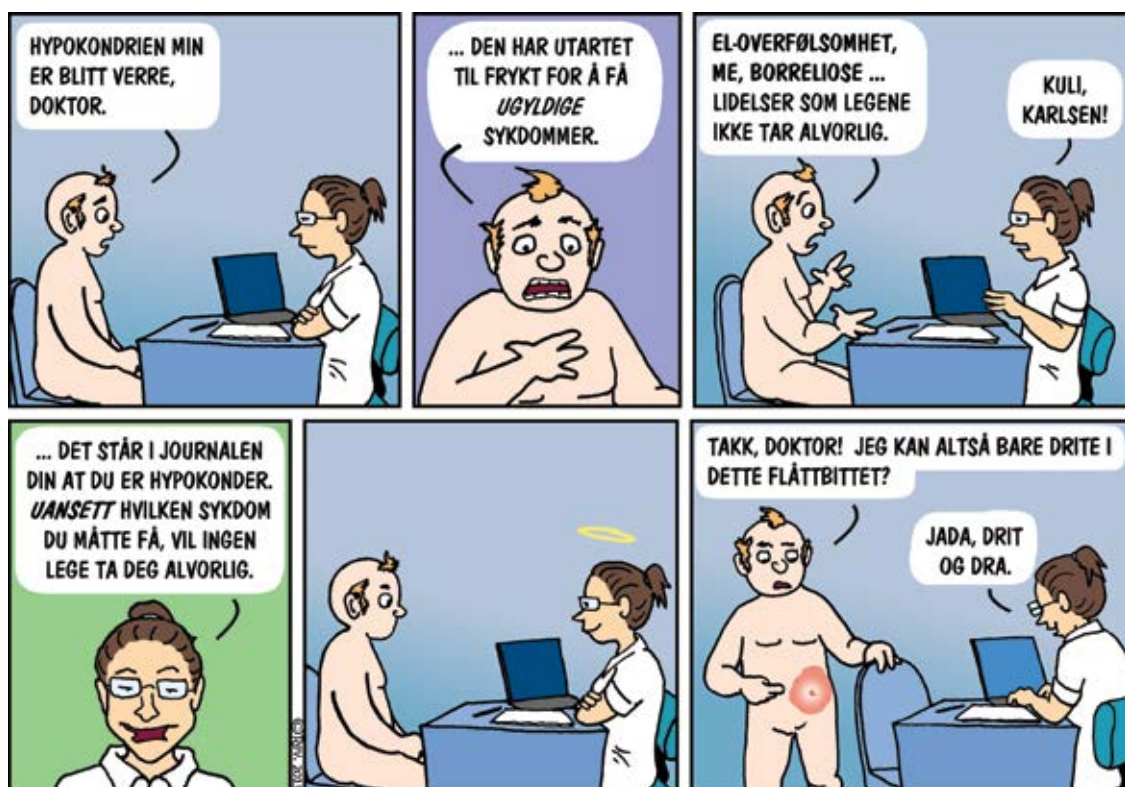
Hun sier at fase to av prosjektet innebærer en kartlegging av årsaker. Den vil være ferdig tidligst om ett år, men forskerne ser en tendens.

– Det som peker seg ut er et sammenfall av stress i tilværelsen. Stresset kan ha fysiske eller sosiale bakgrunnsårsaker.

Men det synes som om opphoping gjennom tid gjør at ungdom opplever smerteskader. Plagene er ikke knyttet til en bestemt skade eller sykdom, men mer generelle smerter over hele kroppen, sier Skarstein.

NRK

TERAPI av Bodil Rønhaug



Meninger fra www.sykepleien.no

Undersøkte studenters kunnskaper:

– Det var dette vi fryktet

” Helt utrolig at det går an å stryke på dette. Det er ingen som krever at sykepleiere skal være perfekte på noe vis, men det er snakk om å inneha elementære kunnskaper. Jeg synes det er skremmende at sykepleiere lar seg provosere såpass når de stilles krav til, at de skriver lange forsvarsinnlegg om at ingen er perfekte og at de ikke har drept noen enda.

Medisinstudent

” Jeg synes forskerne bør ta litt av ansvaret for det dårlige resultatet. Formuleringen er jo lagt opp slik at man kan spekulere i om ikke mange har svart på hva man skal gjøre med fruen som har høyt blodsukker. Jeg er sykepleier og vet selvfølgelig at man må lese alle ordinasjoner og sykehistorier nøye men for en helt nyutdannet sykepleier som nesten ikke har arbeidserfaring ble det nok et lurespørsmål.

Heidi Sandnes

Hva vet du om turnus og helse?

Sykepleiere vet overraskende lite om hvordan de kan forebygge helsefarer ved turnusarbeid.

Tekst Astrid Svalastog

Det viser undersøkelsen «Sykepleieres kunnskap om turnusarbeid» som er gjennomført blant 1554 sykepleiere – alle med erfaring fra nattarbeid.

– Det lave kunnskapsnivået er overraskende. I utgangspunktet kunne man anta at sykepleiere hadde hatt mer kunnskap om helsefare ved turnusarbeid og hvordan man kan forebygge dette. Ikke minst på bakgrunn av deres utdanning og deres arbeidsmiljø, sier Henriette Warpe.

Hun har gjennomført undersøkelsen som en del av sin master i organisasjon og ledelse ved Høgskolen i Sogn og Fjordane.

– Påvirker vår helse

Bare 8,5 prosent av de spurte svarte riktig på spørsmålet om hvordan døgnrytmen best kan forsinkes for å bedre tilpasningen til nattarbeid, og mindre enn hver fjerde visste at nattarbeid

kan føre til nedstemthet. Under halvparten visste når i turnusen nattevaktene bør legges.

– Dette er paradoksalt fordi denne kunnskapen påvirker både helse og arbeidsvilkår, sier Warpe, som selv er utdannet sykepleier.

Undersøkelsen viser at de fleste vet at nattarbeid er belastende og sliter på helsa, men få har kunnskap om hvordan man kan forebygge plagene.

Warpe har gjennom mange år fulgt forskning og debatt rundt turnusproblematikk.

– Jeg har stilt meg spørsmål om i hvilken grad sykepleierne selv har kunnskap om helsefare ved turnusarbeid og hvordan denne kan forebygges. Gjennom min undersøkelse har jeg også undersøkt hvilke arenaer sykepleierne opplever å ha fått informasjon om turnusarbeid, og hvordan sykepleierne opplever at deres ledere forholder seg til turnusarbeidsproblematikk, sier Warpe.

Kan forebygge

Hun understreker at det ikke handler om turnus eller ikke turnus, men at det er viktig å kjenne til risikoer og forebygging.

– Det er viktig at sykepleiere har tilstrekkelig kjennskap til helsefare de løper ved å arbeide turnus.

Warpe mener kunnskap om helsefare ved turnusarbeid og forebygging er så viktig at dette burde implementeres i grunnutdanningen til sykepleierne.

Funn i undersøkelsen bør være av interesse både for sykepleierne selv, utdanningsinstitusjoner, arbeidsgivere, ledere og fagforeninger, sier hun. ■■■

astrid.svalastog@sykepleien.no



Se også fagartikkel side 54



1. Hva er den ideelle høneblund på nattevakt for å bedre fungering på vakt og samtidig kunne sove godt etter vaktens slutt?

- A** Tidlig på vekten med varighet på cirka 90 minutter
- B** Sent på vekten med varighet på cirka 90 minutter
- C** Tidlig på vekten med varighet på under 30 minutter
- D** Sent på vekten med varighet på under 30 minutter

2. Hva kjennetegner søvn etter endt nattevakt (sammenliknet med nattesøvn)?

- A** Lengre innsøvningsstid enn vanlig
- B** Kortere søvn lengde
- C** Økning i REM-søvn
- D** Mer lett søvn

3. Hvilken tilstand har personer som arbeider turnus økt forekomst av sammenliknet med dagarbeidere?

- A** Allergier
- B** Senebetennelser
- C** Magesår
- D** Isjias

4. Hvordan kan døgnrytmen best forsinkes for å bedre tilpasningen til nattarbeid?

- A** Ved å ta en melatonintablett idet nattevakten starter
- B** Ved å være mye ute i dagslys om morgenen
- C** Ved å ta lysterapi i starten av nattevakten
- D** Ved å sove om ettermiddagen før nattevakten

5. Hvordan anbefales en nattarbeider å spise?

- A** Mest mulig på nattskiftet
- B** Et stort måltid like før nattevakten starter
- C** Så lite som mulig om natten (mellom 2400 og 0600), men det anbefales å spise frokost før man sover etter nattevakten
- D** Flere små måltider gjennom hele nattevakten



Svar: 1.C, 2.B, 3.C, 4.C, 5.C

Kristin Bårdsen Aas

Aktuell som: Sykepleier og hiv-koordinator ved infeksjonspoliklinikken på Sørlandet sykehus, Kristiansand
Alder: 39 år

BAKGRUNN:

I 2012 ble det dannet et brukerråd av sju hiv-positive for å utvikle poliklinikken på Sørlandet sykehus. Rådet ønsket seg en hiv-koordinator. I februar begynte Kristin Bårdsen Aas som landets første hiv-koordinator. Hun deler rollen med Solveig Helen Ronge.

Hjelper hiv-positive

Hvorfor er du blitt hiv-koordinator?

– Jeg har jobbet på poliklinikken i over fire år – først med hepatitt C-behandling, deretter er jeg blitt mer og mer involvert i hiv-arbeidet på sykehuset.

Hva gjør du?

– Vi tilbyr alle pasientene individuell plan og livskvalitetsmåling. Før fikk de fire kontroller i året. Nå er det de som forteller hva de vil ha hjelp til.

Hvorfor er dere først ute i Agder?

– Fordi vi har en lege – Ole Rysstad – som brenner for å involvere disse pasientene i egen behandling. Vi ønsker dem på banen. De er ressurssterke.

Dere er opptatt av brukermedvirkning?

– Veldig. Pasientene kjenner best seg selv. Når vi hjelper dem med det de trenger hjelp til, får de bedre behandling og økt mestringsfølelse.

Hvordan står det til med hiv-positive i Agder?

– Det ser ut til at de fleste er bra medisineret. Mange har ikke påvisbart virus i blodet.

Hvem er de?

– Rundt 120 personer. Av ulik nasjonalitet, begge kjønn, ulik seksuell legning.

Og fra alle sosiale lag?

– Selvfølgelig. Og ulik alder.

Er det blitt lettere å leve med hiv?

– Hovedproblemet er stigmatisering. Mange har ingen eller få rundt seg som vet at de er hiv-positive. Vi har satt i gang mestringskurs der vi informerer om alt fra hiv-virus og seksualitet til lovverk. Ikke minst er den sosiale kontakten viktig.

Hva ønsker brukerne?

– Brukerrådet er opptatt av livskvalitet, mestrings- og medbestemmelse, og vil gjøre det mulig å treffe likesinnede. Når flere står sammen, takler de utfordringene bedre. Det er godt å ha noen å identifisere seg med.

Hva kan sykepleiere generelt om hiv?

– Det er lite i utdanningen. De kan altfor lite om hvordan viruset smitter. Vi ser dessverre eksempler på det i sykehusene. Hiv-positive blir isolert og stigmatisert.

Selv av helsepersonell?

– Ja.

Har du forventninger til en ny regjering?

– Håper det kan bli en nasjonal ordning med hiv-koordinator på alle sykehus.

Hva er vanskeligst?

– Å ha nok tid til alle oppgavene vi ønsker å gjøre. Vi tilbyr basisgruppemøter med blant annet lege og

sosionom. Jeg bruker mye tid på å ringe rundt og få til møtetidspunkt. Det er en kjempeviktig jobb, men jeg ønsker mer tid med hver enkelt pasient, vil ikke bare administrere.

Hva gjør du når du ikke er koordinator?

– Jobber på sengeposten i infeksjonsavdelingen.

Med hiv-pasienter?

– Der er masse andre pasientgrupper også. Filosofien på sykehuset er at de som jobber på poliklinikk også skal ha kontakt med sengeposten.

Ellers?

– Vi er så heldige at noen av brukerne vil jobbe for oss som likemenn. Vi planlegger også et lavterskeltilbud for testing av seksuelt overførbare sykdommer.

Mer?

– Brukerrådet er uvurderlig. Brukerne hjelper oss, evaluerer oss, tipser og inspirerer. Uten hjelp fra Kim Fangen og pasientorganisasjonen Nye Pluss hadde vi ikke kommet så langt som vi har.

Enda mer på hjertet?

– Mange snakker bare med oss som er helsepersonell om at de er hiv-positive.

Er mange enslige?

– Siden mange skjuler sykdommen, er det utfordrende for de enslige å finne seg en partner. Det er masse som må gjøres framover for å fremme hiv-positives mestringsfølelse og livskvalitet. ■■■



Tekst **Marit Fonn**
Foto **Sol Nodeland**
marit.fonn@sykepleien.no

Alle får minst 100 000

Regjeringen foreslår minst 100 000 helsesøsterkroner til hver kommune.

Tekst **Marit Fonn**

Allerede i vår sa helseminister Jonas Gahr Støre at den rødgrønne regjeringen vil foreslå 180 millioner kroner til helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Nå er fordelingen av disse kronene kjent. Dette forslaget vil den avtroppende regjeringen legge fram i statsbudsjettet for 2014. Det skjer 14. oktober.

Pengene er fordelt etter antall barn og unge i alderen 0 til 19 år i de enkelte kommuner, men slik at hver kommune får minst 100 000 kroner. I forslaget heter det at «selv de aller minste kommunene får midler som tilsvarer minst én dag ekstra med helsesøster på skolen, eller utvidet åpningstid på helsestasjonen». Ifølge forslaget kan det bety 300 nye årsverk.

– Må forebygge

Det er Torgeir Knag Fylkesnes som opplyser Sykepleien om disse tallene. Han er nettopp valgt inn som stortingsrepresentant for SV i Troms. Tidligere har han vært kommunikasjonsrådgiver i Norsk Sykepleierforbund.

– SV har funnet ut at det brukes tusen ganger mer på behandling enn forebygging i helsevesenet. Alle vet at skal man snu den negative

«Helsesøstre er gullet!» Torgeir Knag Fylkesnes (SV)

utviklingen i helsevesenet, må man satse tungt på forebygging. Der er jo helsesøstre gullet.

Fylkesnes ser de 180 millionene som et ledd i en opptapping på 1 500 nye årsverk i løpet av neste stortingsperiode.

– Dette er i tråd med det Helsedirektoratet mener – at så mange årsverk må til for å oppfylle deres egen veileder som styrer helsesøster-tjenesten.



Fanger opp problemer

– Helsøstre oppsøker barn og unge og kan fange opp problemer som kan komme til å vokse seg større. Det kan dreie seg om overvekt, psykiske vansker og barn som har foreldre som sliter med å være gode foreldre, sier Fylkesnes.

Han opplever at det i starten var tungt å argumentere i det rødgrønne miljøet for en slik satsing. – Men nå er dette blitt lett å argumentere for.

Fylkesnes tror ikke et nytt storting vil gå imot helsesøstersatsingen.

– Prioritér stillinger!

– Bruk mest mulig til å øke antallet helsesøsterstillinger, sier Astrid Grydeland Ersvik, leder i Norsk Sykepleierforbunds landsgruppe

FAKSIMILE FRA SYKEPLEIEN.NO: – Mye tyder på at vi trenger flere helsesøstre, sa helseminister Jonas Gahr Støre til Sykepleien i februar. I april lovet han 180 millioner til skolehelsetjenesten og helsestasjonene.

som vil inn i tjenesten. Signalene fra barn og unge er at de vil ha flere helsesøstre.

– Jeg forventer at politikerne følger opp med nye bevilgninger. Jeg håper også at det blir satt av midler til et nasjonalt kompetansesenter for helsestasjons- og skolehelsetjenesten, sier hun. ■■■

marit.fonn@sykepleien.no

Minst 100 000

Alle landets 428 kommuner skal få ekstra penger til å drive helsestasjoner og skolehelsetjeneste, ifølge forslaget til statsbudsjett.

- ▶ Beløpene fordeles etter antall barn og unge.
- ▶ Alle får minst 100 000 kroner. Dette gjelder 154 kommuner, for eksempel Hurdal, Lesja og Nissedal.
- ▶ Utsira kommune med bare 48 unge innbyggere får mest uttelling: 2 000 kroner per barn.
- ▶ De fleste kommuner får 138 kroner per barn.
- ▶ De store byene får størst summe: Nesten 19 millioner til Oslo. Nesten 9 mill til Bergen.
- ▶ Byen Tromsø får cirka 2,5 millioner, mens den folketette kommunen Bærum får over 4 millioner.



Du finner masse spennende klinikktoy på
www.healthworkers.com

Health+Workers
www.HealthWorkers.com

Minuta søsterur



10 07 19 09 08
01 13 06 04 28

Standard leveres med
hvit gummilenke. Fargede
lenker bestilles separat.

Art 253
kr 199,-

Art 255
kr 39,-

Standard skilt

1. Velg artikkel



Art 324
kr 379,-

Art 326
kr 159,-

Art 322
kr 129,-

Art 323
kr 129,-

Kompresjons- strømper

Art 341

Str
34-36,
37-39,
40-42
kr 199,-



Sko



Art 294 Sort/Kaki
Str 35-47 kr 549,-



Art 359 Sort/Hvit
Str 35-45 kr 399,-



Art 360 Sort/Hvit
Str 35-45 kr 499,-



Art 335 Sort/Hvit
Str 35-45 kr 399,-



Art 19417
Str 35-48 kr 649,-



Art 22205
Str 36-46 kr 499,-

Skilt/klokker



Art 318/20
kr 159,-



Art 319/21
kr 399,-



Art 336-339 + 329
kr 449,-



Art 330
kr 299,-

Klinikktoy



Art 70221 XS-5XL
kr 249,-



Art 83221 XS-5XL
kr 249,-



Art 8219 XS-5XL
kr 369,-



Art 8327 XS-5XL
kr 369,-

Annet

Søsterur



Art 100
kr 199,-

Saks



Art 103
kr 79,-

Klinikktoyet er tilgjengelig i over
20 forskjellige farger!

– De må vite at studentene kommer

– Sykepleierstudenter etterspør medmenneskelighet og vanlig folkeskikk. De vil at praksisstedet vet at de kommer og tar imot dem på en hyggelig måte. Tekst Kari Anne Dolonen og Ann-Kristin Bloch Helmers Foto Kari Anne Dolonen

Det sier Eli Nilsen. Hun har vært NSF Students fylkesrepresentant for sykepleierstudentene i Buskerud, nå er hun fersk sykepleier.

I Sykepleiens spørreundersøkelse svarte nesten 40 prosent av sykepleierstudentene som responderte at kvaliteten på praksisstedene ikke er god nok.

Som fylkesrepresentant erfarte Nilsen at mange sykepleierstudenter klaget over praksis.

– Jeg fikk høre mange utsagn som: «Ingen visste at jeg kom» og: «Ingen følger meg opp, jeg går bare her og steller». En student fortalte at om følgende opplevelse: «Da det var lunsj sa sykepleierne som jobbet der at nå kunne vi sykepleierstudenter spise lunsj et annet sted for nå ville de være i fred.»

– Det er ingen god måte å møte studenter på. Jeg bestemte meg for å finne ut hva studentene mente at kjennetegnet en god praksisplass, forteller Nilsen.

– Må vite at vi kommer

På en fagdag i april sendte Eli Nilsen derfor rundt penn og papir til de 50–60 sykepleierstudentene fra Buskerud som var møtt opp.

Beskjeden var å skrive ned hva de mente var en god praksisplass.

– Mange sa sin mening, og jeg har gått igjennom alle svarene jeg har fått. Det er kanskje tre ting som peker seg ut som fellesnevner for en god praksisplass, sier hun:

› 84 prosent svarte at kontaktsykepleieren må være bevisst på sitt ansvar, være engasjert og ha et ønske om å være kontaktsykepleier.

› 81 prosent svarte at praksisstedet må vite at studentene kommer, må vite hvilket år studenten går, og at de bør kjenne til innholdet i læreplanen.

› 73 prosent svarte at studentene må tas godt i mot og føle seg inkludert. Et godt arbeidsmiljø blir vektlagt.

Grunnleggende

– Er du overrasket?

– Nei. Kanskje litt over at det er så grunnleggende ting de peker på. Det handler ikke om kvaliteten på utstyret eller utdatert kunnskap. De etterspør medmenneskelighet og vanlig folkeskikk. De vil at praksisstedet vet at de kommer, vet hvilket år de går og generelt tar imot dem på en hyggelig

måte. I tillegg er det mange som reagerer på at de blir brukt som gratis arbeidskraft. «Vi trenger ikke leie inn vikar, vi har jo studenten». Det tror jeg mange studenter har opplevd. Studenter er ikke gratis arbeidskraft. Når de brukes som det, undergraves hele studentrollen, sier hun.

– Å, der er dere

– Har du selv opplevd at et praksissted ikke vet at du kommer?

– Ikke helt, men nesten. Jeg har opplevd å komme ut i praksis hvor vi studenter ble møtt av en sykepleier som sa: «Å, her er dere. Jeg hørte rykter om at det skulle komme studenter, var ikke helt sikker på om det var i dag. Hvilket år går dere?»

– Å bli møtt på den måten vitner om at de ikke er forberedt på hva vi har behov for å lære, og heller ikke har oversikt over hvilke mål vi har for praksisperioden, sier hun.

Kommunikasjon

Ved Høgskolen i Buskerud setter studentene opp mål for praksisperioden som er i tråd med studieplanen. Hvordan dette gjøres, kan variere fra skole til skole.

Dette sier studentene om praksis:

Tidsskriftet Sykepleien har gjennomført en spørreundersøkelse hvor over 2000 studenter og 146 lektorer svarte. Her er noen utvalgte sitater fra studentene om praksis:

”

Jeg var uheldig med praksisplassen første semester i geriatrien. Var et sykehjem som hadde ansatte som hadde «grodd fast», og som ingen turte å si i mot. Reagerte på hvordan de snakket til og behandlet de eldre der, og det var dårlig kjemi mellom personalet.

”

Praksisstedene er for vant til å ha studenter (hele tiden og mange av gangen). En blir «bare enda en student» og sjeldent tiltaler arbeiderne deg med navn. Dette er viktig for å trives og for videre å kunne prestere bra.



«Det er viktig at kontaktsykepleier får de ressursene som trengs.» Eli Nilsen

– Jeg tenker at skole og praksissted har et fellesansvar for at kommunikasjonen fungerer. Det er viktig at skolene informerer praksisstedet om at vi kommer, og sender over læreplan med mål for praksis slik at praksisstedet kan sette seg inn i hva det er studentene er der for å lære. Det er stor forskjell på målene i praksis første studieår og tredje studieår, sier hun.

– Hvordan kan man gjøre praksis bedre?

– Jeg tror det er viktig at kontaktsykepleier får de ressursene som trengs for å følge opp studenter i praksis. Det blir sjelden bra dersom kontaktsykepleier skal veilede studenter på toppen av alle oppgaver som skal gjøres i en presset hverdag. Det er så viktig at studenten og kontaktsykepleier får en god relasjon, og at det vies tid nok til god veiledning, sier Nilsen. ■■■

kari.anne.dolonen@sykepleien.no



Les mer om utdanning ved å scanne denne qr-koden:



SJEKKET: Eli Nilsen spurte medstudentene sine om hva de mente var en god praksisplass.

” Min erfaring er at det ikke er planlagt på praksisstedet på forhånd før vi kommer, det har hendt at de ikke er kjent med at vi kommer. Det er ofte travelt, og da blir vi overlatt til oss selv. Når vi er i praksis

så er det for å lære mest mulig om alt. Opplever at det ofte er vi som må være på «hugget» for å få være med på det som skjer. Som student så går vi inn for å gjøre en så bra jobb som mulig og lære, da er det trist å ikke bli tatt på alvor med svar

som, «det er ingenting å bry seg med», slikt har vi ikke tid til. Han/hun bare er sånn ... den som tar oppgaven med å veilede studenter må ta oppgaven på alvor og være opptatt av å gi studenten mest mulig utbytte i praksistiden.

Nokut:

– Skolenes ansvar

– Det er alvorlig dersom det stemmer at lektorene er usikre på om sykepleierstudentene kan gjøre en forsvarlig jobb når de er ferdige, sier direktør i Nokut, Terje Mørland.

Tekst Kari Anne Dolonen og Ann-Kristin Bloch Helmers

Tidsskriftet Sykepleien gjennomførte i sommer en spørreundersøkelse blant landets sykepleierstudenter og høyskolelektorer ved sykepleierutdanningene. Svarene viser blant annet at lektorene er usikre på om studentene kan det de skal for å gjøre en forsvarlig jobb etter endt utdanning. Studenter er misfornøyd med praksisplassene.

– Det er alvorlig dersom dette stemmer. Ingen bør komme gjennom sykepleierutdanningen uten å være skikket som sykepleier, sier direktør i Nokut, Terje Mørland.

146 lektorer og over 2000 studenter svarte på spørreundersøkelsen.

– Nesten 40 prosent av studentene og over halvparten av lektorene svarer i undersøkelsen at de mener at kvaliteten på praksisstedene ikke er god nok. Hva tenker Nokut om dette?

– Dette er helt klart et ansvar for institusjonen. Dersom det er tegn som tyder på at praksis ikke er godt nok, må institusjonene sette i gang tiltak for å forbedre denne, sier Mørland.

Besøkte ikke praksissteder

Om kvaliteten i sykepleierutdanningen er god nok har lenge vært et tema. Blant annet gjennomførte Nokut en revisjon av samtlige sykepleierutdanninger i perioden 2004 til 2007.

I en redegjørelse til Kunnskapsdepartementet fra 2009 kommer det frem at Nokut ikke besøkte noen praksissteder under revisjonen – selv om praksis er 50 prosent av utdanningsløpet for sykepleierne.

– Hvorfor besøkte ikke Nokut noen praksissteder da dere skulle kontrollere kvaliteten på utdanningen?

– Dette var den første revideringen som ble gjennomført. Vurderingene den gang ble gjort ut fra den tiden og den erfaringen både Nokut og høyskolene hadde på det tidspunktet, sier avdelingsdirektør i Nokut, Tove Blytt Holmen.

– Alle argumentene er heller ikke gjenfinn-

bare i Nokuts dokumenter, sier Blytt Holmen.

– Hovedgrunnen var imidlertid at vi mente kvalitet i praksisstudiene ble dekket gjennom spørsmål i kandidatundersøkelsen og gjennom intervjuer med studenter, lærere og veiledere på lærestedene.

– Jeg understreker at tilsyn med eksisterende virksomhet nå har fått en annen form. Revidering gjennomføres etter innledende risikovurdering, mer målrettet enn det ble gjort for sykepleie, sier Blytt Holmen.

Usikker på kvaliteten

– Er Nokut sikker på at kvaliteten på praksisdelen av sykepleierutdanningene er bra nok?

– Nei, Nokut kan ikke si noe om hvordan kvalitetssikring av praksisstudiene er i dag. Høyskolene er godt kjent med de nasjonale kravene til studier og at disse også omfatter kvalitet i praksis, i sykepleierutdanningene så vel som i all annen høyere utdanning. Det er høyskolenes plikt å kvalitetssikre studiene i henhold til disse betingelsene. Nokut vurderer institusjonenes generelle kvalitetsarbeid hvert 6. år, sier Blytt Holmen.

– Er det behov for en nasjonal godkjenningsordning for praksissteder som skal ta imot sykepleierstudenter?

– Det er ikke opp til Nokut å ha noen mening om, sier hun.

Nokut har per i dag ingen pågående prosjekter som berører kvaliteten i sykepleierutdanningen.

SAK positiv til mer testing

Statens autorisasjonskontor for helsepersonell



FAKSIMILE: Fra Sykepleien nr. 10.

(SAK) gir nyutdannede sykepleiere autorisasjon.

– Vi tar vårt ansvar for å sikre det norske helsevesen korrekt og kvalifisert autorisert helsepersonell på det største alvor og pasientsikkerhet er det førende for oss i alle våre vurderinger, avdelingsleder i SAK, Kjell Magne Mørk.

Han understreker at SAK innvilger autorisasjon til de som har gjennomført og bestått norsk utdanning og er egnet. SAK bidrar også med innspill og samarbeid med Helse- og omsorgsdepartementet og Kunnskapsdepartementet.

– Vi antar at også arbeidsgivere og helsepersonellet selv tar sitt ansvar med hensyn til pasientsikkerhet og forsvarlighet på største alvor, sier avdelingsleder Kjell Magne Mørk.

SAK er åpne for en nasjonal test av avgangstudenter i sykepleie:

– Vi ser foreløpig ingen årsak til hvorfor ikke høyere helsefaglig utdanning kan måles på den måten for å teste kunnskap og ferdigheter. SAK anser at dette kan være med på å sikre pasientsikkerheten ytterligere, sier Mørk. ■■■

kari.anne.dolonen@sykepleien.no

Det **er** forskjell på sondeløsninger...

Nye Nutrison med **dokumentert** raskere ventrikkeltømming^{1,2,3} for **bedre toleranse**



En **patentert** proteinblanding fra **Nutricia**:

- Animalske og vegetabiliske proteinkilder*
- En forbedret aminosyreprofil⁴
- Påvist å gi raskere ventrikkeltømming

Nye Nutrison med  sammensetning for **bedre toleranse!**



* 35% myse, 25% kasein, 20% soya og 20% erter

Referanser: 1. Abrahamse E et al. Gastric non-coagulation of enteral tube feed yields faster gastric emptying of protein in a dynamic in vitro model. PP239, Clin Nutr 2012; 7, Suppl 1; 119. 2. Nutricia Advanced Medical Nutrition. Data on file 2012. 3. van den Braak C et al. A novel protein mixture containing vegetable proteins renders enteral tube feeds non-coagulating after in vitro gastric digestion. Clin Nutr 212, <http://dx.doi.org/10.1016/j.clnu.2012.11.016>. 4. FAO/WHO/UNU Expert Consultation on Protein and Amino Acid Requirements in Human Nutrition (2002: Geneva, Switzerland). Protein and amino acid requirements in human nutrition: report of a joint FAO/WHO/UNU expert consultation. 2007; WHO technical report series; no 935.

HVA ER DET KREFT- PASIENTEN IKKE VIL FORTELLE DEG?

Opptil 9 av 10 pasienter med kreftsmarter rammes av episoder med svært smertefulle og invalidiserende gjennombruddssmerter.¹ Men studier viser at mange kreftpasienter vegrer seg for å snakke med legen sin om smerte, fordi de er redd for konsekvensene.^{2,3}

Instanyl er skreddersydd for gjennombruddssmerter og gir effektiv smertelindring innen 10 minutter, når smertene er på sitt verste.⁴

Det er mange fordeler ved å være sykepleier

Instanyl "Takeda Nycomed"
Opioidanalgetikum.

ATC-nr.: N02A B03

NESESPRAY, oppløsning 50 µg/dose, 100 µg/dose og 200 µg/dose: Hver dose inneh.: Fentanylstrat tilsv. fentanyl 50 µg, resp. 100 µg og 200 µg, natrium-dihydrogenfosfatdihydrat, dinatriumtosylatdihydrat, renset vann. **Indikasjoner:** Behandling av gjennombruddssmerter hos voksne som allerede får vedlikeholdsbehandling med opioider for kroniske cancersmerter. Gjennombruddssmerter er en kortvarig forverring av smerte som oppstår hvor en ellers vedvarende smerte er kontrollert. Pasienter som får vedlikeholdsbehandling med opioider defineres som de som får enten minst 60 mg morfin oralt daglig, minst 25 mikrogram/time fentanyl transdermalt, minst 30 mg oksykodon daglig, minst 8 mg hydromorfon oralt daglig eller ekvivalent dose av andre opioider i én uke eller lenger. **Dose-riking:** Behandling skal initieres og gjennomføres under oppsyn av lege med erfaring i opioidbehandling av kreftpasienter. Dosen skal titreres og pasienten følges nøye under titreringsprosessen. Dosejustering: For titrering bør den bakenforliggende vedvarende smerten være kontrollert med opioidbehandling, og gjennombruddssmerteepisodene ikke overskride 4 pr. dag. Startdose: 50 µg i ett nesebor, titreres oppover om nødvendig. Ved utilstrekkelig smertelindring, kan tilsvarende dose gis i det andre neseboret, tidligst etter 10 minutter. Hver titrering (dosesstyrke) bør vurderes ved flere episoder. Vedlikeholdsdose: Når dosen er fastslått, skal pasienten fortsette med denne dosen. Dersom smertelindringen er utilstrekkelig kan en ny dose med samme styrke tas tidligst etter 10 minutter. Maks. daglig dose: Høyst 2 doser med 10 minutters mellomrom ved inntil 4 episoder. Det bør være minst 4 timer mellom behandling av en ny episode, både under dosejustering og vedlikeholdsbehandling. Dosejustering: Ved flere etterfølgende episoder med gjennombruddssmerter, som krever >1 dose, bør vedlikeholdsdosen økes. Dosejustering av den bakenforliggende opioidbehandling kan være nødvendig dersom pasienten stadig har >4 episoder pr. døg. Dersom bivirkningene ikke er tolererbare eller er vedvarende, skal styrken reduseres eller behandling erstattes med andre analgetika. Seponering: Dersom pasienten ikke lenger opplever episoder med gjennombruddssmerter, bør behandlingen seponeres umiddelbart. Bakenforliggende smertebehandling beholdes som forskrevet. Seponering av all opioidbehandling skal alltid skje gradvis for å unngå abstinensproblemer. Barn og ungdom <18 år: Sikkerhet og effekt ikke fastslått pga. utilstrekkelige data. Eldre: Forsiktighet utvises da eldre ofte trenger titrering til en lavere effektiv dose enn pasienter <65 år. Spesielle pasientgrupper: Gis med forsiktighet til pasienter med moderat til alvorlig nedsatt lever- og nyrefunksjon. Administrering: Nasal bruk. Det anbefales at pasientens hode holdes rett opp ved administrering. **Kontraindikasjoner:** Kjent overfølsomhet for noen av innholdstoffene. Bruk hos opioidnåve pasienter. Alvorlig respirasjonsdepresjon eller alvorlige obstruktive lungesykdommer. Tidligere radioterapi i ansiktet. Tilbakevendende episoder med neseblodning. **Forsiktighetsregler:** Respirasjonsdepresjon kan forekomme. Pasienten må observeres for slike effekter. Ved kronisk opioidbehandling utvikles toleranse og risikoen for respirasjonsdepresjon er derfor redusert. Ved kronisk obstruktiv lungesykdom kan fentanyl redusere respirasjonskraften og øke luftveismotstanden. Skal gis med forsiktighet ved moderat til alvorlig nedsatt lever- eller nyrefunksjon. Skal brukes med forsiktighet ved tegn på økt intrakranielt trykk, nedsatt bevissthet, koma, cerebrale tumor eller hodeskade. Kan forårsake bradykardi og skal derfor gis med forsiktighet til pasienter med bradykardi. Opioider kan forårsake hypotoni, særlig hos pasienter med hypovolemie og skal derfor brukes med forsiktighet. Dersom tilbakevendende episoder med neseblodning eller ubehag i nesens forekommer, skal alternativ behandlingsform overveies. Toleranse og avhengighet kan utvikles ved gjentatt bruk. Iatrogen avhengighet ved terapeutisk bruk er imidlertid sjelden ved behandling av kreftsmerte. Seponeringssymptomer kan behandles ved å gi legemidler med opioid antagonistaktivitet eller analgetika som er blandet agonist/antagonist. Ved oppstart med Instanyl, skal det vurderes alternative administreringsformer for andre intranasale legemidler som gis samtidig. **Interaksjoner:** Anbefales ikke til pasienter som har fått MAO-hemmere de siste 14 dagene fordi alvorlig og uforutsigbar potensiering av MAO-hemmere er rapportert. Metaboliseres hovedsakelig via CYP 3A4. Samtidig bruk av kraftige CYP 3A4-hemmere (f.eks. ritonavir, ketokonazol, itraconazol, troleandomycin, klaritromycin og neflavinir) eller moderate CYP 3A4-hemmere (f.eks. amprenavir, aprepitant, diltiazem, erytromycin, flukonazol, fosamprenavir og verapamil), kan potensielt forårsake fatal respirasjonsdepresjon. Pasienter som samtidig får moderate eller kraftige CYP 3A4-hemmere, skal følges nøye i en lengre tidsperiode. Doseøkning skal gjøres med forsiktighet. Samtidig bruk av oksymetazolin intranasalt reduserer maks. plasmakonsentrasjon av fentanyl med ca. 50%, mens tid til Cmax (Tmax) er doblet. Samtidig bruk av slimhinneavsvellende midler bør unngås. Samtidig bruk av andre CNS-depressiver, inkl. andre opioider, sedativa eller hypnotika, generelle anestetika, fentiaziner, beroligende midler, muskelrelaksantia, sederende antihistaminer og alkohol, kan gi additiv depresjonseffekt. Samtidig bruk av partielle opioidagonister/-antagonister (f.eks. buprenorfin, nalbufin, pentazocin) anbefales ikke. Vis DRUID-interaksjoner for N02A B03. Gå til DRUID-analyse. **Graviditet/Amning:** Overgang i placenta. Utilstrekkelige data ved bruk hos gravide. Skal ikke brukes under graviditet, hvis ikke strengt nødvendig. Overgang i morsmelk: Utskilles i morsmelk og kan forårsake sedasjon og respirasjonsdepresjon hos det diende barnet. Fentanyl skal bare brukes av ammende dersom nytten oppveier den potensielle risikoen både for mor og barn. **Bivirkninger:** Typiske opioide bivirkninger kan forventes. De alvorligste bivirkningene er respirasjonsdepresjon (som kan føre til apné eller respirasjonsstans), sirkulasjonsdepresjon, hypotensjon og sjokk. Vanlige (≥1/100 til <1/10): Gastrointestinale: Kvalme, brekninger. Hjerne/kar: Rodme, hetetokter. Hud: Hyperhidrose. Luftveier: Irritasjon i svelget. Neurologiske: Døsighet, svimmelhet, hodepine. Øre: Vertigo. Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100): Gastrointestinale: Obdypasjon, stomatitt, munntørhet. Hjerne/kar: Hypotensjon. Hud: Smarter i huden, pruritus. Luftveier: Respirasjonsdepresjon, epistaksis, sår i nesens, rhinoré. Neurologiske: Sedasjon, myoklonus, parestesi, dysestesi, dysgeusi. Psykiske: Avhengighet, insomni. Øre: Reisesyke. Øvrige: Feber. Ukjent: Hallusinasjon. Rapportering av bivirkninger. **Overdosering/Forgiftning:** Symptomer: Respirasjonsdepresjon er mest alvorlig. Andre symptomer kan være hypotermi, nedsatt muskeltonus, bradykardi og hypotoni. Hovedsymptomene på intoksikasjon er dyp sedasjon, ataksi, miose, krampes og respirasjonsdepresjon. Behandling: Stimuler pasienten. Antidot er spesifikke opioidantagonister som nalokson. Effekten av overdoseringen kan være lengre enn effekten av antidoten. Gjentakende injeksjoner kan være nødvendig. Se Giftinformasjonens anbefalinger N02A B03. **Egenskaper:** Klassifisering: Opioidanalgetikum. Fenylipepiderivat. Virkningsmekanisme: Interagerer primært med den opioide µ-reseptoren, som en ren agonist med lav affinitet for δ- og κ-opioide reseptorer. Absorpsjon: Fentanyl er i høy grad lipofilt. Absorberes svært raskt gjennom neseslimhinnen. Biotilgjengelighet er ca. 89%. Maks. serumkonsentrasjon (0,35-1,2 ng/ml) nås ca. 12-15 minutter etter administrering av enkelt doser på 50-200 µg/dose til opioidtolerante cancerpasienter. Proteinbinding: Ca. 80%. Fordeling: Distribueres raskt til hjerne, hjerte, lunger, nyrer og milt, fulgt av en langsommere redistribusjon til muskler og fett. Halveringstid: Ca. 3-4 timer hos cancerpasienter. Metabolisme: Primært i leveren via CYP 3A4. Utskillelse: Ca. 75% utskilles i urinen, mest som inaktive metabolitter, <10% uforandret. Ca. 9% gjenfinnes i feces, primært som metabolitter.

Sist endret: 25.10.2011

(priser og ev. refusjon oppdateres hver 14. dag)

Instanyl, NESESPRAY, oppløsning:

Styrke	Pakning	Varenr	Pris	Refusjon
50 µg/dose	6 doser (endosebeholder m/spraypumpe)	447992	kr 442,10	N02AB03_1
	10 doser (glassflaske m/dosepumpe)	069038	kr 705,20	N02AB03_1
	20 doser (glassflaske m/dosepumpe)	069049	kr 1362,90	N02AB03_1
	40 doser (glassflaske m/dosepumpe)	069061	kr 2678,20	N02AB03_1
100 µg/dose	6 doser (endosebeholder m/spraypumpe)	540395	kr 469,10	N02AB03_1
	10 doser (glassflaske m/dosepumpe)	069004	kr 750,10	N02AB03_1
	20 doser (glassflaske m/dosepumpe)	069016	kr 1452,80	N02AB03_1
	40 doser (glassflaske m/dosepumpe)	069027	kr 2858,00	N02AB03_1
200 µg/dose	6 doser (endosebeholder m/spraypumpe)	396565	kr 469,10	N02AB03_1
	10 doser (glassflaske m/dosepumpe)	069072	kr 750,10	N02AB03_1
	20 doser (glassflaske m/dosepumpe)	069083	kr 1452,80	N02AB03_1
	40 doser (glassflaske m/dosepumpe)	069094	kr 2858,00	N02AB03_1

Referanser:

- Zeppetella G. Successful management of Breakthrough Pain in Cancer Patients. Pocket guide. Evolving Medicine Ltd, 2011
- Valeberg BT et al. Clin J Pain. 2008;24:627-36.
- Du Pen S et al. J Clin Oncol. 1999;17:361-70.
- Instanyl preparatortale.



Norsk Sykepleierforbund har en avtale med Esso MasterCard – noe som betyr at du får fordeler andre bare kan drømme om:

- * 50 ø/l i drivstoffrabatt hos Esso
- * 20 % rabatt på bilvask hos Esso
- * Inntil 2 familiekort til familiemedlemmer
- * Ingen årsavgift eller gebyr ved kjøp
- * Valgfri PIN-kode

Søk om kort på:

www.essomastercard.no/norsk-sykepleierforbund



essomastercard.no
Drivstoffrabatt og mye, mye mer

Effektiv rente ved kreditt på kr 15.000 er 31,13 %. Kredittkostnad kr 1.947.

Tema Litteratur og sykepleie



Litter

BLANT BØKER:

Professor Kristin Heggen mener skjønnlitteratur lærer oss at verden ikke er A4.

ær pleie

Hva kan Franz Kafka, Karl Ove Knausgård og Sofi Oksanen lære sykepleiere?

«Litteraturen tematiserer de

Skjønnlitteraturen kan gi bedre innsikt i hvordan sykdom oppleves. Det utnytter de som underviser i sykepleie. Tekst **Susanne Dietrichson og Nina Hernæs** Foto **Stig Weston**

FAN AV KNAUSGÅRD:
Kristin Heggen bruker gjerne *Min kamp* i undervisningen.



Bøker om sykdom og sykepleie

Aids: _____



Jonas Gardell:
Tørk aldri tårer
uten hansker

Anoreksi: _____



Sofi Oksanen:
Stalins kyr

Hysteri: _____



Knut Hamsun: Sult
Siri Hustvedt: Det jeg elsket

Ømmeste punktene i livet.

Ved å lese skjønnlitteratur kan man som sykepleier lære å møte pasientene med større dybde og empati, mener Kristin Heggen.

Hun er sykepleier, professor og studiedekan ved Det medisinske fakultet ved Universitetet i Oslo og ivrer for å bruke skjønnlitteratur både privat og profesjonelt.

Mer åpne

– Litteraturen gjør oss bedre kjent med oss selv og andre og fører til at vi blir mer åpne og mindre fordømmende, utdyper hun.

– Man blir i større grad åpen for annerledeshet; skjønnlitteraturen lærer oss at verden ikke er A4. Gjennom å lese om andre kulturer opplever vi at det menneskelige er svært likt, selv om vi forvalter verdiene våre forskjellig.

Brevet til faren

Som et eksempel bruker hun *Brevet til faren*, skrevet av Franz Kafka i 1919. Kafkas ambivalente forhold til sin autoritære og dominerende far kommer til uttrykk i dette brevet som ble funnet og utgitt etter Kafkas død.

– *Brevet til faren* viser en far som krenker sønnen sin. Jeg har brukt teksten i undervisning av sykepleiestudenter når vi snakker om maktrelasjonen i forholdet mellom sykepleier og pasient, og for å belyse hvordan vi som sykepleiere kan krenke pasienter.

Min kamp

Heggen er også ivrig Knausgård-tilhenger. Hun har lest alle seks bindene i Karl Ove Knausgårds selvbiografiske verk *Min kamp*, som ble utgitt mellom 2009 og 2011, og fikk tidlig ideen om å bruke bøkene i undervisning.

– Jeg har brukt Knausgårds tekster som eksempel for mastergrads- og doktorgradsstudenter når de skal lære å analysere kvalitative data. Dette synes mange er et problematisk område. Å analysere kvalitative data dreier seg om å tolke andres erfaringer, og det er jo nettopp det Knausgård gjør i *Min kamp*; han fortolker sin egen erfaring.

Heggen mener man som helsepersonell også kan lære mye av å lese bøker basert på pasienters og pårørendes erfaringer.

– Jeg tror man generelt kan forstå mer av pasienter ved å lese om andres livserfaringer, også gjennom skjønnlitteratur. Litteraturen tematiserer de ømmeste punktene i livet og gir større dybde i vårt forhold til andre mennesker.

Du forsvinner

En forfatter som har gjort sterkt inntrykk er danske Christian Jungersen.

– *Unntaket* fra 2004 er fenomenal. Den beskriver mobbing i et arbeidsmiljø. Også romanen *Du forsvinner* fra 2012 er en kjempegod bok og egner seg godt for undervisning i for eksempel etikk, mener Heggen.

Du forsvinner handler om en mann som får svulst på hjernen og som gradvis blir en helt annen; han endrer personlighet til det bedre.

– Romanen reiser mange interessante etiske spørsmål. Ville man for eksempel bedømme en person annerledes hvis man visste han var slem på grunn av en biologisk skade, spør hun.

– *Hvilken gevinst kan det gi å bruke skjønnlitteratur i undervisning av sykepleiestudenter?*

– Jeg synes Kafkas *Brevet til faren* er et godt eksempel. Det er skjønnlitteratur, men også et reelt brev skrevet av en sønn, noe som krever ydmykhet og respekt og skaper engasjement. Og så har vi en historisk avstand til verket som gir en annen type frihet i diskusjonen. Vi trenger ikke være redde for å såre noen, sier Heggen.

Forståelse

Høyskolelektor Ida Berntsen trekker helst frem lyrikk.

– Å lære er noe man gjør med hele seg, og det er viktig å ta menneskenes erfaringer på alvor, mener hun.

– Derfor tror jeg sykepleiestudenter kan ha glede av dikt for å forstå pasientene bedre.

Berntsen er høyskolelektor på Diakonova og har tatt embetsstudiet i sykepleievitenskap med hovedoppgave om lyrikk som undervisningsmetode for sykepleiestudenter. Nå arbeider hun med en doktorgrad om kunstopplevelsens betydning for helsen.

Som attenåring leste hun Øystein Strykens dikt høyt. Han, som er hardt rammet av cerebral parese, kunne ikke gjøre det selv. Så hun ble hans talerør.

Jordmødre: _____



Dea Trier Mørch:
Winterbarn

Kolera: _____



Gabriel García Márquez:
Kjærlighet i koleraens tid

Parkinson: _____



Jonathan Franzen:
Korrigeringer

Tema **Litteratur og sykepleie**

- Det var nok en erfaring som formet meg, sier hun.
- Trolig også som sykepleier.

Påvirker

I boken *Albatross i stuen* fra 1997 slår Berntsen et slag for en mer humanistisk tilnærming til sykepleie. Hun skriver at sykepleie er et fag hvor «det menneskelige aspektet, det enkelte menneskets opplevelser, følelser, tanker og holdninger, er så sentralt» og at det derfor må innlemmes i fagets vitenskapelige ramme.

- Kan skjønnlitteratur gi bedre sykepleie?
- Ja. All kunst som har en kvalitet, som rommer noe sant menneskelig, påvirker oss som mennesker og derfor også oss som sykepleiere, sier hun.
- Kunst hever seg opp til det allmenmenneskelige, til noe som mange kan kjenne seg igjen i.



ANALYTISK PERSPEKTIV: Jan Frich mener helsepersonell kan ha nytte av begreper som narrativ, plot, historie og metaforer i møte med pasientens fortelling. Foto: Moment studio

Jord på føttene

Hun velger et dikt av Hans Børli som eksempel.

– Hør her, sier hun:
Jord på føttene
Skulle Diktet ha
Svart jord på fugleføttene
og lange, vindvare vinger,
skapt til høy flukt

– Dette diktet heter *Jord på føttene* og omhandler både det nære og konkrete, som den svarte jorden, men bærer også med seg muligheten for drøm og flukt. Skjønnlitteratur kan både hjelpe til å bearbeide tidligere opplevelser man ikke er ferdig med, men også til å manifestere drømmer og håp.

Følelser

Jean Watson, amerikansk sykepleieteoretiker, sier at sykepleie finner seg et sted mellom vitenskap og kunst og at de evner som kunsten vil framelske tilhører selve hjertet i profesjonell sykepleie.

Berntsen er opptatt av at mennesker berøres av ulike ting.
– Vi kan ikke bestemme hva som skal berøre. Noen foretrekker den fyldige romanen, som for eksempel Knausgård, andre den for-

«Det virkelige livet kan være brutalt.

tettete formen i dikt. Det er en strenghet i diktet som tiltaler meg, det er kraftfullt fordi det er så fortettet.

Hun tror ikke dikt er for alle.
– Jeg sier ikke at alle skal lese dikt eller skjønnlitteratur, men jeg sier at de kan prøve.

Spilleregler

– Får du reaksjoner på at du bruker dikt?
– Det hender nok at studenter blir forbauset når de får dikt «servert», nå som de endelig er ferdig med videregående. Teknisk sykepleie, som å sette sprøyter, står gjerne høyt i kurs i begynnelsen av utdanningen. Men det pleier å gå seg til. Jeg knytter alltid dikt til

Bøker om sykdom og sykepleie

Pest: _____



Boccaccio:
Decameronen
Albert Camus:
Pesten

Psykiske lidelser: _____





LESER DIKT: Høyskolelektor Ida Berntsen på Diakonova lar sykepleierstudentene få høre dikt.

et aktuelt tema og har klare spilleregler, som at ingen er nødt til å si noe om de ikke vil.

– *Hva med dikt til pasienter?*

– Jeg har begrenset erfaring selv, men det må være dikt som man tror pasienten kan være interessert i. Det er ikke sånn at alle kreftsyke må lese de eller de bøkene, eller at alle med nyresvikt må lese denne ene. Hensikten må heller ikke være å vise hvor belest man selv eventuelt måtte oppleve å være, men at man tror diktet kan være til nytte for pasienten.

Bort fra rutinen

– *Har skjønnlitteratur gjort noe med deg som sykepleier?*

– Kunst gjør noe med meg hele tiden. Ikke bare bøker, men også film og musikk. Jeg mener det er viktig å utsette seg for disse opplevelsene.

Hun trekker frem den tyske filosofen Friedrich Schiller.

– Han sier at kunstopplevelse er nødvendig for å løfte oss opp så vi ikke blir fanget av rutinen, og det mener jeg er viktig for sykepleiere. Alle vet at det er lett å danne seg oppfatninger som det er vanskelig å se forbi. Men ved å la seg berøre, for eksempel av et dikt, kan vi vekkes opp fra rutinepregete oppfatninger og klare å se ting på nye måter, påpeker hun.

– Dikt kan skjerpe blikket. Og så må jeg lene meg på sykepleieteorikeren Joyce Travelbee, som sier at ingen pasienter er vanskelige, de har det bare vanskelig. Dikt kan hjelpe oss til å se flere nyanser.

Opplevelser

Jan Frich, lege og professor, har lang erfaring fra fagfeltet litteratur og medisin. Han har studert koplingen mellom skjønnlitteratur og medisin fra flere perspektiver, både med vekt på litteratur der forfatteren selv er pasient eller har medisinsk bakgrunn og litteratur som handler om leger, pasienter og sykdommer.

– Min vei inn i litteratur-medisin-feltet startet med at jeg hadde noen viktige skjønnlitterære leseropplevelser mens jeg studerte medisin, forteller han.

Ivan Iljitsj' død

– Blant annet leste jeg *Ivan Iljitsj'* død av den russiske forfatteren Leo Tolstoj. Jeg opplevde at romanens måte å framstille erfaringer med sykdom og død på ga meg noe annet og mer enn det faglige og teoretiske perspektivet vi fikk gjennom pensum for øvrig.

Frich mener skjønnlitteratur kan bidra til at vi kommer på innsiden av hvordan andre mennesker tenker.

– Vi kan lære noe om vår egen rolle som behandler, og vi kan



William Shakespeare: Macbeth
Ivan Turgenejev: Fedre og sønner
Fjodor Dostojevskij: Forbrytelse og straff
Marguerite Duras: Elskeren
Jon Fosse: Melankolia

Selv mord:



Johann Wolfgang Goethe:
Den unge Werthers lidelser
Jeffrey Eugenides: Jomfrudød

Tema Litteratur og sykepleie

lære noe om pasienter og deres erfaringer som vi kan bruke i møte med pasienter i praksis. Og vi kan lære noe om hvordan helsevesenet fungerer.

– Kan du gi noen eksempler på skjønnlitteratur som helsearbeidere kan ha særlig nytte av?

– En folkefiende av Henrik Ibsen er et eksempel på et verk som tematiserer legerollen i et samfunnsperspektiv. Dette verket har jeg brukt mye i undervisning av medisinerstudenter som utgangspunkt for diskusjoner om legens rolle og mulige dilemmaer i tilknytning til denne.

Ro uten årer

Frich mener at litteratur om sykdom basert på egne erfaringer også kan brukes i undervisning eller som utgangspunkt for diskusjon. Han trekker fram Ulla-Carin Lindquists selvbiografi *Ro uten årer* som eksempel på en beretning som formidler en subjektiv erfaring, og som samtidig viser frem tvetydigheten og nyansene i et krevende og tragisk sykdomsforløp.

«Dikt kan skjerpe blikket.

– Forfatterens opplevelse av å bli rammet av ALS er et eksempel på en selvbiografi om sykdom som helsearbeidere kan lære mye av, sier han.

Frich presiserer at selv om selvbiografier er basert på sanne historier er det ikke slik at de representerer en objektiv sannhet som er gyldig eller overførbart til alle pasienter.

– Når vi skriver eller forteller om våre liv benytter vi litterære grep og virkemidler, sier han.

– Derfor kan det være nyttig å kjenne til noen analytiske begreper knyttet til fortellerteori som narrativ, plot, historie og metaforer. Det kan også være nyttig å sette romanen inn i en historisk sammenheng som belyser og utvider bokens perspektiv.

Professor Hieronimus

Som eksempel på en forfatter som skrev svært tidstypiske romaner, trekker Frich fram Amalie Skram.

– Skrams romaner er sterkt preget av naturalismen som forfektet et deterministisk syn på menneskelivet, forteller han.

Dette er en viktig nøkkel for å forstå Skrams romaner *Professor Hieronimus* og *Paa St. Jørgen*, som bygger på hennes egne erfaringer som psykiatrisk pasient. Bøkene var en krass kritikk av psykiatrien og kan lære dagens lesere om samtiden de ble skrevet i.

– Slike historier som kritiserer eller ønsker å avdekke sider ved helsevesenet finnes det også mange av i dag, noe det kan være interessant å trekke fram i en diskusjon om Skrams romaner, sier Frich.

Frirom

Han er opptatt av at skjønnlitteraturen kan tilby helsearbeideren et fritt utgangspunkt for å diskutere pasientens fortellinger uten å være bundet til virkelige hendelser i praksis.

– Sykepleien har en god tradisjon for å interessere seg for pasienters erfaringer, og interessen for litterære kasuistikker er uttrykk for et tilsvarende ønske om en rik forståelse av mennesket, sier han.

– Jeg mener ikke at det ene er bedre enn det andre, men jeg ser på skjønnlitteratur som en av flere kilder til menneskelige erfaringer om sykdom som helsearbeidere kan lære noe av. Det virkelige livet kan være brutalt. Derfor tror jeg det kan være fint å møte erfaringer i litteraturen, det gir oss et felles frirom hvor vi kan dele refleksjoner på en litt annen måte enn når vi står overfor en situasjon i klinisk praksis.

Møte

Frich mener skjønnlitteraturen kan representere et møtepunkt basert på samme utgangspunkt og dermed skape frie og gode diskusjoner om møter med pasienter og sykdommer.

– På samme måte som når man leser en bok, representerer møtet med pasienten en fortelling; pasientens fortelling om sin opplevelse av sykdommen. ■■■

nina.hernes@sykepleien.no
susanne.dietrichson@sykepleien.no

Kilder:

Frich, Jan C.: *Medisin som litterær virksomhet*, Tidsskrift for den norske legeforening, 2003; 123: 2474–6. *Sykdom – nettverk av betydning*, *Bøygen, Organ for nordisk språk og litteratur* 2010; 22: 17-23. *Undervisning i medisin og kunst – hvilket utbytte har studentene?* *Michael* 2008;5:245–54
Frich, Jan E. (red.), Schei, E. (red.), Stene-Johansen, K. (red.): *På sykeleiet – sykdom og medisin i litteraturen*. Gyldendal Akademisk, 2004
Bondevik, H. og Stene-Johansen, K.: *Sykdom som litteratur*. Unipub 2011
Berntsen I. (red.): *En albatross i stuen*. Kunst i helse- og sosialfagutdanningene. Tano Aschehoug, 1997
Børli, Hans: *Etterlatte dikt*. Oslo: Aschehoug & Co, 1991

Bøker om sykdom og sykepleie

Spedalskhet: _____



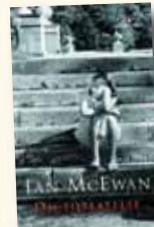
Victoria Hislop:
Øya

Syfilis: _____



Henrik Ibsen:
Gjengangere

Sykepleie: _____



Ian McEwan:
Om forlattelse

Tuberkulose: _____



Thomas Mann:
Trolldomsfjellet

5 på gangen

– Har skjønnlitteratur gjort noe med deg som sykepleier?



Stein R. Johansen, intensivsykepleier, Rikshospitalet

For meg blir det vanskelig å forholde meg profesjonelt til skjønnlitteratur relatert til sykepleie. Jeg er nok en hardcore sykepleier, som er ute etter menneskets reelle, personlige erfaringer. Ikke de som kommer til uttrykk i en skjønnlitterær novelle eller roman, som jo tross alt er fiksjon og ikke basert på virkeligheten.

Jeg vet heller ikke om jeg kan skille mellom meg som privatperson og som sykepleier. Jeg opplever disse to «rollene» som svært inkorporert i hverandre. Jeg er jo begge!

Når dette er sagt, så leser jeg periodevis mye; spesielt når jeg ikke har mye som svirrer rundt i underbevisstheten. Det er derfor vanskelig å fremheve en spesiell bok. Akkurat nå holder jeg på med både *Glassrommet* av Simon

Maver og Gert Nygaardhaugs *Jegerdukken*. Jeg sliter litt med å komme inn i historien i *Glassrommet*, men det sier kanskje mer om meg enn romanen?

Ellers så ligger Gaute Heivolls og Sofi Oksaens siste og Fredrik Backmanns *En mann ved navn Ove* og venter på meg.

Dette illustrerer vel litt hvem jeg er som lesende person og dermed også som sykepleier?

Anne Kristine Sørstrøm, sykepleier og mastergradstudent, Kirurgisk avdeling, Lovisenberg Diagonale Sykehus

Mye av det man leser tar man med seg, selv om det kanskje er ubevisst. Jeg synes det er ekstra interessant for meg som sykepleier å lese skjønnlitteratur der handlingen er knyttet til faget. Også når jeg leser krim. Jeg vil trekke frem *Flimmer* av Anne Holt og broren Even

Holt. Even Holt er hjertelege og handlingen er lagt til et norsk sykehusmiljø med kirurgen Sara Zuckerman som hovedperson. Sara er hjertespesialist, og opererer blant annet inn hjertestartere i pasienter som lider av hjerteflimmer.

En annen stor leseropplevelse var *Alene sammen*, av Abraham Verghese. Verghese er en indisk-amerikansk lege og forfatter. Også i

denne romanen er handlingen lagt til et sykehus, men i Etiopia og USA. Det handler om to tvillingbrødre som vokser opp i et sykehusmiljø og som selv blir leger. Den ene flykter til USA og jobber som lege på et slumhospital i Bronx.

Jeg synes det er spennende å lese romaner som beskriver andre kulturer slik at vi kan lære noe om disse – og da særlig fra sykehus andre steder i verden.



Karl-Henrik Nygaard, rådgiver, NSF Hordaland

Jeg vil trekke frem *Ditte menneskebarn* av Martin Andersen Nexø. Jeg leste den som fersk sykepleier, og skildringen av helse og sykdom i Danmark på tidlig 1900-tall gjorde sterk inntrykk. Den traff meg i hjertet.

Ditte er fattig, men har sterke omsorgsvevner. Dessverre går det ikke så bra med henne,

og hun blir et offer. Det er en pessimistisk bok, og det er kanskje derfor jeg husker den.

Om den påvirket meg som sykepleier, er vanskelig å si, men den forfekter at man skal ivareta dem som sliter, både fattige og rike. Det har jeg vært opptatt av som sykepleier. Boken er et opprør mot klassesamfunnet. Andersen Nexø ble selv en ortodoks og Stalinro kommunist, og det er ikke ham som

person jeg vil fremheve, men det han skrev. Han er en god forteller, og skildrer godheten og moderskapet på en veldig troverdig måte. Jeg tror den vil leve videre i historien.

Å lese skjønnlitteratur mener jeg er veldig viktig. Litteratur appellerer til følelser og etiske verdier. Følelser fenger mer enn tørr teori. Å lese gjør det lettere å ta inn over seg andres lidelse.

Ingrid Jahren Scudder, sykepleier og master i helsefagvitenskap

Jeg er ikke bare interessert i skjønnlitteratur som bruker sykdom som innfallsvinkel, men leser fordi den påvirker meg både som menneske og sykepleier.

En jeg vil trekke frem, er Åse-Marie Nesse, som skriver om å ha kreft. En lærer

brakte et av diktene hennes i undervisningen på sykepleierutdanningen, og etterpå kjøpte jeg diktsamlingen. Skjønnlitteratur handler om livet og de store tingene, men også det nære. Det gjør sykepleie også. Gjennom bøker kan man gå gjennom prosesser og samle erfaringer, ikke alltid gjennom konkrete situasjoner, men ved å se de

store linjene og ha kjent noe på kroppen som leser.

Møter med bøker kan bevege, og det kan også møte med mennesker. En av de første bøkene jeg syntes var ekstremt sterk, var Hanne Ørstaviks *Kjærlighet*. Den utfordret min forståelse av hva kjærlighet burde, kunne og skulle være.



Brit Engelstad, pensjonist og forhenneværende sjefsykepleier på Lovisenberg Diagonale Sykehus

Jeg mener det gjør noe med deg som menneske å lese skjønnlitteratur, noe som igjen påvirker rollen som sykepleier. Hvem du er som menneske og hvordan du utøver sykepleie henger jo sammen.

I sommer leste jeg *Jenny* av Sigrud Undset

på nytt, og det gjorde inntrykk. Første gang jeg leste den gikk jeg på sykepleieskolen, men å lese den nå, som voksen, gjorde at jeg så helt andre sider og nyanser ved historien.

Jenny handler om kjærlighet, og kjærlighet er også en viktig dimensjon i faget. Det finnes mange former for kjærlighet. Sykepleie handler også om kjærlighet i møter mellom mennesker. Det å lese skjønnlitteratur gir en

dimensjon ved det å være menneske som man tar med seg i møtet med andre.

En annen forfatter jeg liker godt er Ketil Bjørnstad. Mange av hans romaner handler om kunst og kjærlighet. Kunst er også en del av sykepleien. Det er viktig at man som sykepleier har et blikk for omgivelsene. At man ser det estetiske gjennom pasientens blikk og evner å skape gode omgivelser for ham eller henne.

Dør ute

Les mer om:

32 «Søker hårete bamsemann» ›

36 Får være hos lillesøster ›

42 – Vi kan ikke henlegge en elev ›

Tekst **Eivor Hofstad**
eivor.hofstad@sykepleien.no

DANSKER fornøyd med sykepleierkontroll

Danske pasienter med hiv opplever ikke noen stor forskjell på å gå til kontroll hos lege eller sykepleier. Så lenge pasientene føler seg friske og behandlingen også viser at de er friske kronikere, er de like fornøyd med om de går til den ene eller den andre yrkesgruppen. Hovedsaken er at de får den samme legen eller sykepleieren hver gang, som kjenner dem og deres sykdomshistorie. Dette viser en spørreundersøkelse utført av KORA (det kommunale og regionale forskningsinstitutt), blant hivpasienter på infeksjonsmedisinsk avdeling Q ved Aarhus Universitetshospital.

Kilde: Ugeskrift for læger



Foto: Colourbox

Helsepersonell får jobb i EUROPA

Helsepersonell, og særlig sykepleiere og jordmødre, er attraktive på det vanskelige arbeidsmarkedet i Europa for tiden, viser en rapport fra Europakommisjonen. De har sett på hvilke jobber som er ledige i et Europa som er rammet av finanskrisen i eurosonen.

Antall ledige jobber gikk ned med 4 prosent i fjor, mens arbeidsledigheten i forrige måned var på 12,1 prosent for eurolandene. I Hellas var den på nesten 28 prosent, og i Spania over 26 prosent. Nederland var et av landene som hadde den største nedgangen i ledige jobber i fjor, med et fall på 20 prosent. Jobbtilgangen for sykepleiere og jordmødre var derfor et av svært få lyspunkt i rapporten som ble lagt frem 9. september. Kilde: Financial Times



Foto: Colourbox



BRITISKE sykepleiere drilles i sepsis

Sepsis (blodforgiftning) dreper 37 000 pasienter i National Health Service (NHS) i Storbritannia hvert år. The Parliamentary Health Service Ombudsman publiserte en rapport om dette på verdens sepsisdag, den 13. september. Den forteller historien til 10 pasienter som døde på grunn av feil i behandlingen som kunne vært forhindret.

Ombudsmann Dame Julie Mellor mener sykepleiere og annet helsepersonell bør bli flinkere til å fange opp tegnene på sepsis og sette i gang riktig behandling, som står listet opp på Nursing Times sine nettsider.

Kilde: Nursing Times



BRITISKE sykepleiere til kamp mot farlige hunder

Postansatte i Storbritannia blir årlig utsatt for nesten 4000 hundeangrep, og siden 2005 har mer enn 5000 sykehusinnleggelse vært resultatet etter antatte 250 000 angrep.

– Jeg vet ikke hvor mange hjemmesykepleiere, jordmødre og annet helsepersonell som blir angrepet av hunder når de skal på hjemmebesøk, men jeg vedder på at de ikke ligger langt etter postansatte, skriver den profilerte sykepleierprofessoren Stephen Wright, som har månedlige skråblikk på sykepleiernyheter i fagbladet Nursing Standard, under tittelen «Wright angle».

Wright sier det er på tide å bli tøff mot farlige hunder og oppfordret derfor sykepleiere til å være med i høringen på revisjonsforslaget til loven som kalles «Anti-social Behaviour, Crime and Policing Bill», før fristen den 1. september.

VELKOMST: Det er ikke alltid bare lykke når hjemmesykepleieren kommer innom. Foto: Tverkhovinets/NTBscanpix

Mindre videreutdanning i **DANMARK**

Det danske statsbudsjettforslaget ble lagt fram i slutten av august, og der skal det spares 120 millioner kroner i «Statens Voksenutdanningsstøtte» til blant annet helseprofesjonene. Det vil si at sykepleiernes muligheter for etter- og videreutdanning minskes. Den 10. september skulle det forhandles om budsjettet, og lederen i Sundhetskartellet som også er leder av Dansk sygeplejeråd, Grete Christensen, hadde på forhånd sendt et brev der hun uttrykte sin bekymring for forslaget, særlig i en tid der økende spesialisering er et krav.

Kilde: Dansk sygeplejeråd (dsr.dk)

Drastisk mer overtid i **SVERIGE**

Overtidsjobbingen for sykepleiere og helsefagarbeidere Sveriges tre mest befolkningstette fylker og byregioner er økt med 47 prosent fra første halvår i 2009 til første halvår i år. Det tilsvarer mer enn 1000 heltidsstillinger.

Det er særlig sykepleierne som jobber overtid. Hos dem har det økt med 55 prosent, mens for helsefagarbeiderne er tilsvarende økning på 38 prosent. I statistikken inngår både hel- og deltidsjobbende personell. Områdene det handler om er Stockholm, Västra Götaland og Skåne.

Kilde: SVT



Foto: vonLeres/NTBscanpix



VIL HA MER PENGER: Svenske sykepleieres misnøye kommer frem i studien Rn4cast. Foto: Photo_Ma/NTBscanpix



Lønnsdiskriminering for **MAORIER**

Maoriske sykepleiere ansatt i maoriske helseorganisasjoner i New Zealand, får opptil 25 prosent mindre lønn enn sine kolleger som jobber i andre helsetilbud i distriktene og førstelinjetjenesten. Kerri Nuku, leder for Te Runanga, som er en maorisk sykepleierorganisasjon under New Zealand Nurses Organisation, sier at praksisen undergraver arbeidet med å skape en bærekraftig gruppe med maoriske sykepleier- og helsearbeidere. I august varslet organisasjonen en kampanje for å protestere mot lønnsforskjellene.

Kilde: Nursing Standard

MAORISK MANN: Maoriene er et folk som kom til New Zealand fra Polynesia rundt år 1280. Foto: Johan Wingborg/NTBscanpix

SVENSK misnøye

8 av 10 svenske sykepleiere er misfornøyde med lønnen sin, kommer det fram i den europeiske undersøkelsen Rn4cast, hvor over 10 000 svenske sykepleiere har svart på spørsmål om arbeidsmiljø og kvaliteten på pleien på sin arbeidsplass.

Over halvparten, 62 prosent, er misfornøyde med sine muligheter til å gjøre karriere, og hver fjerde er misfornøyd med turnusen sin.

Studien ble gjennomført i 2009/2010.

Kilde: Dagens Sjukskoterska

Riskhospitalet



På venterommet sitter en ung, velkledd gutt. Prostitusjonserfaring synes ikke utenpå.

Tekst Ann-Kristin Bloch Helmers Foto Erik M. Sundt

«Søker hårete bamsemann»



Enne på Pro Manns kontorer i Storgata i Oslo løper fingre hurtig over tastaturet. På skjermen tikker det inn meldinger. En vil møte en hårete bamsemann i kveld. En annen forteller at han har en «extra large» penis som venter.

«Hei, kan jeg spørre om noe?»

«Hva lurer du på?»

«Kan jeg bli smittet hvis jeg suger uten kondom?»

I ettermiddag er det Andreas Pedersen Kikvik som har vakt. Han må være kjapp. På denne erotiske chattesiden er relasjonene flyktige. Hvis han ikke responderer med en gang, kan spørsmålsstilleren være utenfor rekkevidde. Og det er nettopp det som er jobben hans denne ettermiddagen: å nå disse mennene, gi svar på spørsmål.

Flyktige relasjoner

Pro Mann heter Pro Senterets prosjekt rettet mot menn som selger sex. Sykepleier og sexologisk rådgiver Camilla Johannessen og sosionom Andreas Pedersen Kikvik er begge ansatt i prosjektet, som startet opp i 2011.

Fem ganger i uka har de drop timer. Størstedelen av jobben foregår imidlertid med oppsøkende virksomhet på nettet. To dager i uka er det tilbud om åpen chat på Pro senterets hjemmesider, ellers foregår arbeidet slik som denne ettermiddagen og kvelden: På erotiske chattekanaler og eskorte-sider.

18 menn i 2011

– Da vi startet opp i 2011, hadde ikke senteret jobbet med mannlig prostitusjon siden 2001. I 2000 hadde vi totalt

808 brukere, og av dem var det 111 menn. I kontrast til dette var det i 2011 1218 brukere, og av dem var 18 menn.

– Betyr det at færre menn som prostituerer seg?

– Nei, det er tvilsomt. Vi tror det sier noe om hvor viktig det er å jobbe oppsøkende, sier de og understreker at det er lite dokumentert kunnskap om menn som selger sex i Norge.

Ifølge Johannessen og Kikvik viser de undersøkelsene som eksisterer at om lag 3,3 prosent av alle menn har erfaring med å selge sex.

– Ungdomsundersøkelser viser at flere unge gutter enn jenter har solgt sex. Her ligger tallet på mellom to og fem prosent, forteller de. For de unge består prostitusjonen også i byttehandel som går ut over det å motta penger:



OPPSØKENDE: Sykepleier Camilla Johannessen og sosionom Andreas Pedersen Kikvik forsøker å nå mannlige prostituerte på erotiske chattekanaler på nett.

Det defineres som sexsalg dersom den ene mottar penger for seksuelle tjenester. De definerer det som bytte dersom den ene mottar gaver, tjenester eller et sted å bo i bytte for sex.

Forteller for første gang

– Vi reiser rundt og snakker med andre som kommer i kontakt med denne gruppa, forteller de, og nevner blant andre Helseutvalget for homofile, Brynsenglegene og ulike hybelhus for rusmisbrukere i Oslo. I tillegg informerer de om andre hjelpetiltak over hele landet for de som uttrykker et ønske om det.

Nå ser de at andelen som oppsøker dem er økende. Men fremdeles er det langt flere kvinner enn menn som tar kontakt.

– Mange av dem vi kommer i kon-

takt med sier at det er første gang de forteller om dette til en annen enn kunden, sier Kikvik.

Ung gutt

Denne ettermiddagen er det både åpen chat og drop in. På venterommet sitter en ung, velkledd gutt. Blikket er stødig festet mot et punkt på andre siden av rommet. Han blir hentet av Camilla Johannessen, som tar første del av samtalen. Seksuelt overførbare infeksjoner og hvordan unngå rifter er gjengangere i hennes samtaler. Denne unge gutten har også behov for å snakke med en sosialarbeider. Dermed blir han sendt videre til Andreas Pedersen Kikvik.

– Må spørre

Etter tre års erfaring fra dette pro-

sjektet er Camilla Johannessen og Andreas Pedersen Kikvik sikre på en ting: Helsepersonell må tørre å spørre om prostitusjon – om pasienten har kjøpt sex, eller om han eller hun selger. De mener ikke at man alltid skal spørre om prostitusjon, men sier det er viktig å holde muligheten åpen når man kommer inn på seksuelle temaer.

– Hvis en pasient du vet har dårlig råd stadig kommer med dyre klær og ting, kan det være et tegn på prostitusjon. Da kan man stille et åpent spørsmål: Har han fått penger av foreldrene? Tjent gjennom prostitusjon? Solgt dop?

– Avskamming

Camilla Johannessens kjepphest er å bryte tabuene. Hun kaller det avskamming:

– Å bære på skam blir mange syke av.

Chat og nick?

Chat, eller på norsk **nettprat**, er å utveksle beskjeder over internett i sanntid. **Nick** er et kallenavn man velger selv.



Den eneste måten å lette på dette er å bryte tabuene.

Hun forteller om en mannlig pasient som fortalte at han hadde gått til psykolog i over 20 år, uten å ha fått spørsmål om prostitusjon. Han hadde heller ikke

tilbyr hiv-hurtigtest som gir svar i løpet av ett minutt. I tillegg er det en del som har et rusproblem. Da kan det være abscesser og andre rusrelaterte helseplager.

– Fysisk sett er mange av de mannlige prostituerte i god form. De er som

viss forskjell på de erotiske chattekanalene og eskortesidene når det gjelder tydelig grensesetting – i alle fall i teorien.

På eskortesidene er det ikke tvil om at sex er til salgs. Her listes det svært spesifikt opp hva som står på menyen: Ordene XL uncut, aktiv, passiv og ws forteller de innvidde mer enn nok til å ta kontakt eller la være.

Det er også visse tegn på chattekanalene, men mer subtile: Dollartegn, tegn for pund eller euro foran nicket indikerer at man er tilgjengelig for salg av sex. «Søker gavmild» er et annet tegn. Kjøperen på den andre siden kan signalisere ved å kalle seg Generøs onkel, Sugar Daddy eller lignende.

– Her er det en student på 23 som sier han trenger penger og indikerer at han er åpen for det meste. Det trenger ikke være tilbud om prostitusjon, men det er ikke usannsynlig.

De norske erotiske chattesidene har ikke lov å formidle prostitusjon. Derfor kamoufleres sexsalg i stadig nye språkdrakter for å unngå at moderatorene kaster dem ut av siden, ifølge de to i prosjektet.

Har sett «alt»

Vakten til Andreas Pedersen Kikvik nærmer seg slutten. Han strekker seg mens meldingene om kjønnsorganer i alle størrelser og i forskjellig grad av stivhet ruller over skjermen. Det kan se ut som det ikke er noen hårete bamse å oppdrive denne kvelden.

– Det var relativt rolig her i kveld, konkluderer han. Etter å ha jobbet med prostituerte over år, har han sett «alt». Det kan være en påkjønning. Derfor går begge i prosjektgruppa fast til veiledning for å debrife etter spesielt vanskelige samtaler eller situasjoner. Det er lettere å åpne seg på en anonym chat enn i virkeligheten, er deres erfaring. Derfor får de også høre grovere historier.

– Gateprostitusjon forekommer så å si ikke blant mannlige prostituerte i Norge. Stort sett all kontaktetablering skjer på inne-markedet. Kunde og selger møtes på erotiske chattekanaler og på eskortesider. Så det er der vi må være. ■■■

«Kan jeg bli smittet hvis jeg suger uten kondom?» Mann på erotisk chattekanal

turt å fortelle at han hadde en fortid som prostituert.

– Hvilke helseplager er mannlige prostituerte spesielt utsatt for?

– Det er seksuelt overførbare infeksjoner, rifter i endetarmen, for eksempel. Vi

regel unge. Det sies at pensjonsalderen for en mannlig prostituert er 25 år. De mest attraktive guttene er rundt 18 år. Vi har hatt kontakt med gutter som selger sex, som er helt ned i 16 år, sier Camilla Johannessen.

Negative virkninger

De erfarer at prostitusjon som oftest har mange negative virkninger for den som selger. For noen er det problematisk på mange plan: For eksempel om man er muslim, ruser seg og selger sex. Noen får problemer med egen seksualitet. De mister lysten på kjæresten, eller orker ikke å ha sex uten å få betalt for det. Skam og skyldfølelse går igjen.

Camillas råd til disse guttene er å forsøke å opprettholde en egen, lystdrevet seksualitet.

– Det er viktig å sette grenser for sin egen kropp. Om man har bestemt seg for ikke å ha penetrerende analsex, så er det viktig å holde på det.

Andreas Pedersen Kikvik utdypet:

– Vi mener det er viktig å ta opp grensesetting når vi snakker med personer som selger sex. Det kan være vanskelig å holde på grensene, og overgrep skjer ofte når kunden trækker over dem. Men ved å ha bestemt seg på forhånd for hva man tillater og ikke, er det lettere å beskytte seg mot overgrep. En stor andel av dem som prostituerer seg har tidligere blitt utsatt for seksuelle overgrep som har visket ut grensene for hva som er greit at andre gjør med egen kropp. Mange sier til oss at de synes grensesetting er vanskelig. Likevel – eller nettopp derfor – forsøker vi å ta opp dette temaet i samtalen, sier han.

«Søker gavmild»

Han mener det kan virke som det er en

aknbh@sykepleien.no

Hostehjelp for hele familien!



Fjern slimet – så fjerner du hosten

Bisolvon finnes i ulike varianter og smaker for hele familien

Kjøpes reseptfritt på alle apotek. Til korttidsbehandling av seigt slim i forbindelse med vedvarende luftveissykdommer. Les pakningsvedlegget nøye.

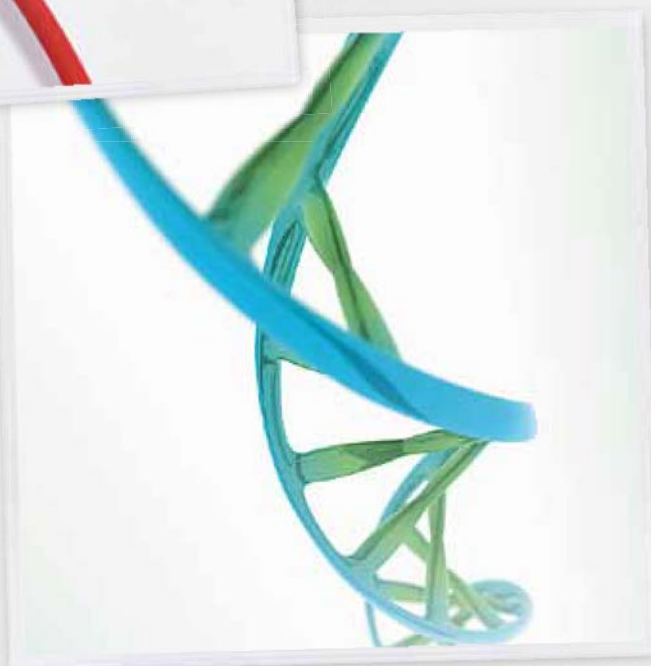
www.bisolvon.no
www.facebook.com/bisolvon.no





Mer innovasjon

Sammen bidrar Takeda og Nycomed til et enda friskere Norge



Gjennom 138 år har Nycomed vært et toneangivende farmasøytisk selskap og bidratt til å gjøre Norge friskere. Det skal vi fortsette med. Vi har fått ny eier og heter nå Takeda Nycomed. Takeda er et globalt forskningsbasert farmasøytisk selskap som tilfører oss flere medisiner og spisskompetanse innen nye terapiområder, og gjør oss til en del av et forskningsmiljø i verdensklasse.

Sammen er Takeda og Nycomed mer enn 1+1. Vi kan skape mer, tilby et enda bedre utvalg av medisiner og helsefremmende produkter til norske pasienter og forbrukere, og fortsette å være en aktiv medspiller for leger, sykepleiere og andre helsearbeidere. Sammen bidrar vi til et enda friskere Norge.



Nycomed: a Takeda Company

Syke barn har ofte søsken. I Drammen tar de vare på dem.

Tekst **Nina Hernæs** Foto **Erik M. Sundt**

Får være hos lillesøster

Fire år gamle Magnus har fått en lillesøster. Men i mange, lange uker må hun være på sykehus. For å bli kjent, må han komme til henne.

Inkluderer

På nyfødt intensiv i Drammen er det tidlig morgen. Magnus har fri fra barnehagen for å besøke Maya. Født i svangerskapsuke 27 pluss 5 er hun mindre enn småsøstre flest, men like stor del av familien som de tre andre. For avdelingen er det viktig å inkludere søsken i en litt annerledes barseltid.

– Det har vært stor oppmerksomhet rundt barn som pårørende til syke voksne, sier avdelingssykepleier Birgitte Lenes Ekeberg.

– Men barn med syke søsken opplever like mye stress. Derfor ønsket vi å lage et opplegg for dem.

Romslig

Avdelingen, som er ny og romslig, driver etter prinsippene i familiebasert omsorg. Foreldre oppfordres til å ta hovedansvaret for premature barn, selv når de er 28 uker gamle. Rommene er så store at begge foreldrene kan sove på sykehuset, og det er også plass til søsken. I sommer har det stått sprinkelsenger på mange av rommene med kuvøser. Akkurat nå er det ni pasienter her. To av dem har søsken.

Lei seg

Inne hos Maya har Magnus fått søsteren på fanget. Han klapper henne forsiktig på hodet, ordner med tepene hun er tullet inn i.

Mamma Anine Eriksen forteller at Maya etter fødselen lå på Rikshospitalet, der det ikke er mulig for søsken å overnatte.

– Det var han litt lei seg for, sier hun.

Da de ble flyttet til Drammen, sov de her første natten alle fire.

Lojale

Maja Røste Johansson, som er fagutviklingssykepleier på avdelingen, sier det ikke er forsket mye på søsken til premature, men noe på søsken til større barn.

– Søsken evaluerer seg like stresset som det syke barnet gjør, sier hun.

– Mens foreldrene evaluerer dem som mindre stresset. De har ikke kapasitet til å ta inn over seg hvordan søsken har det.

Hun peker også på at barn er lojale.

– Søsken vil skåne foreldrene, og kommer ikke til dem med sitt stress. For oss, som vil ivareta familiene, er det derfor viktig å ivareta også dem.

Ulikt

Konkret tilbys søsken en egen samtale med sykepleier. Det er søsken til barn som forventes å være lenge på sykehus som får tilbudet. Det er for eksempel barn som er født for tidlig, som har hjertefeil eller syndromer. Også barneavdelingen har dette tilbudet.

Tilbudet er frivillig, og søsken får invitasjon på forhånd.

– Vi pleier å starte med å spørre hvor de var da mamma kom på sykehus, sier Line Bermingrud, som har ansvar for søskenoppfølging.

– Det viktige er å gi søsken oppmerksomhet og se hva de har behov for å snakke om. Vi er ikke terapeuter.

De minste barna spiser gjerne is eller tegner mens de snakker. De lurer gjerne på hva sonde er, og får for eksempel lime sonde på bamsen sin.

De eldre barna er mer utfordrende.

– De vil vite hva som fysisk er galt og trenger faktakunnskap. Det er mye de lurer på, men de vil ikke belaste foreldrene ved å spørre dem.

I samtalene kan det komme opp ting som at søsken føler seg oversett. Flere har skilte foreldre, og må både forholde seg til nye steforeldre og nytt søsken i tillegg til at barnet er prematurt eller sykt.



OPPTATT AV SØSKEN: Line Bermingrud har ansvar for at søskensamtaler blir gjennomført. Maja Røste Johansson og Birgitte Lenes Ekeberg har jobbet for å få i gang tilbudet.

SØSKENMØTE: Født for tidlig må Maya være på sykehuset lenge ennå. Men Magnus får komme på besøk.





OMSORG: – Så snill du er som vil dele, sier Anine Eriksen til Magnus. Han lar Maya prøve å holde ballongen.

Ifølge Maja Røste Johansson antyder forskning at søsken kan få problemer med konsentrasjonen og at de kan føle seg nedstemte. Noen føler skyld.

Må være friske

Søskensamtalen, sammen med større muligheter for å besøke avdelingen, har ført til en endring i miljøet.

– Nå ser vi søsken, vi sier hei og smiler. De er i større grad blitt en del av miljøet, sier Birgitte Lenes Ekeberg.

Men de er ikke alltid velkomne. De skal slippe å oppleve akuttssituasjoner, og de må være friske. Avdelingen stiller strenge krav til hygiene, som at alle barnehagebarn i vinterhalvåret må skifte til reine klær utenfor avdelingen. De blir også drillet i å vaske hender.



SLITSOMT: Det er ikke så morsomt på rommet, Magnus er også på lekerom og lekeplass.



SER SØSKEN: Sykepleier Line Bermingrud er ansvarlig for søskenopplegget på nyfødt intensiv i Drammen.

Ifølge Ekeberg er det ikke registrert flere infeksjoner på avdelingen etter at søsken fikk friere tilgang.

Sykepleier Line Bermingrud erfarer at foreldrene setter pris på at søsken blir sett.

– De er stolte av barna sine og glad for å få vist dem fram, sier hun.

– Foreldre forteller også at de syke barna blir mer våkne når søsken kommer.

Slitsomt

– Nå nyser hun, sier Anine Eriksen.

– Skal vi pakke henne inn litt? Magnus hjelper til, men blir mer opptatt av ballongen sin. Skinnende blå truer den med å stige til taket. Resolutt binder han den fast til sykehussengen.

Selv om Anine Eriksen er glad for

å ha ham her, legger hun ikke skjul på at det er slitsomt.

– Da Maya var dårligere, var det vanskelig. Jeg ønsket å gi ham oppmerksomhet, samtidig som hun trengte meg, forteller hun.

Nå som Maya er mer stabil, er det litt lettere.

Dele på

I natt har pappa Vegard sovnet på sykehuset med Maya, mens Anine har vært hjemme i Mjøndalen med Magnus.

Det er også noe sykepleierne oppmuntrer til.

– Søsken opplever at den ene omsorgspersonen i lange perioder flytter inn på sykehuset, sier Maja Røste Johansson.

– Ofte er mor her, men vi oppfor-



GLAD FOR Å HA HAM HER: Mamma Anine Eriksen forteller at Magnus ble lei seg da han ikke fikk være hos foreldrene på Rikshospitalet.

drer far til å overta, så mor kan dra hjem med søsken.

De prøver også å få begge foreldrene til å gjøre noe med søsken, som å gå på kino eller pizzarestaurant.

Sykepleierne oppfordrer også til at besteforeldre og andre nære er barnevakt for det syke barnet, ikke bare for søsken.

Ikke nevnt

Lovverket gir barn som pårørende til syke voksne rett til å bli ivaretatt. Men barn som pårørende til søsken er ikke nevnt.

– Jeg velger å tro det er en forglemmeelse, sier Maja Røste Johansson.

Barnesykepleierforbundet NSF jobber for å gi søsken denne rettigheten. Leder Anja Smeland sier det er økende oppmerksomhet på søskens behov,

men at utformingen av avdelingene gjør det vanskelig. Det er rett og slett ikke plass.

– Søsken er de fleste steder velkomne, men når de syke barna ligger på flersengsrom begrenser det seg.

Hun mener det er viktig å inkludere søsken.

– Alle i familien har godt av det, sier hun.

– Derfor er det god sykepleie å ivareta også dem.

Egen vri

Inne hos Maya begynner Magnus å få

nok. Pappa Vegard Holmen tar ham med ut.

– Det tok to–tre besøk før vi fant ut hva som passet for oss, sier Vegard Holmen.

– Nå har vi funnet vår måte og bru-

ker lekerom og lekeplass mye.

Han syntes det var bra at Magnus fikk samtale med sykepleier.

– Det bidro til å ufarliggjøre sykehuset, sier han.

– Etterpå var det ikke farlig å gå ut i gangen lenger. ■■■

nina.hernes@sykepleien.no

«Foreldre forteller også at de syke barna blir mer våkne når søsken kommer.»

Line Bermingrud





DEN HVITE PEST: På 1930-tallet var det tett mellom sengene ved Hagavik Kysthospital i Os sør for Bergen. Hit kom tuberkulose syke barn og voksne fra hele Vestlandet. Fra hospitalets etablering i 1893 var det spesielt for pasienter med halskjerteltuberkulose (skrofulose). Godt kosthold, sjøbad og frisk luft utgjorde en sentral del av behandlingen. På 30-tallet ble det færre tilfeller av kjerteltuberkulose, og flere pasienter med tuberkulose i bein, ledd og lunger kom til Hagavik. De siste tuberkuløse barna ble utskrevet i 1972. Etter det ble sykehuset ombygd til spesialisert kirurgi, noe det fremdeles er. Kilde: Nasjonalt medisinsk museum. Foto: Atelier KK



Når systemene som er bygd opp for å hjelpe barn og unge ikke virker, må de endres, mener rektor Lasse Thorvaldsen.

Tekst og foto Kari Anne Dolonen

– Vi kan ikke henlegge en elev

Lasse Thorvaldsen har vært rektor på Eidsberg ungdomskole siden 2004. På den tiden har han sammen med sine ansatte jobbet strategisk for å gjøre skolen til et best mulig sted for alle, spesielt for dem som sliter. Men han skulle gjerne hatt et bedre samarbeid med deler av helsetjenesten.

– Alle instansene rundt oss opererer med begreper som: Ventetider, saksbehandling, avvist og henlagt. Vi kan ikke henlegge en elev, sier rektor ved Eidsberg ungdomsskole i Østfold, Lasse Thorvaldsen.

Plaster på avrevet arm

Han forteller om elever som sliter og blir henvist til barne- og ungdomspsykiatrien (BUP) og barnevern med beskjed om at det er et halvt års ventetid.

– Noen er til fare for både seg selv og andre, men må altså vente i et halvt år for å få hjelp. Skolen må ta imot dem og håndtere dem på best mulig måte uansett hvor syke de er. Men vi har ikke kompetanse til å gi dem den behandlingen de trenger. Når de ende-

lig får en time, er det kanskje snakk om to–tre samtaler. Det blir som å sette plaster på en avrevet arm, sier han.

Sent ute

– Når du snakker om ungdommer som sliter, hva legger du i det?

– Det kan være angst, depresjoner, aggresjon eller psykiske lidelser som et resultat av år med for eksempel omsorgssvikt. Noen er så syke at de rett og slett burde blitt lagt inn. Når barnevernet dukker opp og henter barn på ungdomsskolenivå, er det litt i seneste laget siden problemene har vært der siden fødselen, sier han.

Thorvaldsen mener byråkrati og tungvinte systemer gjør at barn som virkelig trenger det, ikke får hjelp.

– Folk flest har en oppfatning av at det finnes systemer som fanger opp barn og unge som sliter. Systemene finnes, men de fungerer ikke slik folk flest tror. Mange ganger tenker jeg at systemet er herbergene som alltid er fulle, og skolen er stallen hvor det er husrom for alle, sier han.

God kjemi

Han vet at både psykiatri og barnevern har knapt med ressurser.

– Mange gjør nok så godt de kan, men av og til virker det som om regler og systemer ikke passer for dem de er ment å hjelpe, sier han og forteller en historie:

Vi hadde en elev som var svært syk. Vi klarte å få ham inn på et eksklusivt bo- og behandlingssenter. Institusjonen har bare sju plasser for hele Østfold fylke. Vi var kjempeglade for at han hadde fått plass og endelig skulle få hjelp. Så fikk jeg en telefon fra hjemmet som sier at det er 14 dagers prøvetid for å se om «kjemien» passer.

Jeg spurte hva som ville skje om «kjemien» ikke passet, og fikk beskjed om at han da ble sendt tilbake til oss. Like syk. Vi kan ikke tillate oss å velge våre elever, ikke synes jeg skoler skal det heller, men det må et system på plass som er forpliktet til å hjelpe så syke barn, sier han.

Gjør det selv

Thorvaldsen regner med at av skolens 450 elever er det rundt fem prosent



ALLE SKAL MED: Alle elever skal mestre hver dag på skolen, bestemte lærerne på Eidsberg ungdomsskole seg for. Her er rektor Thorvaldsen omgitt av noen av sine elever.

som sliter og 10–15 elever som er «alvorlig ute å kjøre».

– Det kommer litt an på hvor man legger lista, sier han.

Da Thorvaldsen begynte som rektor spurte han lærerne hvor mange av elevene de mente trengte noe ekstra. Svaret var hver femte elev.

– Lærerne opplevde altså at 20 prosent av elevene som brysomme og ville ha dem ut av «sitt» klasserom. Jeg spurte om lærerne trodde det var så ille, eller om det er normalitetsbegrepet som har innsnevret seg. Vi kunne sitte der og sutre, eller gjøre noe sjøl. Vi gikk for det siste.

«... Faren var også umulig»

– Egne holdninger og en felles visjon var det første vi tok tak i. Vi bestemte at alle elever hos oss skal mestre hver dag på skolen. For å få til det måtte vi tenke nytt. Kommentarer som : «Jeg

hadde faren på skolen, han var også helt umulig», måtte vi legge bort. Vi måtte spørre oss selv: «Hvis måten jeg jobbet på ikke virket for faren, hva er det som får meg til å tro at ved å gjøre det samme, vil det hjelpe sønnen?»

– Vi kan ikke fortsette å jobbe på

For ifølge Thorvaldsen er det ofte hele familier som sliter, ikke bare eleven.

– En annen historie handler om to-tre gutter vi måtte ta ut av skolen og plassere på Høytorp fort. Både elever og lærere var redde dem. De drev re-

«Systemet er herbergene som alltid er fulle, og skolen er stallet hvor det er husrom for alle.» Lasse Thorvaldsen

samme måten hvis vi erfarer at det ikke virker. Ved å prøve noe nytt, har vi i hvert fall en sjanse for å få noe til, sier Thorvaldsen og legger til:

– Vi får ikke gjort noe med hjemmesituasjonen til lille Per, men vi kan gjøre noe for at lille Per opplever skolen som et bra sted, sier han.

gelrett torpedovirksomhet på skolen og spredde frykt. Vi klarte imidlertid å få dem tilbake i skolen. Det er ikke på grunn av hjelpeapparatet, men på grunn av dyktige lærere her på skolen.

Akseptabelt nivå

Eidsberg kommune har mange utfor-





ELEVENE: Rektor Lasse Thorvaldsen regner med at av Eidsberg ungdomsskoles 450 elever, er det rundt fem prosent som sliter og 10-15 elever som er «alvorlig ute å kjøre».

dringer. Den er fattig og har en høy andel trygdemottakere. Utdanningsnivået er lavt og kommunen kommer dårlig ut i levekårsundersøkelsen.

– Indeksen for hvert tema har en fargekode: Grønt er det beste og rødt det dårligste. I Mysen er alt farget rødt.

elevene skal lære, må de trives og være trygge. Det kan vi jobbe mot, sier han.

Eidsberg skole har også opprettet et tilbud til elevene på ettermiddager og før skolen begynner.

– Kommunen har ingen tilbud, så vi startet opp. Her får elevene et mål-

ligger over snittet for Østfold. 97 prosent av elevene som gikk ut i vår, kom inn på førsteønske.

– Elevundersøkelsen vi kjører hvert år, viser at elevene trives på skolen og det er lite mobbing. Sist uke kom åtte-ti elever hit på besøk. De var tidlig ferdig på videregående og ville hilse på. Noen av dem hadde begynt å drikke kaffe og tok en prat på lærerværelset. Også lærerne er fornøyde. Det er en god følelse, sier han.

Men han understreker at Eidsberg skole ikke er perfekt.

– Vi er nå på et akseptabelt nivå. Men vi må hele tiden jobbe videre. Det er nok å ta tak i. Blant annet har jeg sagt til lærerne at når det gjelder matematikk kan de prøve ut hva som helst. Der er vi så dårlig at alt bør prøves ut, sier han. ■■■

«Lærerne opplevde at 20 prosent av elevene som brysomme og ville ha dem ut av «sitt» klasserom.»

Lasse Thorvaldsen

– Hvorfor er det slik?

– Det vet jeg ikke. Men kommunen har lave boligpriser, asylmottak og et bo- og behandlingssenter for rusmisbrukere. Og vi er siste stopp på jernbanelinjen. Nei, dette er bare spekulasjoner. Men med en slik demografi, er det klart at vi har utfordringer. For at

tid, de kan få hjelp til lekser, eller bare være her. Mange har ikke så mye å gå hjem til, sier han.

Før Thorvaldsen og hans lærerteam begynte å jobbe systematisk for å endre dette bildet, gjorde elevene det dårlig på skolen. Nå begynner resultatene å komme. Elevene har karakterer som

kari.anne.dolonen@sykepleien.no

– Alvorlig

– Det er behandlingstilbudene som skal passe til barnet og ikke omvendt, sier barneombud Anne Lindboe.

Tekst **Kari Anne Dolonen**

Hva tenker du om at barn som sliter med store problemer må vente opp til et halvt år for å få hjelp av helsevesenet?

– Dette er veldig alvorlig for de barna det gjelder. Det er viktig å huske på at barnet ikke bare må vente dette halvåret. De fleste barn som trenger hjelp, har hatt det vanskelig lenge før noen har tenkt at det bør henvises for å få hjelp. Så ventetiden er derfor mye lenger, sier barneombud Anne Lindboe.

– Hva mener Barneombudet bør gjøres?

– Jeg kan ikke vurdere den spesielle saken rektoren i Eidsberg henviser til. Men, på generelt grunnlag mener jeg at BUP før utskriving må sikre at barnet vil bli fulgt opp av tjenesteapparatet i kommunen. En individuell plan og en personlig koordinator vil kunne bidra til å sikre at nødvendige oppfølgingstiltak er på plass lokalt, sier hun.

Ikke unikt

Barneombudet har lest historien om ungdommen som ville få behandlingsplass dersom kjemien stemte.

– Hva tenke du når du hører denne historien?

– Jeg må igjen si at det er vanskelig for meg å kommentere den konkrete saken fordi jeg ikke kjenner den. Men det er alvorlig for barn å bli sendt hjem igjen fra et behandlingstilbud som de kanskje har ventet lenge på, og så blir stående uten noe tilbud igjen. Det er behandlingstilbudene som skal passe til barnet og ikke omvendt. Her må de som er ansvarlige for dette tilbudet stille helt andre krav enn de gjør nå, sier hun.

– Tror du historien er unik?

– Jeg tror dessverre ikke dette er unikt. Men jeg vet også at det er store forskjeller på behandlingstilbudene rundt i landet. Vi kan derimot ikke akseptere at barn utsettes for stadig nye brudd i sitt liv, fordi behandlingstilbudene ikke synes «kjemien stemmer», sier Anne Lindboe.

Trist

Seksjonsleder ved Barne- og ungdomspsykiatrien (BUP) ved Østfold sykehus, Lill Margrethe Eiken Hanssen, synes det er trist at rektoren opplever det slik, men kjenner seg ikke helt igjen.

– Jeg kan bare uttale meg om BUP Askim, men noen regler er generelle for alle BUP i Norge. Det er slik at vi må forholde oss til noe som heter prioriteringsveilederen fra Helsedirektoratet. Maks ventetid er tre måneder eller 12 uker. Ingen barn skal vente på behandling i Norge lenger enn dette, sier hun.

Dersom barn må vente lenger, er det fristbrudd.

– Da kan pårørende eller barnet finne et annet sted til behandling for barnet, for eksempel privat psykolog. Det er da helseforetaket som må betale for dette, sier Eiken Hanssen.

Slik foregår det

Barnet blir prioritert etter hva slags behandling det skal ha, etter henvisning fra fastlege eller barnevern.

– Skolevegring er det for eksempel fire ukers ventetid på. Andre alvorlige tilfeller kan komme inn i løpet av en uke. En ADHD-utredning vil måtte



VENTETID: De fleste barn som trenger hjelp, har hatt det vanskelig lenge før noen har tenkt at det bør henvises for å få hjelp. Så ventetiden er derfor mye lenger, sier barneombud Anne Lindboe. Arkivfoto: Marit Fonn.

vente i 3 måneder fordi dette ikke er en diagnose som er livstruende. Alle henvisninger blir drøftet i tverrfaglig team innen en uke med barnepsykiater, psykologspesialist, seksjonsleder, klinisk sosionom og sekretær til stede. Alle BUP-er har også akuttvakt slik at vi tar inn barn på øyeblikkelig hjelp samme dag de ringer. Dette er gjerne psykosevurdering, suicidvurdering eller et barn med stort symptomtrykk. Mottak av barnet vil være psykolog, psykologspesialist eller klinisk sosionom eller pedagog. Vi har alltid barnepsykia-

ter med i alvorlige vurderinger, sier hun.

– At rektor opplever at behandlingen har liten virkning kjenner jeg meg ikke igjen i. De aller, aller fleste barn får god behandling på BUP-ene og er symptomfrie, har fått symptomlette, eller har fått en utredning og diagnose etter behandling. Men vi klarer dessverre ikke hjelpe alle. Noen vil alltid ha problemer som de sliter med gjennom hele livet. Slik er det med voksne, og slik er det med barn, sier hun. ■■■

kari.anne.dolonen@sykepleien.no



Malin Sørvik Gustad

Alder: 32

Yrke: Flyktningkonsulent

Arbeidssted: Averøy kommune

Mange roller

Det kan være utfordrende både å sitte på pengesekken og vise empati.

Fortalt til **Susanne Dietrichson** Foto **Anders Tøsse**

Vi har bosatt ti flyktninger i Averøy kommune i sommer. For meg som flyktningkonsulent har det medført mange praktiske oppgaver. Jeg har innimellom følt meg som en mamma, men først og fremst er det mye administrasjon. Jeg har hjulpet dem med å finne bosted, skrive kontrakter, pusse opp, kjøpe busskort og orientere seg i lokalmiljøet. Det at jeg er sykepleier kommer også godt med. Noen har sykdommer som gjør at de må følges til sykehuset, apoteket og håndtere medisiner.

Jeg starter på jobb mellom halv åtte og åtte. Den første timen er som regel rolig og derfor litt hellig for meg. Jeg bruker tiden til å svare på mail, planlegge dagen og ta viktige telefoner. På ettermiddagen er jeg gjerne ute i felten, det vil si at jeg viser flyktningene rundt i lokalmiljøet, tar dem med i banken eller følger dem til tannlegen. For at de skal skape seg et nettverk, introduserer jeg dem for ulike fritidstilbud som trening og husflidslag. Det blir ofte til at jeg jobber litt utover kvelden, men det gjelder å sette en grense et sted.

Arbeidsdagen min er allsidig og variert. Jeg har daglig kontakt med de fleste av flyktningene – på godt og vondt. De er jo helt nye i samfunnet og forventningen deres stemmer ikke alltid overens med virkeligheten. Min oppgave blir derfor både å motivere dem og veilede dem i alt det nye de står overfor. Det kan lett oppstå misforståelser på grunn av kulturmotsetninger.

Jeg synes jobben min er spennende. Arbeidsoppgavene gir meg stadig nye utfordringer, noe som gir en god følelse av mestring. Jeg har mange forskjellige roller i løpet av en dag. Jeg skal være varm og forståelsesfull, men må samtidig sørge for at loven blir fulgt og at saksgangen går riktig for seg. Det er viktig å være empatisk, men bestemt når man både skal veilede dem i den situasjonen de står i og samtidig sitter på pengesekken. Av og til blir jeg beskyldt for å være urettferdig, men jobber med ikke å ta kritikken personlig. Som eneste ansatte i flyktningtjenesten i kommunen kan det til tider bli ensomt. Jeg skulle gjerne hatt noen å spille ball med.

Jeg opplever forståelse fra lokalbefolkning for jobben jeg gjør, også fra dem som i utgangspunktet har vært skeptiske til bosetting av flyktninger i kommunen. Vi har jo ofte fordommer mot det som er ukjent, og da er det godt å se at folk likevel stiller opp og hjelper til. Det er viktig for meg at jeg blir sett på som den personen jeg er i nærmiljøet mitt og ikke dømmes på grunn av jobben. ■■■

susanne.dietrichson@sykepleien.no

FAGARTIKKEL:
Simulerer seg trygge.
Side 48

FORSKNINGSNYHET:
Psykisk stress
etter skade. Side 52

FORSKNINGSARTIKKEL:
Vet lite om effekten
av turnus. Side 54

Annerledes
om endring.
**Se bokan-
meldelser**
side 62

Sykepleien

Fag

bøker
& kultur



INTERVJU:
«Jeg vil bringe inn
legens perspektiv.»
Side 60



KAN DEHYDRERES:
Det er viktig at mor og
barn ikke sendes hjem fra
fødeinstitusjonen før am-
mingen er skikkelig i gang.
Arkivfoto: Marit Fonn

Side
64

Side
68

«En form for empati er å føle ubehag
i møte med andres lidelse.» **PER NORTVEDT**



Inger Hilde Hagen,
høyskolelektor, Av-
deling for helsefag,
Høgskolen i Ålesund

Sven Inge Molnes,
høyskolelektor, Av-
deling for helsefag,
Høgskolen i Ålesund

Simulering kan gi bedre praksis

Bruk av simulering i undervisning av ABIO-studenter kan gi økt trygghet, større handlingsrom og bedre kvalitet på arbeidet de utfører.

Studenter innenfor videreutdanning i anestesi-, barn-, intensiv- og operasjons-sykepleie (ABIO) utdanner seg til å utøve avansert sykepleie til akutt og kritisk syke mennesker. Rammeplanen legger føringer for at spesialsykepleiere innenfor disse utdanningene skal kvalifiseres til å utøve sykepleie til pasienter som er rammet av akutt og/eller kritisk sykdom. Evnen til problemløsning og det å handle rolig i kritiske situasjoner er sentralt. Det settes store krav til medisinsk kunnskap og bruk av medisinsk teknisk utstyr. Videre er evnen til å kommunisere og samhandle med mennesker i krise sentralt (1). Tradisjonelt sett er slike utdanninger lagt opp med blokker av teoriundervisning i skolen og praksis i sykehus. Det har vært få tilfeller av praktisk øving i øvingsavdelinger for å trene på ulike prosedyrer og mellommennekelige ferdigheter.

Trygg trening

Gjennom simulering som pedagogisk metode får man anledning til å analysere kunnskapen. Simulering går ut på å la studentene trene på akutte situasjoner i trygge omgivelser. Kunnskapen blir synlig gjennom handling og dermed tilgjengelig for diskusjon. Simulering kan ses på som en videreføring av mester-svenntradisjonen. Hovedpoenget er læring gjennom aktivitet og samspill mellom forskjellige aktører. Det forutsetter en læringsprosess preget av refleksjon rundt teoretisk og praktisk kunnskapsbearbeidelse. Simulering handler om å bli tryggere i eget yrke og fører til at sykepleiestudentene husker bedre og har større læringsutbytte når de simulerer det de skal lære (2,3). Forskning viser at medisinsk simulering som læremetode gir kunnskap som man husker lengre enn tradisjonell undervisning fordi den er tilegnet gjennom selvopplevd praksis med etterfølgende diskusjon, noe som også virker sterkt motiverende (4).

Prosjektet

Ved Høgskolen i Ålesund ble det i 2012 avsatt midler til å innføre simulering som pedagogisk metode i avdeling for helsefag. Det ble opprettet en prosjektgruppe som skulle se på mulighetene for simulering både på bachelor i sykepleie, videreutdanninger og masternivå. Året før hadde man gjennomført et pilotprosjekt ved videreutdanning i anestesi-, intensiv- og operasjons-sykepleie (AIO). Flere av faglærerne tok i den forbindelse Train the Trainer-kurset ved SA-FER (Stavanger Acute medicine Foundation for

Education and Research) som kvalifiserte dem til å være fasilitatorer for fullskalasilulering. Videreutdanningen innenfor sykepleie til akutt og kritisk syke hadde også planer om å videreføre dette for kull 2012, som da også inkluderte videreutdanning i barnesykepleie. Dermed var det naturlig å starte med videreutdanningene når prosjektgruppen skulle utvikle og starte opp med simulering ved Høgskolen i Ålesund.

Første semester

I ABIO-studentenes første semester arrangerte vi fagspesifikk simulering. Hensikten med simulering var å forberede studentene på deres første praksisperiode. Vi utarbeidet læringsutbyttene til scenarioene med bakgrunn i alle faggruppens fagplaner. Spesialsykepleie emne 1 har som mål å gi kunnskap om ansvarsområde og profesjonell identitet, samt innføring i sykepleie til akutt og kritisk syke. Trygge og kjente omgivelser er viktig for læring. Siden læringsmetoden er ny for studentene, ble det viktig med en innføring i simulering som pedagogisk metode.

Anestesi-, intensiv- og barnesykepleiestudentene fikk hvert sitt fagspesifikke tilpassete scenario. Læringsutbyttet gikk på grunnleggende kunnskaper som innledning til anestesi til fastende pasient, observasjoner og prioritering av ABC (airway-breathing-circulation) og kopling av pasienten til relevant overvåkningsutstyr. I tillegg var det satt opp ferdighetsstasjoner, veiledet av spesialsykepleiere. De ulike stasjonene tok for seg prosedyrer som etablering av fri luftvei, funksjonstest av respirator, bruk av

Hovedbudskap

Vi erfarer at simulering som pedagogisk metode er svært godt egnet for våre studenter og turnusleger i det tverrfaglige samarbeidet. Vi ser også at simulering bidrar til et godt samarbeid mellom høgskolen og helseforetaket.

Nøkkelord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

» Pedagogikk » Undervisning » Simulering



SIKKERT: Simulering innebærer studentene trener på prosedyrer innenfor trygge rammer, uten at pasientene utsettes for fare. Foto: Privat

kuvøse, sprøytepumpe, fylling og oppkopling av arteriesett med mer. Operasjonssykepleiestudentene hadde ikke fullskalasilulering dette semesteret, men målet her var praktisk trening i kirurgisk hånddesinfeksjon, desinfeksjon av pasientens hud, steril påkledning av frakk og hansker, steril oppdekking av diverse kirurgiske felt og suturlære.

Mye av læringsutbyttet gikk, som beskrevet ovenfor, på utføring av ulike prosedyrer, men også på Non Technical Skills (NTS). Kommunikasjon med pasient og mellom fagpersonene var særlig vektlagt. Før fullskalasiluleringen fikk studentene først en kort rapport om hvilken pasient de skulle ta hånd om før de fikk litt tid til å forberede seg mentalt – *refleksjon før handling*. Selve scenarioet tok cirka 10–15 minutter avhengig av kompleksiteten – *kunnskap i handling*. Siste fase i læringsprosessen kalles *debriefing*, og denne tar lengst tid. Scenarioet ble systematisk evaluert – *refleksjon etter handling* (5). Her ble det lagt vekt på å forstå god praksis og hvorfor den var bra, før man diskuterte hva man kunne gjort annerledes og eventuelt bedre. Fasilitator styrer diskusjonen, men lar deltakerne være

aktive. Bakgrunnen for dette er å få studentene til å artikulere sin tause kunnskap. Studentene skal lære å begrunne sine handlinger ved å trekke inn teori, erfaringer og klinikk.

Andre semester

På andre semester ved ABIO-utdanningen vektlegger vi å videreføre spesialisykepleie til ulike akutt og kritisk syke pasientgrupper. Vi forventer at studenten utvikler kompetanse og ferdigheter om mer komplekse sykdomstilstander og spesielle behandlingsformer og prosedyrer.

Vi ønsket et simuleringssamarbeid mellom studentene ved ABIO og nye turnusleger ved Ålesund sykehus. Simuleringsuken ble planlagt med en felles dag for simulering for studentene ved ABIO, i tillegg til at faggruppene fikk en dag hver med fagspesifikke simuleringer. Bakgrunnen for at vi ønsket et tverrfaglig sammensatt team er at faggruppene normalt sett har et tett samarbeid både seg imellom og med leger i sin praktiske utøving av yrket i sykehus.

Fram til simuleringsuken hadde forelesningene hatt søkelys på svikt i vitale organer og

traumemottak. Studentene hadde hatt både teoretisk og praktisk gjennomgang av traumemottak etter TNCC-prinsippet (Trauma Nursing Core Course) og teori rundt BEST-prinsippene (Bedre og systematisk traumebehandling), før simuleringsuken.

«Man kan trene på alt fra enkle til mer avanserte prosedyrer.»

Dermed ble det planlagt et scenario som skulle gi felles læringsutbytte og dekke deler fra fagplanen. Disse gikk blant annet på kompetanse knyttet til komplekse og spesielle behandlingsformer, utføre delegerte medisinske oppgaver og rapportere endringer i sykdomstilstand til ansvarlig lege, observere, overvåke og vurdere pasienter under behandling, mestre bruk, kontroll og kvalitetssikring av avansert medisinsk-teknisk utstyr, handle selvstendig og faglig forsvarlig i akutte og kritiske situasjoner og profesjonell samhandling.



Scenario

Det tverrfaglige scenarioet for traumemottak var at en kvinne på 18 år hadde falt to–tre meter fra en klatrevegg. Pasienten blir meldt fra AMK og studentene skal organisere seg i traumeteam etter fagområde. Læringsutbytte til scenarioet var å identifisere, prioritere og behandle ABCDE-problematikk og kommunikasjon og samhandling i teamet. Læringsutbyttet bidrar til å begrense hva som skal ha oppmerksomhet under scenarioet og i debifingen. I tillegg til det planlagte fullskalascenarioet organiserte vi ferdighetsstasjoner og simulering som kunne ivareta deler av traumemottakscenarioet. Hensikten var at studentene kunne fordype seg i deler av scenarioet

«Hensikten var å gi studentene en så virkelighetsnær situasjon som mulig.»

som gjaldt innlegging av thoraxdren, holde kjevetak og ventilere, øve på medisinsk teknisk utstyr, prosedyrer og så videre. Vi hadde også en simuleringsstasjon som gikk på avansert hjerte-lunge-redning (AHLR). Studentene hadde på forhånd fått vite at det skulle simuleres et traumemottak og at det skulle foregå tverrfaglig, slik at de kunne forberede seg. Alle faggruppene har sine spesielle oppgaver i et traumeteam. Hensikten med treningen var å gi studentene en så virkelighetsnær situasjon som mulig, derfor ble hver gruppe inndelt med en turnuslege, og minst en student fra hver faggruppe ved ABIO.

Tredje semester

I tredje semester legger vi vekt på videreføring og fordyping i spesialsykepleie. Dette skal gi studenten grunnlag for å utøve spesialsykepleie på et selvstendig og faglig forsvarlig nivå. Det forventes at studenten skal opptre selvstendig og faglig forsvarlig både i praksisstudiene og teoriundervisningen. Teoriundervisningen vektlegger spesielt forskning, fagutvikling og avsluttende oppgave, noe som gir studentene et grunnlag i teoretisk fordyping. Evaluering av traumesimuleringen i andre semester viste at et stort flertall ønsket å simulere traumemottak to ganger etter hverandre. Bakgrunnen var å få anledning til å rette opp eventuelle feil, eller å utføre handlinger på en annen måte, etter å ha reflektert rundt

situasjonen. Vi tok dette til etterretning, og studentene fikk denne gangen simulere to scenarioer. Turnusleger fra Ålesund sykehus deltok også denne gangen. Vi tilstrebet å opprettholde samme gruppesammensetningene som semesteret før, men med økt vanskelighetsgrad. Det første scenarioet var at en tydelig ruset og utagerende pasient hadde vært utsatt for vold med kniv. Det andre omhandlet påkjørsel i gangfelt med omfattende bruddskader, pneumothorax og hjerneblødninger.

Evaluering

Evaluering av simuleringen i første semester ble gjennomført muntlig gruppevis etter debifing for hver gruppe, og tilbakemeldingene var svært positive. Samtlige studenter mente simuleringen og trening på praktiske ferdigheter var svært nyttig som forberedelse til praksis. Studentene mente de hadde utbytte av å øve seg både i en bestemt pasientsituasjon og på medisinsk teknisk utstyr. Simuleringsuken i andre semester ble evaluert både muntlig og skriftlig ved felles oppsummering. Det ble delt ut et spørreskjema som inneholdt seks spørsmål med plass til egne kommentarer, til alle som hadde deltatt. Studentene var svært fornøyde med dagen og spesielt simuleringstiltakene, som omhandlet traumemottak og AHLR. Flere ønsket å trene to ganger etter hverandre på samme scenario. De mente at dette ville føre til at gruppen som simulerte sammen kunne lære av de feil som ble gjort. En student la vekt på at han hadde hatt direkte nytte av simuleringstreningen han hadde hatt før første praksisperiode, da han støtte på tilsvarende tilfelle i praksis. Noen av studentene på ABIO sa de nå følte seg tryggere på simulering som læringsform og dermed ikke grudde seg til dette, slik de gjorde til første simulering. Faglærerne la også merke til at studentene virket tryggere i simuleringssituasjonen denne gangen. Noen av studentene i videreutdanningen opplevde noen ferdighetsstasjoner som lite relevante. Dette gjaldt kirurgisk påkledning og innleggelse av steril intermitterende kateterisering (SIK). Totalt 31 studenter fra ABIO, seks turnusleger og to medisinerstudenter deltok på den fagspesifikke simuleringsdagen som ble avholdt siste dagen i simuleringsuken. 34 av totalt 39 deltakere besvarte spørreskjemaet. Det blir en svarprosent på 87 prosent. Av disse var 26 studenter fra ABIO, seks turnusleger og to medisinerstudenter. 92 prosent av stu-

dentene ved ABIO mente at simuleringen i stor grad var en nyttig læremetode. Alle som besvarte spørreskjemaet (100 prosent) mente at simulering har stor nytteverdi som forberedelse til praksis.

Tredje semester ble evaluert muntlig etter at hver gruppe var ferdig med simuleringen. Også denne gangen ble simuleringen evaluert svært positivt. Studentene vektla verdien av tverrfaglig simulering, da de opplever dette som mest realistisk. De var svært fornøyde med å få simulere to ganger. De ble bedre kjent med hverandre som team, en trygghet som gjorde at de opplevde økt grad av mestring ved andre simuleringsrunde.

Konklusjon

Vi erfarer simulering og ferdighetstrening som gode læringsmetoder for ABIO-studentene. Studentene vil stå overfor krevende utfordringer gjennom sitt arbeid. Muligheten til å øve i ulike situasjoner vil kunne gi dem trygghet, et større handlingsrom og bedre kvalitet på arbeidet de utfører. Når vi har flere stasjoner som for eksempel fullskalasilulering og ferdighetstrening, er simulering en godt egnet og effektiv pedagogisk metode som stimulerer til engasjement og nysgjerrighet blant studentene. Simulering og ferdighetstrening bidrar til at man kan trene på alt fra enkle til mer avanserte prosedyrer. Vi ser også at pasientsikkerheten blir ivaretatt på en tilfredsstillende måte, ved at man trener innenfor trygge rammer uten at pasientene utsettes for fare. Høgskolen og praksisfeltet har knyttet tettere bånd i dette arbeidet, da de ulike instansene møtes for felles diskusjon og utarbeidelse av scenarioer. Avdeling for helsefag har som mål å være praksisnær, og et slikt samarbeid danner bro mellom teori og praksis. ■■■

REFERANSER

1. Rammepplan for videreutdanning i intensiv-, operasjon-, anestesio- og barnesykepleie. Utdannings- og forskningsdepartementet. Fastsatt 1. desember 2005.
2. Rauen CA. Simulation as a Teaching Strategy for Nursing Education and Orientation in Cardiac Surgery. AACN, 2004; 24: 46–51.
3. Østergaard D. National Medical Simulation training program in Denmark. Critical Care Medicine, 2004; 32: 58–60.
4. Helse- og omsorgsdepartementet. Høringsnotat til «Fremtidens helse-tjeneste» – Pasientsikkerhet, 2009. Online (lastet ned 05.12.12) <https://fremtidenshelsetjeneste.regjeringen.no/tema/pasientsikkerhet/enkelt-svar/9689/>
5. Reime MH, Harris A, Aksnes J, Mikkelsen J. The most successful method in teaching nursing students infection control – E learning or lecture? Nurse Education Today, 2008; 28: 798–806.



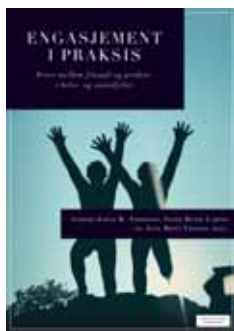
Helse-quiz

Universitetsforlaget gir ut Medisinsk spørrebok for helsefagsstudenter som en tilleggsressurs til andre læremetoder. Her får studenter i helsefag muligheten til å repetere kunnskapen innen fagområdene fysiologi, anatomi og cellebiologi på en morsom og annerledes måte. Medisinsk spørrebok for helsefagsstudenter inneholder 1780 spørsmål organisert rundt fagområdene fysiologi, anatomi og cellebiologi.

Sårbare eldre

Anne Lise Holm og Elisabeth Severinsson har gått gjennom flere studier som viser hvordan det å bli respektert og satt pris på av helsepersonell gjør at eldre pasienter føler de har noe av sin helse, verdi og verdighet i behold. De to er henholdsvis førsteamanuensis og professor ved institutt for helsevitenskap på Høgskolen i Vestfold. Selv om eldre mennesker har nedsatt funksjonsevne har de behov for å bli sett og bekreftet for å opprettholde verdighet og identitet. De er ofte svært sårbare overfor og samtidig avhengige av helsepersonell, så det å bli sett og forstått av dem har stor betydning for de eldres følelse av mestring og delaktighet.

Kilde: Forskning.no



Filosofi og praksis

Engasjement i praksis handler om etiske og filosofiske problemstillinger i helse- og sosialfeltet. Boka er en antologi og består av 13 kapitler av forfattere fra ulike fagområder innen for helse- og sosialarbeid. Forfatterne viser hvordan ulike tenkere og filosofiske retninger har betydning for praksis i bred forstand og hvordan disse kan hjelpe helse- og sosialarbeidere til å forstå egen praksis.

Partisk pleie

Fredag 20. september disputerte Marita Nordhaug for sin doktorgrad i profesjonsstudier ved Høgskolen i Oslo. Avhandlingen handler om partiskhet og upartiskhet i sykepleie med utgangspunkt i antakelsen om at prioriteringer i helsetjenestene medfører moralske dilemmaer i klinisk sykepleie. Bakgrunnen er den moralske konflikten sykepleieren opplever i det daglige, mellom pasientenes behov for pleie på den ene siden og de økende kravene om kostnadseffektivitet i helsevesenet generelt. Sykepleieres forpliktelse til å utøve individtilpasset og adekvat sykepleie utgjør en av de viktigste plikter og ansvar i sykepleieprofesjonen. Med utgangspunkt i dette argumenterer Nordhaug for sykepleierens rett til å prioritere den enkelte pasients behov for sykepleie framfor andre pasienter, med utgangspunkt i relasjonell nærhet til den aktuelle pasienten.

Kilde: www.hioa.no



Fysisk skade blir psykisk stress

En av fire pasienter hadde stressymptomer et år etter traumet.

Tekst og foto **Marit Fonn**

Sykepleier Laila Skogstad har undersøkt hva som skjer med pasienter som har vært utsatt for skader eller ulykker.

– Et betydelig antall sliter i ettertid, selv om de ikke har hatt store skader, konkluderer Skogstad, som disputerte i august.

Hun holder til på akuttklinikken ved Oslo universitetssykehus, Ullevål. På loftet der har hun flere forskende kolleger.

Alle pasientene hun har studert har hatt en så omfattende fysisk skade at de er tatt imot av traumeteamet. De kan ha vært utsatt for trafikulykker, fallulykker og vold.

Hos noen øker stresset

En tredel av de med lette skader slet med stressreaksjoner, angst eller depresjon etter ett år.

Traume-stress

I sin doktoravhandling har sykepleier Laila Skogstad forsket på posttraumatisk stress etter fysiske skader. Hun har blant annet sett på effekten av psykososiale samtaler med sykepleier.

► Skogstad tok utgangspunkt i 323 pasienter som var innlagt for skader på akuttmottaket på Ullevål sykehus i Oslo.

► På tre tidspunkt senere – etter 1, 3 og 12 måneder – har hun målt nivået av stress.

► Etter en måned hadde halvparten et stressnivå som burde få oppmerksomhet av helsepersonell. Etter et år hadde 25 prosent et vedvarende høyt eller økende stressnivå.

Etter en måned slet halvparten.

– *Ble du overrasket?*

– Ja, over at det var så mange. Og at det ikke var de med de tyngste skadene som nødvendigvis slet mest.

– *Fordi de var våkne da skaden skjedde?*

– Jeg har ikke studert de som var bevisstløse eller intuberte.

Hun påpeker at selv om de fleste klarer seg fint, er det likevel en god del som ikke gjør det.

Noen opplever høyt stressnivå i starten, og at stresset så avtar. For andre er det omvendt; stressnivået er lavt i starten, men så øker det. Noen har høyt stressnivå hele perioden.

– Særlig de to siste gruppene er det viktig å få fatt i, mener hun.

De som klarer seg fint, skal ikke bli pådyttet et tilbud de ikke trenger. Poenget er å finne dem som har behov for bearbeidingsamtaler.

– *Hva skal man spesielt se etter?*

– De med høyt stressnivå gjennom året hadde oftere hodeskader. Flere hadde tidligere hatt psykiske vansker. De som opplevde økende stress, hadde lavere utdanning og oftere skader i ryggmargen. En grunn kan være at det tar ekstra tid for dem å se konsekvensen av skadene.

Lettest for optimistene

De som ikke var i arbeid eller studier før ulykken, var også ekstra utsatt for stress. De med anlegg for optimisme hadde lettest for å komme tilbake i aktivitet.

– 70 prosent var tilbake til samme nivå av

arbeid eller studier etter et år. Men det betyr at 30 prosent ikke er tilbake.

– *Hvorfor ikke?*

– Noen av dem har vedvarende skader. Andre har vært intubert, noen hadde større hodeskader og trenger tid på rekonvalesens. Mer depresjonssymptomer er også en forklaring.

De som hadde sterke sanse- og følelsesmessige opplevelser knyttet til ulykken, opplevde mer stress og angst.

Ønsker å screene

– *Hvordan kan man finne de mest utsatte pasientene?*

– Ved å screene dem. Det heter seg at man ikke skal screene posttraumatisk stress før etter tre-fire uker, fordi de kan undervurdere sitt stressnivå eller fordi den naturlige reaksjonen på en unaturlig hendelse skal få tid til å roe seg. Men vi ønsker å kartlegge disse pasientene før de reiser hjem, for å sikre at de blir fulgt opp.

Hvor lenge de har vært innlagt kan variere fra noen timer til flere uker.

– Det er også viktig å fange opp dem som har vært utsatt for vold. Forskning viser at de oftere plages med posttraumatisk stress. En større andel av dem svarte ikke på spørreskjemaet.

Det fins screeningsverktøy blant annet for å kartlegge posttraumatisk stress.

– Reaksjoner kan komme snikende etter hvert. Vi må være ekstra oppmerksomme på dem som er ute av jobb og de med lavt utdanningsnivå. Det



ALVORLIG: Alle pasientene som sykepleier og forsker Laila Skogstad har snakket med, har vært innom dette traumerommet på Ullevål sykehus. Noen har dårlige minner knyttet til ulykken.

kan være lettere å gjennomføre og stille følgende spørsmål når man kan bruke et skjema.

Blir redde

Skogstad har som sykepleier alltid lurt på hvorfor noen klarer seg bedre enn andre etter akutte hendelser.

– En del blir redde. De vet ikke hvordan det vil gå. Å bistå pasienten til å gjenopprette en følelse av kontroll er viktig. Dette er psykologisk førstehjelp.

Flere pasientene gjenopplever bruddstykker av ulykken.

– Vi kan tilpasse informasjon og hjelpe dem med å mestre sterke reaksjoner som frykt og gråt.

Skogstad ønsker seg en poliklinikk der det psykososiale er satt i system.

– En slik klinikk kan i tillegg ivareta pasienter som har hatt hjertestans eller annen akutt livstruende sykdom. Og pårørende, som ofte blir glemt. Men tilbudet bør være på et somatisk sykehus, ikke i psykiatrien. I de fleste tilfeller dreier det seg om reaksjoner på en

traumatisk hendelse, ikke psykiatrisk sykdom.

– Er det mulig å få til en slik klinikk med trange budsjetter?

– Vi må nok jobbe med saken. Men jeg håper det. Vi er jo hele mennesker.

Skogstad opplever at sykepleiere kjenner seg igjen i hennes funn, ikke minst at pasienter i liten grad blir fulgt opp.

– Hvis de blir hjulpet tidlig, kan de unngå en del av de psykososiale plagene.

– Fant du noen kjønnsforskjeller?

– Man mener at kvinner er mer utsatt for posttraumatisk stresslidelse, men det fant ikke vi. Det er jo flest menn som skader seg. 64 prosent i våre studier var menn. Men det var flere kvinner enn menn som ønsket samtaler.

De som fikk samtaler med sykepleiere, opplevde ikke mindre stress i ettertid enn andre.

– Men de fikk færre depresjonssymptomer, var mer positive og hadde det bedre i dagliglivet enn de som ikke fikk samtaler.

Skogstad har fått respons på forskningen. Blant annet skal hun delta på et nordisk traumesymposium i høst.

22. juli-forskning

Som postdoktor er hun nå i gang med å studere nesten 1 800 spørreskjemaer som er kommet inn. De ble sendt til ulike typer personell som jobbet 22. juli 2011, som politi, brannvesen, forsvaret, frivillige og helsearbeidere.

«Reaksjoner kan komme snikende etter hvert.» Laila Skogstad

Blant annet har hun spurt hvordan de har mestret stress. Selv var hun del av det psykososiale kriseteamet på Ullevål sykehus.

Hun har jobbet som sykepleier i akuttmottaket og tatt vakter der innimellom forskningen. Skogstad er også utdannet psykotraumatomatolog.

– Psykotraumalogi er en metode for å bearbeide traumatiske hendelser. Man prøver å finne sammenhenger for å forstå og mestre sine reaksjoner.■

marit.fonn@sykepleien.no



Henriette Warpe, Høgskolen i Sogn og Fjordane

Bjørn Bjorvatn, Institutt for global helse og samfunnsmedisin, UiB, Nasjonal kompetansetjeneste for søvnsykdommer, Haukeland universitetssykehus

Siri Waage, Institutt for global helse og samfunnsmedisin, UiB, Nasjonal kompetansetjeneste for søvnsykdommer, Haukeland universitetssykehus

Einar Hovlid, Høgskolen i Sogn og Fjordane og Institutt for global helse og samfunnsmedisin, UiB

Ståle Pallesen, Institutt for samfunnspsykologi, UiB, Nasjonal kompetansetjeneste for søvnsykdommer, Haukeland universitetssykehus

Vet lite om helsefarene ved turnusarbeid

Presentasjon og drøfting av en kunnskapstest som viser hva sykepleiere vet om effekten av turnusarbeid.

Turnusarbeid er hyppig i dagens samfunn. Omtrent en tredjedel har slikt arbeid og bortimot 16 prosent av arbeidsstokken jobber av og til eller regelmessig natt (1). I en undersøkelse blant medlemmene i Norsk Sykepleierforbund ble det funnet at 22 prosent jobbet todelt turnus, mens 28 prosent rapporterte at de jobbet tredelt turnus (2). En rekke undersøkelser har vist at dette kan være belastende. Turnus- og nattarbeid har blant annet vist seg å være forbundet med søvnvansker (3), tretthet (4), søvnløshet (5), gastrointestinale lidelser (6), kardiovaskulære lidelser (7), brystkreft

(8), metabolske forstyrrelser (9), psykologiske symptomer (10) samt ubalanse i forholdet mellom jobb og familie (11). Turnusarbeid, særlig nattarbeid, ser også ut til å øke risikoen for feilhandlinger (12). Turnusarbeid ser i noen undersøkelser ut til å øke sykefraværet (13) og kan øke sannsynligheten for at man slutter i jobben (14). Derfor er det viktig at personer som arbeider turnus har kunnskap om potensielle konsekvenser turnusarbeid kan ha og hvordan man eventuelt kan motvirke disse. Norske helseprofesjonsutdannelse fokuserer i dag lite på slike problemstillinger (15).

Kunnskapstest

På bakgrunn av dette har vi utarbeidet en kunnskapstest om turnusarbeid. Testen ble laget over samme lest som tidligere kunnskapstester om søvn (16). Den besto av 24 flervalgsspørsmål, hvert med fire svaralternativer hvorav ett er korrekt. Deltakere var sykepleiere som var medlem av Norsk Sykepleierforbund, avdeling Hordaland. Disse ble invitert via e-post eller av sine ledere til å delta i en nettbasert undersøkelse om turnusarbeid. Sykepleierstudenter som var medlemmer av Norsk Sykepleierforbund i Hordaland ble også invitert til å delta på kunnskapstesten via e-post. Invitasjonene til å delta ble sendt av Norsk Sykepleierforbund. I alt svarte 1554 sykepleiere (1416 kvinner og 138 menn) med en gjennomsnittsalder på 41,4 år på alle

spørsmålene i undersøkelsen. 249 studenter (214 kvinner og 35 menn) deltok (75 førsteårsstudenter, 75 andreårsstudenter og 80 tredjeårsstudenter, 19 ukjent). Gjennomsnittsalderen til studentene var 25,7 år. Undersøkelsen var godkjent av Personvernombudet for forskning. Tabell 1 viser kunnskapstesten og hvor mange prosent av sykepleierne som svarte de ulike alternativene. Det korrekte svaralternativet og andelen som svarte dette er vist med fet skrift i tabellen. (Se tabell neste side.)

Det ble gitt ett poeng for hvert korrekte svar. Gjennomsnittskåren på testen var 12,5 for sykepleierne og 11,5 for sykepleierstudentene. Denne forskjellen var statistisk signifikant. Gjennomsnittskåren på testen for første-, andre- og tredjeårsstudentene var henholdsvis 10,8, 11,8 og 11,8. Analyser viste at det var forskjeller mellom årstrinnene med hensyn til kunnskap. Oppfølgingstester viste at førsteårsstudentene skåret signifikant lavere enn andre- og tredjeårsstudentene. Det var ikke forskjeller i totalskåren mellom andre- og tredjeårsstudentene. Samlet viser dette at testen skiller mellom grupper som forventes å ha ulik grad av kunnskap om turnusproblematikk (sykepleiere versus sykepleierstudenter; ferske versus viderekomne studenter).

Ved ren gjetning ville totalskåren i gjennomsnitt blitt 6 og andelen som skåret korrekt på hvert spørsmål ville blitt 25 prosent. Særlig spørsmål 4, 13, 20 og 22 ser i lys av dette ut til å

Hovedbudskap

Er sykepleieres kunnskap om helserisiko ved turnusarbeid og hvordan denne kan forebygges tilfredsstillende? Kunnskap om turnusarbeid og helserisiko bør implementeres i sykepleieres grunnutdanning.

Nøkkelord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

- › Turnus
- › Vaktordninger
- › Sykdom



TRENGER MER KUNNSKAP: Kunnskapsnivået om konsekvenser av turnusarbeid kunne vært høyere. Illustrasjonsfoto: © Maridav/NTBscanpix

ha vært særlig vanskelige. At gjennomsnittskåren ble 12,5 viser at sykepleiere besitter en viss kunnskap om turnusarbeid. Til tross for dette er det åpenbart at kunnskapsnivået kunne vært betydelig høyere da maksimumsskåren er 24. Dette er paradoksalt da tematikken direkte berører sykepleiernes egen helse og arbeidsvilkår. Siden vi ikke vet hvor representative deltakerne i undersøkelsen er for gruppene de ble rekruttert fra, bør en viss varsomhet utvises med tanke på generalisering av resultatene. Funnene er likevel i tråd med kunnskap om søvn hos andre helseprofesjonelle. For eksempel ble det funnet at gjennomsnittskåre for psykologer på en annen kunnskapstest om søvn med 24 spørsmål var 11,0 (15). På denne bakgrunn anbefaler vi at man øker oppmerksomheten på slike temaer i grunn- og videreutdanningene til helseprofesjonen. ■■■

«Funnene i tråd med kunnskap om søvn hos andre helseprofesjonelle.»

REFERANSER

1. Statistisk sentralbyrå. Arbeidskraftundersøkelsen. Arbeidstidsordninger 2012. Oslo: Statistics Norway, 2012.
2. Arbeidsdepartementet. NOU 2008:17. Skift og turnus – gradvis kompensasjon for ubekvem arbeidstid. Oslo: Departementenes servicesenter. Informasjonsforvaltning; 2008.
3. Flo E, Pallesen S, Åkerstedt T, Magerøy N, Moen BE, Grønli J, et al. Shift related sleep problems vary according to work schedule. *Occupational and Environmental Medicine*. 2013;70:238-245.
4. Yuan SC, Chou MC, Chen CJ, Lin YJ, Chen MC, Liu HH, et al. Influences of shift work on fatigue among nurses. *Journal of Nursing Management*. 2011;19:339-45.
5. Sallinen M, Kecklund G. Shift work, sleep, and sleepiness – differences between shift schedules and systems. *Scandinavian Journal of Work Environment & Health*. 2010;36:121-33.
6. Knutsson A, Bøggild H. Gastrointestinal disorders among shift workers. *Scandinavian Journal of Work Environment & Health*. 2010;36:85-95.
7. Puttonen S, Harma M, Hublin C. Shift work and cardiovascular disease – pathways from circadian stress to morbidity. *Scandinavian Journal of Work Environment & Health*. 2010;36:96-108.
8. Lie JAS, Kjuus H, Zienolddiny S, Haugen A, Stevens RG, Kjørheim K. Night work and breast cancer risk among Norwegian nurses: Assessment by different exposure metrics. *American Journal of Epidemiology*. 2011;173:1272-9.
9. Szosland D. Shift work and metabolic syndrome, diabetes mellitus and ischaemic heart disease. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*. 2010;23:287-91.
10. Bohle P, Tilley AJ. The impact of night work on psychological well-being. *Ergonomics*. 1989;32:1089-99.
11. Kunst JR, Løset GK, Hosøy D, Bjorvatn B, Moen BE, Magerøy N, et al. The relationship between shift work schedules and spillover in a sample of nurses. *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics*. i trykk.
12. Tanaka K, Takahashi M, Hiro H, Kakinuma M, Tanaka M, Kamata N, et al. Differences in medical error risk among nurses working two- and three-shift systems at teaching hospitals: a six-month prospective study. *Industrial Health*. 2010;48:357-64.
13. Nakata A, Haratani T, Takahashi M, Kawakami N, Arito H, Kobayashi F, et al. Association of sickness absence with poor sleep and depressive symptoms in shift workers. *Chronobiology International*. 2004;21:899-912.
14. Flinkman M, Laine M, Leino-Kilpi H, Hasselhorn HM, Salanterä S. Explaining young registered Finnish nurses' intention to leave the profession: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*. 2008;45:727-39.
15. Pallesen S, Nordhus IH, Sivertsen B, Ormvik S, Bjorvatn B. Psykologers kunnskap om søvn. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*. 2007;44:365-71.
16. Sateia MJ, Reed VA, Jernstedt GC. The Dartmouth Sleep Knowledge and Attitude Survey: development and validation. *Sleep Medicine*. 2005;6:47-54.



Ledd nr.	Spørsmål og svaralternativer	Prosent korrekt
1	Hvilken påstand er mest korrekt	
	A. Yngre ser generelt ut til å takle nattarbeid dårlige enn eldre	4,9
	B. Alder har ingen betydning for hvordan man takler nattarbeid	26,0
	C. Yngre ser generelt ut til å takle nattarbeid bedre enn eldre	63,4
	D. Folk mellom 40 og 50 takler nattarbeid best	5,7
2	Alle de følgende påstander som gjelder søvn- våkenhetsrytmen/ døgnrytmen er korrekt bortsett fra?	
	A. Ansatte i tredelt turnus får omtrent syv timer mindre søvn hver uke sammenliknet med ansatte som ikke jobber turnus	24,3
	B. Søvn vil ofte bli framskyndet (kommer tidligere i dag – natt perioden) etter hvert som vi blir eldre	18,3
	C. Forover turnusrotasjon (dag kveld- natt) gir størst søvnforstyrrelse	34,9
	D. Søvn- våkenhetssyklusen hos mennesker blir bestemt av både biologiske faktorer (for eksempel lysperiode) og atferdsfaktorer	22,4
3	Om lag hvor mange sykepleiere som arbeider turnus der nattarbeid inngår rapporterer om søvnproblem?	
	A. Ca 10 prosent	10,4
	B. Ca 40 prosent	54,5
	C. Ca 70 prosent	34,1
	C. Ca 100 prosent	1,0
4	Skiftarbeidslidelse har følgende diagnostiske kriterier bortsett fra?	
	A. Plager med søvnløshet eller økt søvnighet	16,0
	B. Søvnløsheten eller søvnigheten kan relateres til arbeidstidsordningen	18,7
	C. Nedstemthet etter nattarbeid	23,2
	D. Plagene må ha vart i mer enn en måned	42,1
5	Hva er den ideelle høneblund på nattevakt for å bedre fungering på vakt og samtidig kunne sove godt etter vaktens slutt	
	A. Tidlig på vekten med varighet på cirka 90 minutter	4,2
	B. Sent på vekten med varighet på cirka 90 minutter	3,7
	C. Tidlig på vekten med varighet på under 30 minutter	50,2
	D. Sent på vekten med varighet på under 30 minutter	42,0
6	Hva kjennetegner søvn etter endt nattevakt (sammenliknet med nattesøvn)?	
	A. Lengre innsøvningsstid enn vanlig	7,9
	B. Kortere søvnlengde	39,4
	C. Økning i REM-søvn	7,0
	D. Mer lett søvn	45,7

7	Hvilken krefttype har økt forekomst ved langvarig nattarbeid?	
	A. Føflekkreft	0,8
	B. Brystkreft	69,4
	C. Lungekreft	0,8
	D. Alle typer kreft	29,0
8	Hvilke av de følgende tilstandene er hyppigst forbundet med turnusarbeid?	
	A. Aneurisme	5,3
	B. Endokarditt	5,9
	C. Kardiomyopati	20,7
	D. Refluksplager	68,1
9	Hvilken tilstand har personer som arbeider turnus økt forekomst av sammenliknet med dagarbeidere?	
	A. Allergier	4,0
	B. Senebetennelser	4,5
	C. Magesår	89,1
	D. Isjias	2,4
10	Hvilket av de følgende symptom skiller generelt best mellom nattarbeider og dagarbeider?	
	A. Økt nedstemthet hos nattarbeidere	21,9
	B. Økt kløe hos nattarbeidere	0,8
	C. Økt hodepine hos nattarbeidere	19,9
	D. Økt tretthet hos nattarbeidere	57,3
11	Alle de følgende påstander som gjelder turnusarbeid og reproduksjon er korrekt bortsett fra?	
	A. Nattarbeid kan føre til nedsatt fruktbarhet	20,8
	B. Nattarbeid kan føre til spontanabort	18,1
	C. Nattarbeid kan føre til svangerskap utenfor livmoren	43,4
	D. Nattarbeid kan føre til for tidlig fødsel	17,6
12	Hva ser ut til å kjennetegne nattarbeidere som gruppe (sammenliknet med dagarbeidere)?	
	A. Økt total kolesterol	76,5
	B. Lavt total kolesterol	1,4
	C. Like høyt total kolesterol som dagarbeidere	1,7
	D. Økt total kolesterol for menn og lavt total kolesterol for kvinner	4,4

13 Hva skjer når du spiser om natten?

A. Opptak av vitaminer er lavere enn på dagtid 12,5

B. Nivået av triglyserider blir høyere enn på dagtid 27,2

C. Utskillelsen av magesyre blir høyere enn på dagtid 51,8

D. Kroppen responderer som på dagtid 8,5

14 Hva kjennetegner generelt gjennomsnittsvekten til nattarbeidere sammenliknet med dagarbeidere over tid?

A. Øker mindre hos nattarbeidere enn dagarbeidere 5,1

B. Reduseres for kvinner men ikke for menn 2,4

C. Stabil over tid 4,6

D. Øker mer for nattarbeidere 87,9

15 Hvilken påstand er korrekt i forhold til turnusarbeid og mortalitet?

A. Økt mortalitet for dagarbeidere sammenliknet med nattarbeidere 2,1

B. Noen undersøkelser viser ingen sammenheng, andre viser økt mortalitet for nattarbeidere sammenliknet med dagarbeidere 56,1

C. Ingen undersøkelser viser sammenheng 13,6

D. Alle undersøkelser viser høyere mortalitet for nattarbeidere enn dagarbeidere 28,2

16 Når og hvordan er det mest tjenlig å drikke kaffe på en nattevakt for å holde seg mest mulig våken på vekten og samtidig forstyrre søvnen minst mulig etter nattevakten?

A. En stor dose på begynnelsen av vekten 52,6

B. En stor dose midt i vekten 14,4

C. Små doser gjennom hele vekten 32,3

D. En stor dose på slutten av vekten 0,6

17 Hvor lang tid bør det være mellom hver vakt i turnusarbeid?

A. Minst 8 timer 23,1

B. Minst 11 timer 58,1

C. Minst 14 timer 14,1

D. Minst 17 timer 4,7

18 Hvor mange dager er det anbefalt å ha fri etter en nattskiftperiode på 3 påfølgende netter

A. Minst en dag 9,1

B. Minst to dager 57,0

C. Minst fem dager 27,9

D. Minst en uke 6,0

19 Hvilken type rotering er forbundet med færrest plager?

A. Fremover (dag- kveld- natt) 56,0

B. Bakover (natt – kveld – dag) 16,9

C. Hurtig rotering, uansett retning 4,3

D. Sakte rotering, uansett retning 22,8

20 Hva menes med «The healthy shift worker effect»?

A. Dagarbeideres helse bedres over tid 29,2

B. Turnusarbeideres helse bedres over tid 17,9

C. De som velger turnusarbeid har i utgangspunktet bedre helse enn dem som ikke velger turnusarbeid 26,1

D. De som velger turnusarbeid har i utgangspunktet dårligere helse enn dem som ikke velger turnusarbeid 26,9

21 Hvor mange som jobber permanent nattarbeid på land (ikke offshore) får optimal biologisk tilpasning til nattarbeid?

A. Ingen 30,8

B. Ca 10 prosent 51,7

C. Ca 50 prosent 16,4

D. Ca 80 prosent 1,0

22 Hvordan kan døgnrytmen best forsinkes for å bedre tilpasningen til nattarbeid?

A. Ved å ta en melatonin-tablett idet nattevakten starter 1,8

B. Ved å være mye ute i dagslys om morgenen 24,5

C. Ved å ta lysterapi i starten av nattevakten 8,5

D. Ved å sove om ettermiddagen før nattevakten 65,2

23 Hvor i en turnus bør nattevaktene legges?

A. Det har ingen betydning 41,0

B. I starten 10,6

C. I midten 5,5

D. Mot slutten 42,9

24 Hvordan anbefales en nattarbeider å spise?

A. Mest mulig på nattskiftet 0,5

B. Et stort måltid like før nattevakten starter 2,4

C. Så lite som mulig om natten (mellom 2400 og 0600), men det anbefales å spise frokost før man sover etter nattevakten 58,5

D. Flere små måltider gjennom hele nattevakten 38,5

Ny lærebok

Klinisk dermatologi og venerologi tar for seg hud- og kjønnssykdommer. Den er beregnet på medisinstudenter, men passer også for annet helsepersonell.

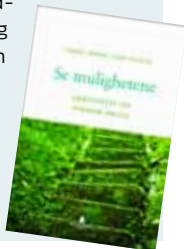
Boken er oversatt fra dansk og bearbejdet for norske forhold.



Arbeid og psyke

Se mulighetene heter en ny bok om arbeidsliv og helse. Også for de med psykiske helseproblemer er det viktig å ha en jobb, om de ønsker det. Torkil Berge og Eirik Falkum beskriver teoretiske forståelsesmodeller og konkrete tiltak som hjelper.

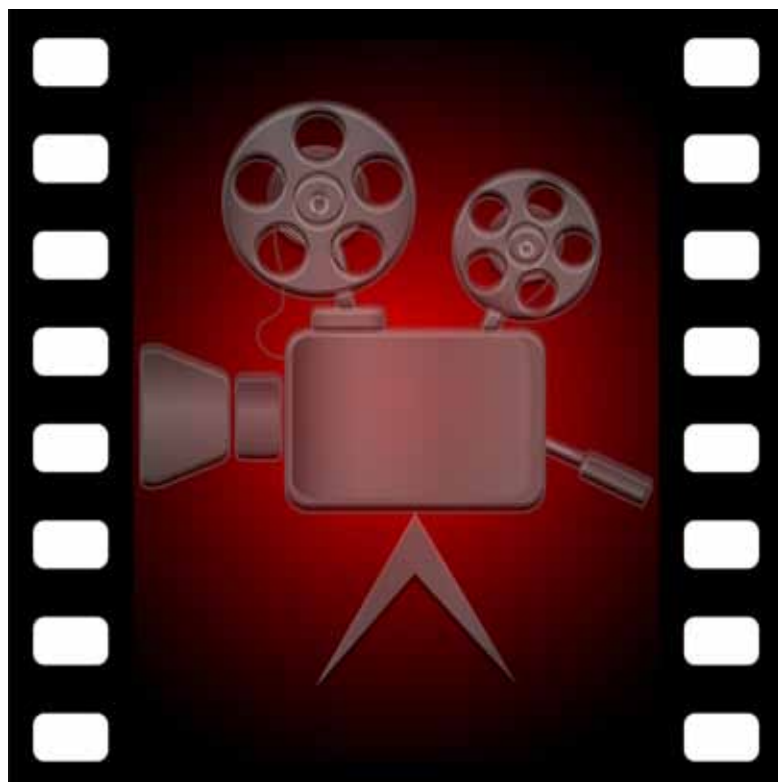
Boken er ment for rådgivere, behandlere, ledere og ansatte som er involvert i arbeid med helse, miljø og sikkerhet.



Om kjønns- sykdommer

Seksuelt overførbare infeksjoner og genitale hudsykdommer er kommet i ny utgave. Første utgave kom i 2002 og var den første norske boken på dette fagområdet. Forfattere er Harald Moi og Jan Martin Maltau.

Boken er først og fremst beregnet på leger og medisinstudenter.



Film for å forberede

Barn som skal opereres kan nå se film om hva som skal skje. Oslo universitetssykehus (OUS) har fått laget to filmer, en for barn og en for ungdom, som beskriver hva som skjer før og etter en operasjon.

Filmene er del av et prosjekt for å lage felles strategi for barn og unge som skal opereres på OUS.

Filmene ligger på sykehusets nettsider, og er tilgjengelige for alle.

Til å snakke om døden

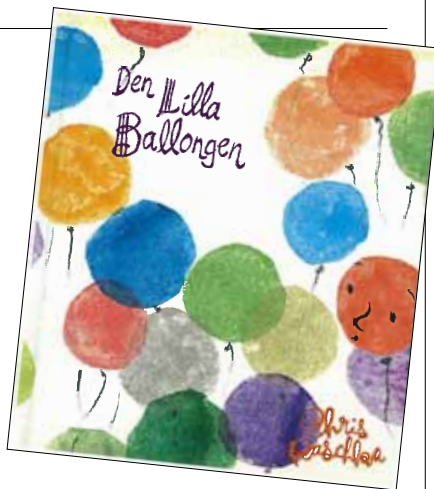
Den lille ballongen skal gjøre det lettere å snakke med barn som skal dø. *Ja til lindrende enhet og omsorg for barn* har fått midler fra Extra-stiftelsen til å gi ut boken, som er skrevet av Chris Rascha. Boken er oversatt fra engelsk til norsk.

Barn som vet at de snart skal dø og tegner følelsene sine, tegner ofte en blå eller lilla ballong som slippes fri og letter. Denne anekdoten fra Elisabeth Kübler-Ross har betydd mye for Natasha Pedersen, som har grunnlagt *Ja til lindrende enhet og omsorg for barn*. Hun håper helsepersonell vil bruke boken.

– Å snakke med barn om døden er utfordrende, og er noe helsepersonell ofte unngår. At barn skal dø er tabubelagt og strider mot alt. Barn skal leve, de er symbolet på livet, sier Pedersen, og sier at boken tar opp døden helt elementært og på barns premisser.

– Den kan være en døråpner og flytte oppmerksomheten mot barnet, håper hun.

Til boken hører et veiledningshefte med råd om hvordan boken skal brukes til barn i forskjellig alder. Alle landets barneavdelinger vil få boken tilsendt. I tillegg kan den kjøpes fra nettsiden barnepalliasjon.no



Norske barn strekker seg

Norske barn er høyere i dag enn for 30 år siden. Det viser tall fra Vekststudien i Bergen. Men helsevesenet bruker vekstkurver fra Verdens helseorganisasjon, som avviker fra vekstmønsteret i Norge. Derfor mener forskere at man heller bør benytte lokale vekstkurver.

Vekststudien baserer seg på målinger av norske barn mellom 0 og 19 år i årene 2003 til 2006. Over 8 000 barn ble målt, og i tillegg er det brukt data fra det norske fødselsregisteret fra årene 1999 til 2003.

I gjennomsnitt har gutter blitt 3,4 centimeter høyere og jenter 2,5 centimeter høyere. Årsakene til veksten forklares med bedre ernæring, mindre sykdom og gener.

Kilde: Universitetet i Bergen



Skriver om brystkreft

Solveig Bøhle har selv hatt brystkreft. I *Diagnose: Brystkreft* forteller hun om egne og andre kvinners erfaringer med sykdommen og behandlingen. Som forfatter og tidligere journalist har hun møtt sykdommen med nysgjerrighet.



Veiledning om helse

Helsemessige utfordringer knyttet til livsstil, sykdom og skade gjør at helsepersonell må styrke sin pedagogiske kompetanse. Boken *Helseveiledning* konkretiserer hvordan veiledning kan tilpasses ulike formål i helsetesenet. Den skal belyse utfordringer og muligheter innenfor fagutvikling og forskning innen slik veiledning, og henvender seg til masterstudenter i sykepleie og andre helsefag. Temaet er primært relatert til individer og grupper, men settes også i et samfunnsperspektiv. Boken skal også være nyttig for andre. Redaktør er Bjørg Christiansen.



Disputerer om tvang

Sykepleier og forsker Maria Knutzen har kartlagt og analysert data for bruk av tvangsmidler i tre norske psykiatriske akuttavdelinger. Hun har nettopp disputert for doktorgraden med avhandlingen *Tvangsmidler i psykiatriske akuttavdelinger*. Hvordan brukes de og hva kjenner tegner pasientene? Hun disputerte ved Universitetet i Oslo.

Knutzen har gjennomgått håndskrevne

tvangsmiddelprotokoller fra årene 1996–1997 og 2004–2005. Datene herfra ble, sammen med data fra elektroniske journaler, brukt til statistiske analyser. Hun fant flere faktorer som økte sannsynligheten for bruk av tvang, blant annet det å være henvist til innleggelse på tvang og å ha mange og lange innleggelses.

Kunnskap om slike faktorer kunne brukes for å forebygge bruk av tvang.

Ny master

Universitetet i Tromsø har startet egen masterutdanning i sykepleie. Studiet retter seg mot sykepleiere med klinisk erfaring, er på deltid og har desentralisert struktur.

Landets første akademiske utdanning for sykepleiere, sykepleierlærerutdanningen kalt SLUT, startet opp i Tromsø. Tromsø var også først ute med embetsstudie i sykepleievitenskap. De siste årene har universitetet tilbudt en tverrfaglig helsemaster, men nå er det igjen mulig å ta en sykepleiemaster.



Vil ha mer tid

I palliativ behandling er omsorg til pårørende viktig. I sin masteroppgave ville Åse Grøthe få mer kunnskap om pårørendes erfaringer i en palliativ avdeling

og øke kunnskapen blant helsepersonell. I en artikkel i siste nummer av *Kreftsykepleie* skriver hun om funnene. Hun brukte kvalitativt intervju som

metode. De som ble intervjuet hadde vært pårørende på samme palliative avdeling.

Grøthe deler opp funnene i tid, familiens betydning og viktigheten av å møte profesjonelle fagpersoner. Tid var det første temaet som kom opp, og ett aspekt var usikkerheten om tid. De lurte på hvor lenge den syke hadde igjen å leve, og syntes helsepersonell ikke informerte godt nok. Et annet aspekt var mangel på tid.

Familiens betydning handlet om å ha tid sammen og at barna ble ivaretatt. At flere familiemedlemmer var sammen ga mulighet for å støtte hverandre. Det var svært viktig hvordan helsepersonell ivaretok barn. Pårørende hadde også behov for veiledning i hvordan de skulle ivareta barn og unge med deres sårbarhet.

Viktigheten av å møte profesjonelle fagpersoner handlet om god lindring, at det er plan og kontinuitet i arbeidet, at pårørende blir sett og at helsepersonell har ekte interesse for fagfeltet. Å bli sett, gjenkjent og navngitt var verdifullt.

EGET FAGBLAD: Artikkelene denne saken er hentet fra står på trykk i *Kreftsykepleie*, et fagblad for medlemmene i NSF's faggruppe for kreftsykepleiere.



Avdelingen bruker nettverkskart, som er et viktig hjelpemiddel for helsepersonell. Det brukes også familiesamtaler, nettverksmøte og individuell plan.

Åse Grøthe skriver også at det ikke alltid er enkelt å bruke standardiserte verktøy. Erfaring fra praksis viser at det er veldig mange måter å nærme seg pårørende på. Det må vurderes hva den enkelte trenger.



EGNE ERFANINGER: Pårørende til pasienter på palliative avdelinger vil føle seg trygge på at den syke blir ivaretatt. Illustrasjon: Colourbox

Drømmen om det umulige samfunnet

Utopier har ikke noe godt rykte. Det er ikke uten grunn. Drømmen om det endelige og gode samfunnet har mang en gang havnet i grøften. Veien til paradiset har vært brulagt med blod. Det utopiske samfunnet er landet som ikke er. Første gang navngitt i Thomas Mores bok *Utopia* i 1516.

Moore levde i et rått og brutalt England, i stor motsetning til den kommunistiske idealstat han skildrer i boken. I hans idealsamfunn hersker det toleranse, liberalisme og godvilje mellom menneskene.

Det er lett å harselere med utopier og utopister. Likevel tenker jeg at vi alle bærer i oss en drøm om det gode samfunnet. Denne visjonen finnes det mye av i litteraturen. Jeg fant min visjon i et felles nordisk prosjekt fra 1982, Norden år 2030. Utopien var et forent Norden dannet av de nordiske statene, som bygget på en likevekstøkonomi og et utstrakt demokrati.

Det utopiske er noe som realpolitikere og pragmatikere gjerne snakker negativt om. Utopister har blitt dømt som urealistiske drømmere. Kritikerne har da glemt at utopiene uttrykker en kritikk av det eksisterende samfunn. De er mer enn virkelighetsflukt. De er konkretiseringer av håp som mennesker bærer i seg. I utopiene fins historiens kollektive drømmer om et annet og bedre samfunn. I dagdrømmene og fantasien ligger forandringens drivkraft. Å lese litteratur som formidler slike visjoner, blir derfor viktig når vi skal møte de enorme utfordringene menneskeheten står overfor. I utopiene ligger det et håp.



Kjetil Myrnes

Legestemmen

Wasim Zahid gir medisin til folket.

Tekst **Nina Hernæs** Foto **Stig Weston**

Jeg savner helsepersonell i debatten, sier Wasim Zahid.

Nyhetene er fulle av slag og hjerteinfarkt. Valgkampen har flommet over av helse, køer og brutte løfter. Men de som ytrer seg mest, står sjelden selv på et sykehusgulv. Det gjør Zahid.

Han er kjent som twitterlege og kjendislege. I stedet for å mure seg inne med vitenskapelige artikler om ekkokardiografi, logger han seg på og deler kunnskap med folk flest. Nå også i bokform. *På liv og død. En leges bekjennelser*, heter boken. Her forteller Zahid historier og refleksjoner fra sine ti år som lege. «Litt tidlig å komme med sine bekjennelser», undret en kollega. Zahid ser poenget, men tror på å lære av erfaring. Han kan bli en bedre kliniker og skape en større forståelse for de valg og prioriteringer han gjør.

– Jeg vil bringe inn legens perspektiv, sier han rolig.

I boken beskriver han både lykke og sorg. Avveiningene når han vurderer å avslutte behandling av gamle og syke, pasienten som plutselig får hjertestans bare dager etter at han har undersøkt henne og ikke funnet noe galt. Og gleden over å stille riktig diagnose og gi behandling når livet henger i en tynn tråd.

Han spesialiserte seg i kardiologi og indremedisin. For å finne ham, må man gjennom lange ganger på Rikshospitalet. Fra veggene følger gamle overleger med, foreviget med maling og pensel. På intervensjonssenteret, der Zahid har kontor, er det koselig og forskeraktig. Ingen hvite frakker. Ingen pasienter. De møter han i bijobben som allmennlege.

– Er du med og river legen ned fra pødestallen?

– Legeyrket har tradisjonelt vært veldig lukket og hemmelighetsfullt, sier han.

– Med informasjonssamfunnet følger mer åpenhet. Jeg vil vise hva som skjer bak dørene.

Han beskriver det å være lege som en emosjonell berg-og-dal-bane. Kaller legeyrket spennende og glamorøst, men også tyngende og ensomt. Mens de fleste andre yrkesgruppene har en annen i hierarkiet å spørre om råd, er legen på toppen. Han eller hun må fatte beslutningene alene. I boken hans er ikke legen en suveren småkonge, men et menneske som alle andre, med tvil og usikkerhet.

«Klokken fire på morgenen er jeg mest ensom.»

– Jeg tror det er fint for folk å se at vi er mennesker, sier han.

– Samtidig er det viktig at vi utviser autoritet og faglighet. Å vise usikkerhet tror jeg ikke rokker ved vår autoritet, jeg tror heller vi får større respekt. Så lenge vi ikke vinger.

Med informasjonssamfunnet kommer også de informerte pasientene. I boken beskriver han en ung mann som resolutt avviser hans forslag om hostesaft med forskning som viser at effekten er null.

– Er informerte pasienter utfordrende?

– Egentlig ikke. Jeg tenker på deres intensjon, og den er å bli bedre. De ønsker jo bare å sørge for egen helse og å hjelpe legen på vei. Å være mot informerte pasienter er håpløst, fordi informasjonen ligger der og en utdannet befolkning benytter seg av den.

Han selv er med å vise vei, men understreker at man ikke blir lege av å lese seg opp på en diagnose.

– Folk kan ikke lese seg til det kliniske blikket eller erfaringen en lege har. Det sies at pasienter kan mer enn leger. Ikke for å være arrogant, men jeg har aldri opplevd at en pasient har visst mer enn meg om helheten.

– Men det må ha vært irriterende å bli satt på plass av hostesaft?

Han smiler.

– Jeg visste det jo egentlig, men i et øyeblikks svakhet foreslo jeg hostesaft for å ha noe å tilby og for å bli ferdig med konsultasjonen. Det burde jeg ikke gjort. Historien viser vel hvor

viktig det er å være skjerpet og ikke ta snarveier.

På nettet lager Zahid caser og diskuterer dem med hvem som helst.

– Lærer du noe av å diskutere med andre enn leger?

– Ja, jeg synes det er berikende. Andre ser ofte ting fra en annen vinkel. Jeg mener jeg er blitt en mer reflektert person ved å være på Twitter.

Han synes det er morsomt å drive folkeopplysning og ville gjerne gjort det mer.

– Utfordringen er at for mye er morsomt. Jeg liker å være i debatter, men jeg liker også å jobbe med pasienter, være hands on. Jeg føler jeg bør begrense meg litt.

Men han skriver gjerne flere bøker og er ny spaltist i VG Helg. Eget tv-

program kunne vært fint. Det er tabu-
belagte temaer han gjerne skulle tatt
opp, som døden og alvorlig sykdom.
Og han er opptatt av pårørende.

– Det er mye snakk om hva helse-
vesenet kan gjøre for syke og døende,
men for meg er medmenneskelighet
viktig, at venner og familie stiller
opp for hverandre. Det hender at
eldre, syke pasienter ligger i flere
døgn uten besøk. Folk har arbeid
og mye å gjøre, men jeg opplever at
nærhet og medmenneskelighet har
gått litt tapt.

Ensomheten som lege kjenner han
mest på kveld og natt. Når han alene
har ansvaret for 100 pasienter og han
føler seg litt utenfor sykepleierfelles-
skapet på vaktrommet.

– Klokken fire på morgenen er jeg
mest ensom, sier han.

– Familien sover hjemme, og jeg
kan lure på hva jeg driver med.

Men tvilen slipper taket fort. For
han er glad i yrket sitt. Stolt over å
bære stetoskopet rundt halsen. Frak-
ken dropper han, den er både uprak-
tisk og uhygienisk.

– *Hva sier andre leger om boken?*

– Jeg får mest tilbakemelding på
nett, og de som er der er kanskje like
meg, men de er positive. De er dagens
leger, ikke gårdsdagens.

– *Burde andre i helsevesenet skrive
bøker som din?*

– Absolutt. Jeg savner flere stem-
mer.

– *Også sykepleiernes?*

– Jeg ville i hvert fall lest bøkene
deres. ■■■



Wasim Zahid

Aktuell med: På liv og død. En leges bekjennelser



Evy Kristine

– Retten til et annerledesbarn
Av Siri Fuglem Berg
Z-forlag, 2013
Utgitt med støtte fra Fritt Ord
154 sider
ISBN 978-82-93187-12-7
Anmelder: Laila Solli Reitan,
intensivsykepleier

Vakkert, grusomt, inderlig vondt

ANMELDELSE: Forfatter Siri Fuglem Berg er anestesilege med doktorgrad i immunologi. Etter å ha båret frem et barn med trisomi 18, har hun engasjert seg i debatten om fosterdiagnostikk og sorteringssamfunn.

Da hun ventet sitt fjerde barn, fikk hun og ektemannen den tøffe beskjeden om at barnet de ventet var sykt og ikke ville leve mer enn kort tid. Da de gjorde et annet valg enn forventet, fikk de et sjokkerende møte med et helsevesen som var ute av stand til å hjelpe dem. De følte at de ikke ble sett, ivaretatt og akseptert. Da de tok dette «annerledesvalget» følte de seg sviktet og at de påførte samfunnet en ekstra byrde. De følte de ikke fikk et reelt valg.

Dette er ei bok som vil åpne øynene på leseren. Siri Fuglem Berg skriver rett fra hjertet. Du blir med på en gri-

pende reise igjennom en graviditet, fødsel og et kort liv. Hvordan er det å bære frem et barn du vet skal dø? Forfatteren gir oss et innblikk i dette. *Vi holder ut, vi mestrer, vi går den tunge veien sammen med den lille*, skriver hun. Hun beskriver reisen som verdifull og som en berikelse av deres liv, til tross for vanskene og sorgen. Hun stiller mange åpne spørsmål i boka for å få oss til å tenke. For eksempel hvem som skal bestemme hva som er et godt liv eller ikke.

Boka er også med på å avmystifisere det døde barnet. Det døde barnet i magen, barnet som dør og barnet som er sykt og vil dø. Dette er også i dagens samfunn et grusomt faktum, som fortsatt er forbundet med mange tabuer.

Jeg mener at boka handler om den vanskelige delen ved å jobbe i helse-

vesenet. Den handler om hvordan vi skal kunne hjelpe disse familiene som har det vondt. Hva skal til for at foreldrene til disse barna føler at de får hjelp? Hvordan skal barna hjelpes? Dette handler om å stå i det sammen med foreldrene når det røyner på som verst. Det handler om å våge.

Boka kan være en hjelp for gravide med et sykt barn i magen. Den bør leses av alle som jobber i svangerskapsomsorgen og kan brukes som supplement til faglitteratur.

Den bør også leses av politikere, fordi den er høyaktuell i debatten om tidlig ultralyd. Forfatteren ønsker at diskusjonen om tidlig ultralyd skal gi svar på om det skal tilbys for å gi en helsegevinst eller bare for å selektere. Kampen Siri Fuglem Berg fører er retten til å bære frem et barn med avvik. ■■■



Langsomme jordskjelv

Erfaringer med demens midt i livet
Av Ragnhild M. Eidem Krüger
240 sider
Forlaget aldring og helse
ISBN: 978-82-8061-207-6
Anmelder: Liv Wergeland Sørbye,
professor

Ryster og skaker

ANMELDELSE: Tenk at du er enegget tvilling. Din bror får diagnosen Alzheimers som 57-åring. Du kan håpe på at diagnosen ikke er arvelig, men både du og din familie er på vakt. Tre år senere har du selv lidelsen.

I en annen familie: En mor på 78 forstår ikke hva som er i ferd med å skje med hennes 49 år gamle sønn. Det var hun, og ikke han, som nå skulle fått kognitiv svikt.

I denne boken er det lett å komme på innsiden av 21 pasienthistoriene som beskrives. Langsomme jordskjelv ryster og skaker leserens følelser og verdier. Forfatteren, Ragnhild M. Eidem Krüger, har lang erfaring innen journalistikk og demensomsorg. Hun har en unik evne til å skape gode dialoger med informantene. Fortellingene blir nære samtidig som det faglige perspektivet blir ivaretatt. Historiene blir ofte

fortalt av den nærmeste pårørende. De ulike utfordringer den enkelte familien møter, skaper bredde og faglig dybde, noe som gir leseren ny kunnskap. Ulike fagfolk bidrar også med fakta om de ulike demenssykdommene og medikamentene mot demens. Boken er finansiert av Helsedirektoratet som en del av pårørendesatsingen under Demensplan 2015.

Yngre pasienter med demens er ofte yrkesaktive når de første symptomene melder seg. Mens familien undrer seg på hvorfor deres nære oppfører seg underlig, ser kollegene at de ikke mestrer jobben. Krüger beskriver hvor vanskelig det er, både for familie og fastlege, å forstå at en relativt ung person har en demenslidelse. Utrekningsfasen blir ofte lang, og før diagnose er det få støtteordninger som fungerer. Hun viser hvor viktig det er for de yngre de-

mente og deres familie med skreddersydde tilbud. Til tross for kognitiv svikt kan en fysisk sprek femtiåring oppleve arbeidsglede og mestring.

Hun bruker familienes erfaringer til å gi eksempler på hjelpetiltak som fungerer bra, men gir også konkrete eksempler på svikt og hindringer i det offentlige hjelpeapparatet. Spesielt blir yngre som er yrkesaktive rammet hardt, også økonomisk. Dette merkes særlig i situasjoner hvor heldøgns plass blir påkrevd.

De som har fortalt sin historie står fram med fullt navn, og de fleste også bilde. De fungerer som sannhetsvitner og gir boken økt tyngde.

Yngre med demens finnes i våre nærmiljø. Som sykepleiere vil vi også møte disse som privatpersoner og kanskje bidra til at støttetiltak blir iverksatt for det er gått for lang tid. ■■■

Aldring som ressurs

ANMELDELSE: Linn-Heidi Lunde er spesialist i aldringspsykologi og har lang erfaring med terapi til eldre og med akademisk arbeid. Med denne boken ønsker hun å kaste et mer nyansert og positivt lys på aldring. Hun ser på aldring som en ressurs, ikke som et symptom på svekkelse og sykdom, som det dessverre ofte forbindes med i vårt samfunn.

Lunde gir en kort, konsis og lett forståelig introduksjon til biologiske, psykologiske og sosiale prosesser som er i samspill med hverandre under aldring. Dessuten kommer hun med gode praktiske råd som kan bidra til å beholde de fysiske, psykiske og sosiale funksjonene. Det kan være fysisk aktivitet, hjernetrim i form av å lære et nytt språk eller spille et instrument, sosialt samvær eller å engasjere seg i lokalsamfunnet. Hun viser til nyere nasjonal og internasjonal forskning.

Lunde belyser hvordan en stereotyp oppfatning av eldre henger sammen med fordommer og dis-

kriminering rettet mot eldre. Ikke minst i helsevesenet, der eldre ikke får tilbud om kognitiv behandling mot lett til moderat angst eller depresjon begrunnet med at det ikke hjelper. Både norsk og amerikansk forskning avkrefter denne tenkning, holdning og atferd, og viser at eldre kan ha like stort utbytte av kognitiv behandling som yngre. Lunde oppfordrer helsepersonell til å bekjempe denne stereotype tenkningen via bevisst språkbruk, ved å engasjere seg og gi tilbakemeldinger eller skrive avisinnlegg når media framstiller eldre negativt.

Kognitiv terapi og mindfulness (til stede i øyeblikket) går som en rød tråd gjennom hele boken. Leseren får et innblikk i et verktøy som kan brukes når man opplever belastninger i livet. Lunde kommer med alternative løsninger til å mestre vanskelige livssituasjoner på en konstruktiv måte, i stedet for å bruke unngåelsesatferd som kan forsterke påkjenninger. Gjennom ordtaket «din tanke er din

skjebne» vises det hvordan denne kognitive tilnærming kan bidra til å utvikle helsefremmende atferd.

Det er morsomt å lese hvordan kognitiv terapi, som har vestlig opprinnelse, knyttes til mindfulness, som har buddhistisk opprinnelse. Begge deler kan bidra til å fremme helse. En ting jeg savner er mer om hvordan flerkulturelle eldre kan mestre livets påkjenninger. I det norske samfunnet, som de siste tiårene har blitt økende flerkulturelt, ville det vært svært interessant å lese mer om.

Boken anbefales likevel på det sterkeste til alle som jobber klinisk med eldre, eller som selv blir eldre. Sykepleiestudenter som har praksis i eldreomsorgen eller jobber med fordypningsoppgaver, kan ha nytte av å se hvordan teori, praksis og nyere forskning er forbundet med hverandre. Linn-Heidi Lunde gir klart uttrykk for at denne boken ikke er en selvhjelpsbok. Likevel synes jeg at deler av boken kan brukes som veiledet selvhjelpsbok. ■■■



Aldring ingen hindring

Vekst og utvikling hele livet

Av Linn-Heidi Lunde

200 sider

Gyldendal Akademisk, 2012

Anmelder: Sabina Hockic, klinisk spesialist i psykiatrisk sykepleie

Hva leser du nå?



Leser aldri på sengen

– Akkurat nå leser jeg partiprogrammene, sier **Thomas Lykken**.

En uke før valget saumfarer fylkeslederen fra Oppland programmene både av faglig og personlig interesse.

– Jeg lurer på om jeg skal stemme strategisk eller etter personlig overbevisning, sier han.

– Leser du partiprogrammene på

senga også?

– Nei, så gæren er jeg ikke. Lese på senga gjør jeg heller ikke, da får jeg bare vondt i nakken.

Når Lykken leser, er det helst på nettbrett. Mest rapporter, lite skjønnlitteratur.

– Det blir vel en bok i året, tipper han.

– Og neste bok blir nok Jo Nesbøes *Politi*.

Kristiane F. er en bok han husker godt.

– Den skildrer det å være narkoman. Jeg leste den på ungdomsskolen, og den gjorde stort inntrykk.

Tekst og foto **Nina Hernæs**



FAG Helsesøster

Kari-Johanne Sølvsnes, helsesøster, jobber for tiden i hjemmesykepleien mellom vikariater som helsesøster.

Torunn Helene Brattås, helsesøstervikariat Rakkestad helsestasjon og hjemmesykepleien.

Gry Ulvedalen, helsesøster og adjunkt med opprykk, teamleder Østfold Fagskole, Faglærer i barsel- og barnepleie.

Tidlig hjemreise kan føre til dehydrering

Kort liggetid på barselavdelingen synes å medføre flere reinnleggelser av dehydrerte nyfødte i sykehus.

I den vestlige verden i dag blir liggetiden i barselavdelingene stadig kortere. I USA, der mye relateres til biler, er uttrykket «drive-through-deliveries» blitt brukt. De siste tiårene har man også sett en reduksjon av liggetiden på norske barselavdelinger, mor og barn reiser hjem etter bare to, tre dager (1). Forskning viser at kortere liggetid i barselavdeling kan være en risikofaktor for utvikling av alvorlig dehydrering blant norske nyfødte (2). Forskerne mener her at man ser økt antall innleggelser av nyfødte med alvorlig dehydrering på grunn av sviktende amming. Det er ikke uvanlig at nyfødte går ned opptil 10 prosent av fødselsvekten, før de snur i vekt noen dager etter fødsel.

Mesteparten av denne nedgangen skyldes tap av væske og har sammenheng med at melkeproduksjonen ikke har kommet ordentlig i gang. I de tilfeller der barna ikke får nok melk eller væsketapet er patologisk, kan vekttapet bli enda større. Gjennomsnittlig vekttap i nyfødtperioden rapporteres å ligge rundt 6–7 prosent. Laveste vekt når de som regel ved to til tre dagers alder, og brysternærte barn innhenter i gjennomsnitt fødselsvekten etter åtte til ni dager (3). I denne artikkelen vil vi se nærmere på hvordan helsesøster kan bidra til å forebygge dehydrering hos nyfødte etter at mor og barn er skrevet ut fra barsel. Hensikten er også å belyse farene ved at mor og barn så raskt blir sendt hjem fra barselavdelingen.

Problemstilling

Dehydrering hos spedbarn er en potensielt livstruende tilstand, med fare for tromboser, cerebrale blødninger og hypovolemisk sjokk. Nyfødte som får utilstrekkelig væsketilførsel, har økt risiko for hypertont dehydrering med hypernatremi (4). Det vil si at barnet har redusert evne til å konsentrere urin med påfølgende stort renalt vanntap, i tillegg til vanntap gjennom hud og lunger. Elektrolyttforrådene vil være bevart, og dermed vil konsentrasjonen av natrium være stor. Risikoen for hypertont dehydrering stiger med graden av det relative vekttapet, og hypernatremi ble i studiene observert først etter fjerde levedøgn (5). I dag reiser mor i gjennomsnitt hjem fra barselavdelingen før eller akkurat idet ammeprosessen er kommet i gang. Samtidig viser studier økt innleggelse av nyfødte med dehydrering som følge av sviktende amming. Lege og forsker Malin Eberhard-Gran ved Folkehelseinstituttet spør om helsetjenesten er organisert slik at dagens barselkvinner, og deriblant de nyfødte barna, blir tatt godt vare på når de drar tidlig hjem (1). For førstegangsfødende er det vanlig at ammingen kommer i gang på tredje eller fjerde dag. Det betyr at mor reiser hjem før ammeprosessen er kommet ordentlig i gang. Det er stor variasjon både i innhold og kvalitet på barselomsorgen i Norge, og på flere sykehus planlegger man at nyfødte og barselkvinner reiser hjem innen 24 timer (6). Medisinsk kunnskap og erfaring tilsier at det ikke er nødvendig med et langt sykeleie etter en fødsel, men den reduserte liggetiden vi opplever nå har selvfølgelig også sammenheng med økonomi i helsetjenesten.

Artikkelen er basert på en litteraturstudie, og problemstillingen er: «Hvordan kan helsesøster bidra til å forebygge dehydrering hos nyfødte?» Vi vil først vise til relevante resultater av forskning og rapporter som bidrar til å belyse problemstillingen, deretter diskutere resultatene i lys av aktuelle funn i offentlige dokumenter.

Artikkelen er basert på en litteraturstudie, og problemstillingen er: «Hvordan kan helsesøster bidra til å forebygge dehydrering hos nyfødte?» Vi vil først vise til relevante resultater av forskning og rapporter som bidrar til å belyse problemstillingen, deretter diskutere resultatene i lys av aktuelle funn i offentlige dokumenter.

Resultater

Det er begrenset med forskning på barselomsorg. Marit Heiberg refererer til en systematisk oversikt fra 2002 av studier med til



Hovedbudskap

De siste tiårene har man sett en reduksjon av liggetiden på norske barselavdelinger, mor og barn reiser ofte hjem etter to, tre dager. Enkelte steder er det satt i gang prosjekter hvor mor og barn skal reise hjem etter seks timer. Den kortere liggetiden er ikke kompensert for med andre tilbud. Studier viser økt innleggelse av nyfødte med dehydrering som følge av sviktende amming.

Nøkkelord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

› Nyfødt › Dehydrering › Amming



GODE RUTINER: Godt samarbeid mellom fødeinstitusjon og helsestasjon gir bedre oppfølging av mor og barn. Arkivfoto: Erik M. Sundt.

sammen 3600 kvinner, der man så på tidlig hjemreises innvirkning på kvinner med et normalt svangerskap og som fødte til termin (1). På grunn av studienes metodiske begrensninger kunne man ikke si noe bastant om fordeler eller ulemper ved tidlig hjemreise fra sykehuset. Altså fantes det i 2002 for lite og for dårlig forskning på emnet. Dette kan tyde på at kortere liggetid ikke bygger på kunnskap, men er innført som et økonomisk incitament. Mangel på forskning kan føre til at omsorgen i større grad blir styrt av sedvane enn av forskningsbasert kunnskap.

Reinnlagt med vekttap

En studie som er gjort ved barneklubben ved Haukeland universitetssykehus (2), konkluderer med at kortere liggetid i barselperioden kan

ammeteknikk som gjorde at det var vanskelig for barnet å få nok melk.

Hjemmebesøk

I en studie av Michel Boulvain et al. observerte man også en tendens til flere reinnleggelser av barn i en hjemmeomsorgsgruppe i løpet av de seks første månedene etter fødsel (7). Denne studien er en sveitsisk randomisert kontrollert studie, basert på 459 kvinner med lavrisikosvangerskap i tiden fra november 1998 til oktober 2000. 228 kvinner reiste hjem etter 24–48 timer og ble fulgt opp av jordmor tett i etterkant, mens 231 kvinner lå på sykehuset i fire til fem dager etter fødsel og mottok tradisjonell barselomsorg. Det ble konkludert med at tidlig hjemreise og jordmorbesøk i hjemmet etter fødsel kan være et akseptabelt alternativ til lengre opphold på sykehus.

I en undersøkelse fra et dansk sykehus i 2005 fant de at 4,9 prosent av de nyfødte ble reinnlagt med et vekttap >10 prosent, hvorav en fjerdedel med hypernatremisk dehydrering (8). Undersøkelsen viste at nyfødte barn ofte skrives ut før de har en tilfredsstillende ernæringstilstand. Forfatterne anbefaler regelmessig veiing, helst fjerde til femte dag, da dette vil kunne avsløre fallende vekt og indisere behandling før tilstanden blir livstruende. De konkluderer med at hjemmebesøk bør skje innen sjuende dag.

Ammeveiledning

Tidlig hjemreise etter fødsel kan gi nye utfordringer for familien. Esther Hjalhmult har gjort en omfattende undersøkelse av betydningen av helsesøsters hjemmebesøk (9). I Bergen så de at da helsesøster kom hjem til barselkvinnen ble det færre ekstrakonsultasjoner på helsestasjonen i etterkant. Antall utførte hjemmebesøk er redusert de siste årene. Samtidig som mor og barn utskrives tidligere fra fødeinstitusjonen viser det seg også at ammefrekvensen har sunket. Hennes forskning viser også at mødre som hadde fått hjemmebesøk, oppga at de fikk bedre ammeveiledning og var tryggere i eget miljø. Hvis mor opplever større trygghet i eget miljø, vil hun muligens også være mer fornøyd med ammeveiledningen. Dette vil igjen ha betydning for barnets vekst og utvikling.

Særlig sårbare

I rapport fra tilsyn med barselomsorgen (6) viser de faktiske tallene at det er liten forskjell på liggetiden for førstegangsfødende og flergangsfødende. Fødeinstitusjonene har selv

myndighet til å avgjøre når barselkvinnen og barnet er utskrivningsklare, og det viser seg at to–tre liggedøgn blir praktisert både ved de fødeinstitusjonene som tilbyr hjelp ved barsel-poliklinikk og de som ikke gjør det. Blant dem som ble skrevet ut i løpet av ett til tre døgn var det også kvinner som ble omfattet av begrepet «særlige sårbare grupper» som enslige, førstegangsfødende, tenåringsmødre, barn med lav fødselsvekt og så videre. I tillegg viser det seg at liggetiden etter kompliserte fødsler bare i få tilfeller er lengre enn fødsler uten komplikasjoner. Flere helseforetak hevder at barselkvinnene selv ønsker å reise tidlig hjem, mens helsesøstre viser til at barselkvinnene selv rapporterer om høyt tempo og trangt om plassen ved barselavdelingene og at de av den grunn ønsker å reise hjem etter to-tre døgn.

Stortingsproporsjon 91 slår fast at den pågående utviklingen med tidligere utskrivning fra fødeinstitusjonene vil stille økte krav til den lokale barselomsorgen (10). Det å være frisk barselkvinne med en normal fødsel er kanskje ikke ensbetydende med at hun ikke trenger oppfølging når hun kommer hjem.

Behovsstyrt omsorg

Bjørn Backe, overlege ved Kvinneklubben på St. Olavs Hospital, spør om helsetjenesten er god nok til å differensiere mellom de som ønsker og kan reise hjem tidlig og de som faktisk både bør og skal ha ett eller flere døgn ekstra på barselavdelingen (11). Han mener det er på tide å flytte diskusjonen om barselperioden fra lengden av barseloppholdet etter normal fødsel, til behovet for oppfølging og støtte etter fødsel. Et eksempel på dette er at omtrent 65 prosent av alle barselkvinner i Fjell kommune i Bergen nå får barselomsorg på kommunalt nivå (12). Prosjektet JordmorHeim tilbyr oppfølging av barselkvinner og nyfødte som er skrevet ut før Føllings prøve er tatt. Oppfølgingstiden er primært den første uka etter fødsel. JordmorHeim har tett samarbeid med helsesøstre i Fjell som overtar oppfølgingen etter den første uken. Den nye familien slipper da å reise tilbake til sykehuset for barsel-poliklinikk og Føllings prøve.

Ifølge norske forskrifter skal hjemmebesøk tilbys før det er gått to uker (13). Norske helsesøstre har gjennom årtier tilbudt hjemmebesøk til foreldre med nyfødte barn. Helsetilsynet har i det siste fått tilbakemeldinger fra helsesøstre i kommunene om svikt i helsetilbudet til nyfødte og deres familier. Helsestasjonene registrerer en økning av foreldre som er usikre i forhold til

«For førstegangsfødende er det vanlig at ammingen kommer i gang på tredje eller fjerde dag.»

være en risikofaktor for utvikling av alvorlig dehydrering hos nyfødte. Forskerne har gjennomgått journaler over alle fullbårne barn under tre uker som ble reinnlagt fra hjemmet med vekttap på 12 prosent av fødselsvekten. De ble sammenliknet med kontrollbarn fra barselavdelingene. Av barn født i perioden 2002–2008, viste det seg at 38 barn (1 prosent) ble identifisert, av totalt 37 321. Det er en signifikant økning av antall innleggelser grunnet dehydrering per år i denne tiden. Gjennomsnittlig liggetid i barselavdelingene gikk ned fra 3,5 døgn til 2,7 døgn i samme tidsrom. Gjennomsnittsalder ved reinnleggelse var seks døgn, og vektneidgangen var i gjennomsnitt 15 prosent av fødselsvekten.

Lite væskeinntak

Den kvalitative studien beskriver en pike som ble lagt inn på sykehus med et betydelig vekttap som krevde behandling og nøye overvåkning (5). Mor fortalte at barnet alltid virket sultent og at det lå mye ved brystet. Barnet virket kvikt og hadde ingen andre åpenbare tegn på dehydrering, men det var usikkert hvor mye urin det hadde kvittert i bleiene. Blodprøver var forenlig med hyperton dehydrering med hypernatremi og mest sannsynlig kom dette av for lite væskeinntak. Mor hadde for lite melk og det viste seg at hun hadde tilegnet seg en uhensiktsmessig

det nyfødte barnet, og det handler hovedsakelig om ammeproblemer og spørsmål om barnet får i seg nok næring (6).

Rutiner og samarbeid

Gode rutiner og samarbeid mellom fødeinstitusjon og helsestasjon er viktig for å sikre effektiv oversendelse av fødselsmeldinger og mulighet for tidlig hjemmebesøk. Tilsyn med barselomsorgen viser at fødselsmeldingen ofte kommer for sent til helsestasjonen, det vil si først etter at familien selv har tatt kontakt for å få hjelp (6). Det kan i praksis bety at fra mor reiser hjem til helsesøster kommer på hjemmebesøk, kan det gå mer enn de to ukene man anbefaler i veilederen (3). Nødvendig oppfølging av mor og barn de første dagene må skje i samarbeid mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten, og helsesøster bør gi alle et tilbud om hjemmebesøk i løpet av den første uken etter fødsel. Helsesøster er hovedaktør når det gjelder å følge opp det nyfødte barnet ved helsestasjonen. Det er selvfølgelig betenkelig at tilsyn med barselomsorgen viser at bare 57 av 98 nybakte familier hadde fått hjemmebesøk innen to uker etter fødsel, 41 av 98 familier hadde ikke fått hjemmebesøk i det hele tatt. Av disse var det 15 førstegangsfødende (6).

Stortingsmelding nr. 12 sier at helsestasjonene skal kunne motta elektronisk melding om fødsel raskt etter at barnet er født, men per i dag vet vi at et slikt elektronisk meldesystem ikke fungerer overalt (14). For å sikre at helsestasjonen får tidlig beskjed om fødsel kan helsesøster ringe barselavdelingen selv, men dette ikke er et godt nok system.

Veiging viktig

Forskningen viser at når friske kvinner med normale fødsler ønsker å reise tidlig hjem fra barselavdelingen, er det fullt forsvarlig så lenge det er en utbygd helsetjeneste i kommunen til å ta imot mor og barn (1). I Stortingsmelding 12 står det at svangerskap og fødsel er en normal livshendelse og ikke en sykdom. Dette er samtidig en svært sentral livshendelse hvor det i enkelte situasjoner kan stå om liv og død, både for mor og barn. Tjoras undersøkelse fra Bergen viser at insidensen av reinnleggelse av dehydrerte barn har økt i takt med kortere liggetid på barsel (2). Tjora mener at veiging er den eneste sikre måten å avdekke stort vekttap på. Han mener at oppførsel hos barnet, gulsott, urin- og avføringsfrekvens ikke er sensitiv nok til å fange opp risikobarn. Nyfødte kan være be-

tydelig dehydrerte uten å være klinisk preget av dette. Tidlig veiging etter hjemreise kan derfor være nødvendig for å fange opp risikobarn og forhindre alvorlig dehydrering (5). Alf Meberg ved barnesenteret, Sykehuset i Vestfold, sier i en kommentar i Tidsskrift for Den norske legeforening (15) at veiging i første eller andre leveuke er nødvendig for å oppdage at ernæringen av barnet er utilstrekkelig. Han mener at veiging er en enkel prosedyre å gjennomføre som gir gode resultater på å forebygge dehydrering.

Gorm Greisen (16) referer til en dansk forsker, Ester Garne, som foreslår en rutinemessig veiging i slutten av første leveuke. Det er enkelt og i tråd med de nye norske anbefalinger om veiging og måling i helsestasjonstjenesten. Hun mener derimot at et alternativ til veiging kan være bedre informasjon om kliniske tegn på dehydrering, som for eksempel tørre bleier.

Helsesøstre bør ta viktigheten av veiging på alvor, og nye anbefalinger sier nå at spedbarn bør veies innen sju til ti dager for å kartlegge ammesituasjonen (3). Ved å komme tidlig på hjemmebesøk og veie barna ser man om ammingen er godt etablert og om barnet legger på seg tilfredsstillende. Ifølge norske forskrifter skal hjemmebesøk skje innen to uker, men siden flere sykehus nå planlegger å sende hjem mor og barn innen 24 timer etter fødsel, bør hjemmebesøket finne sted innen sjuende dag. Det er alvorlig at spedbarn i ytterste konsekvens kan bli innlagt med dehydrering på grunn av for lite melk fra mor, når undersøkelser viser at den hyppigste årsak til for lite melk er feil ammeteknikk.

Mangelfull vektoppgang hos brystnærte barn bør følges opp med kartlegging av ammesituasjonen, etterfulgt av adekvate råd og evaluering av amming og vektutvikling til situasjonen er avklart (3).

Regjeringen anbefaler at det på grunn av tidlig hjemreise må bygges opp kompetanse ved helsestasjonene for å utføre nødvendige medisinske undersøkelser av nyfødte (14). Det må også være nok kapasitet til å følge utviklingen hos nyfødte, blant annet for å sikre at ammingen kommer i gang og at vektøkningen har startet.

Konklusjon

Kort liggetid på barselavdelingen kan være en risikofaktor da det viser seg at flere nyfødte er blitt reinnlagt på sykehus på grunn av alvorlig dehydrering, hvor sviktende amming er en av hovedårsakene. Både norske og internasjonale

studier antyder at tidlig hjemreise etter fødsel ikke innebærer negative konsekvenser for det nyfødte barnet, så sant det er etablert en kompetent tjeneste som er lett tilgjengelig og som møter barselkvinnens og det nyfødte barnets behov (6). Helsestasjonen må sikre at alle får

«Den hyppigste årsak til for lite melk er feil ammeteknikk.»

tilbud om tidlig hjemmebesøk da gode veie- og oppfølgingsrutiner kan forebygge mangelfull vektoppgang og dehydrering hos nyfødte. Helsesøster bør veie nyfødte helst etter fjerde-femte dag og innen sju til ti dager for å kartlegge ammesituasjonen. Dehydrering kan forebygges ved at man kommer tidlig på hjemmebesøk, for å observere og veie de nyfødte samt sikre god ammeveiledning. ■■■

REFERANSER

1. Helberg M. Barselomsorg gjennom tidene. Tidsskrift for jordmødre, tema 2008.
2. Tjora E, Karlens LC, Moster D, Markestad T. Early severe weightloss in newborns after discharge from regular nurseries. Acta Paediatr 2010; May; 99(5): 654-7
3. Nasjonale faglige retningslinjer for veiging og måling i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. 2011. Helsedirektoratet.
4. Jacobsen D, Ingvaldsen B, Kjeldsen SE, Lund K, Solheim K. Sykdomslære: indremedisin, kirurgi og anestesi. Opplag 6. Oslo: Gyldendal akademisk, 2009.
5. Tjora E, Reigstad H. En seks dager gammel pike med vektredgang. Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 868-9.
6. Korleis tek fødeinstitusjonane og kommunene vare på behova til barselkvinna og det nyfødde barnet i barseltida? Rapport frå tilsyn med barselomsorga. Rapport fra helsestilsynet 3/2011. Helsestilsynet.
7. Boulvain M et al. Home - based versus hospital - based postnatal care: a randomized trial. RCOG 2004 BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology 2004; 111: 807-13.
8. Reilev M, Børch K, Pryds OA. Hypernatremisk dehydrering hos nyfødte - hvorfor stigende incidens? Ugeskrift læger 2007; 169: 1227-31.
9. Hjalmsvilt E. Skal helsesøster tilby hjemmebesøk til alle foreldre med nyfødt barn? Sykepleien Forskning 2009; 4(1): 18-26.
10. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) Prop. 91 L. (2010-2011) Helse- og omsorgsdepartementet.
11. Backe B. Fødsel, barsel og ritualer. Tidsskr Nor Legeforen 2003; 123: 3510.
12. Jordmorheim i Fjell kommune: Rapport http://www2.fjell.kommune.no/Tjenester/Tenestebeskrivelser/JordmorHeim-i-Fjell/
13. Forskrift om kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten § 2-3. (2003) Helse- og omsorgsdepartementet. Lovdata.
14. En gledelig begivenhet - om en sammenhengende svangerskaps- fødsels- og barselomsorg. St.meld.nr 12 (2008-2009) Helse- og omsorgsdepartementet.
15. Meberg A. Veiging er viktig i barseltiden. Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129:869-70.
16. Greisen G. Veining af nyfødte - for en sikkerheds skyld? Ugeskrift læger 164/48. 2002.



Per Nortvedt,
professor ved seksjon
for medisinsk etikk,
Universitetet i Oslo.

Ubehag er ikke nok

Moral og innlevelse må vernes om. Bærebjelkene i etikken er skjøre. Det har all erfaring og historie vist oss gjennom overgrep og ondskap i liten og stor skala, også utført av leger og sykepleiere i uniform.

Jeg avsluttet min forrige spalte med å gi noen eksempler på empatisk sensitivitet i sykepleien. Jeg spurte også om hva som er det spesifikt moralske ved det å berøres av et annet menneskes subjektive situasjon, slik som dets smerte, glede eller ubehag. Hvis jeg føler bekymring for min nestes situasjon, så er selvsagt det noe grunnleggende moralsk, nemlig at man i bunn og grunn bryr seg om pasientens ve og vel.

Etikk og moral

Det er imidlertid to forhold som gjør at dette ikke er så enkelt. Det ene har å gjøre med et klassisk skille mellom moral og etikk; hva man i en spesiell situasjon føler er riktig å gjøre og hva man etter refleksjon og begrunnelse finner ut er en etisk riktig handling. Det andre spørsmålet er mye vanskeligere. Når man spør hva som er det moralske ved empatisk berørthet så spør man om hva som kjennetegner vår erkjennelse av moralske og etiske problemstillinger overhodet.

Men først, litt om forholdet mellom moral og etikk. Man ser realiteten i en pasients smerte gjennom den sympati og medfølelse som vekkes overfor den enkelte pasient i den enkelte situasjon. Følelsesmessige deltakelse gjenspeiler ofte realiteten i pasientens lidel-

se. Man rett og slett ser og forstår alvoret i situasjonen slik den framstår for pasienten. Men det å forstå at en annen har det vondt innebærer også en moralsk forpliktelse, det innebærer ansvar. Følelser bidrar til å forstå betydningen av pasientens situasjon slik den oppleves av pasienten. Dette er moralens anliggende.

Etikk, derimot dreier seg om å begrunne hva som er rett. Følelser kan ikke være målestokken hva som er etisk rett eller galt. Hva vi føler kan ikke bestemme hva som er etisk rett. Til det kreves refleksjon, avveining av andre relevante hensyn, hva som er realistisk

personen. En form for empati er å føle ubehag i møte med andres lidelse. Men ubehaget er ikke nok, hvis man ikke også bryr seg.

Men hva er det som gjør at man ser en annens situasjon, smerte, ubehag, bekymring og glede som en grunn til å bry seg om den andre? Hva er det som gjør at man ikke like godt snur seg bort, rømmer vekk eller tar en beroligende tablett? Er omtanke noe som er nedarvet gjennom evolusjonen, som en form for beskyttelse av familien, gruppen og egeninteresse? Er det fordi kristendommen og vår kulturarv har lært oss dette, eller er det de profesjonsetiske prinsippene internali-

«Er omtanke noe som er nedarvet gjennom evolusjonen?»

å gjøre, i form av faglige, verdimessige, juridiske og erfaringsbaserte avgjørelser.

Vi må bry oss

Likevel, og her kommer vi til det andre spørsmålet: Å berøres av noe moralsk innebærer å se betydningen av noe for noen andre enn oss selv. Det innebærer å se at noe står på spill for et annet menneske og det innebærer at man bryr seg om hva dette betyr for den andre

sert gjennom vår utdanning og yrkesutøvelse som har lært oss noe? Eller er det alt dette og likevel noe annet?

Jeg har ikke noe enkelt svar på disse spørsmålene. Det finnes kanskje mange svar. Kanskje det er slik at visse ting i livet erfarer vi som moralsk forpliktende, akkurat som nøden i en annens blick kan opprøre oss. Kanskje er det som filosofen Levinas sier, at ansiktet, det menneskelige blick fanger oss i et ansvar som



sprenger grensene for det vi kan forstå og forklare. Uansett ligger det en moralsk kvalitet i noen mellommenneskelige erfaringer som er helt sentrale i praktisk sykepleie og som utgjør en viktig drivkraft og en uvurderlig kilde til vårt moralske engasjement som yrkesutøvere og medmennesker.

Moralsk sensitivitet er viktig

Hvorfor er dette viktige spørsmål, ved siden av at det vekker filosofisk nysgjerrighet? Det er viktig fordi det er så mye som står på spill her. Alle disse kilder til moral og innlevelse må vernes om, hegnes om og kultiveres politisk, pedagogisk, psykologisk osv. De er så skjøre, disse bærestolpene i etikken.

Derfor er kanskje spørsmålet om moralsk sensitivitet så viktig og så stort at vi stadig må spørre oss om hva dette er, hvordan det fungerer, hvordan det er viktig og hvorfor disse evnene må beskyttes. I sykepleien og menneskebehandlernde profesjoner gjelder dette særlig. Ikke minst i sammenhenger sykepleierens står i, der hun eller han utøver makt, må bruke tvang, når en må prioritere i vanskelige situasjoner, er vår moralske sensitivitet en viktig kilde til moralsk dømmekraft og profesjonalitet. ■■■



☺	GIVER	DYR SENG	BE- HAND- LING	PRON. BIB- NAVN	FLER- KONERI	ORGAN	TALL SVAR	LØGN- AKTIGE	DYR RI	LY	HAVNA	TALL	VØRTE
TREN- ING- ENE													
ORG. SAMMEN- TREKN.		HYL			SJARM		GUD RUSJ	TVILTE FOR- RYKT			MO- DERNE TEMAER		
									MÅL	FJERN- SYN	RYDDE FORF.		UNDER- SKUDD
KON- SON- ANTER		GRUS- RYGG	HOTES	BRUK- KET	FUGL		LYS DYR						
ARTERIE					SYK- DOM- MEN								
TELE- MARKS BYGD					HINNE		GATA		LØS- LATE	VEKST- EN	ORDET SKIPSF.		
SKIPS- FORK.				AN- SATTE	LEIR	ART.	LYDEN	LYKKE- LIG	SJEF			SINT	DR.
SYKE- PLEIER												PÅ- LEGG	BYGE SVEVE
DRIKK		KON- SERN							RADIO- KANAL		LIKE	HYP- PIG PARTI	
ORD STRÅL- ING			MAS			ELV			PLAGG				

Se løsning på kryssord side 73

Quiz

Tekst **Nina Hernæs**

Er du en kompetent sykepleier? Test kunnskapene med vår aktuelle og nådeløse quiz!

1 Hvilken hudsykdom lider Jonas Gahr Støre av?

- A Varicella
- B Vertigo
- C Vitiligo

2 Hva kjennetegner sykdommen?

- A Vabler rundt ørene
- B Eksem på hendene
- C Hvite flekker på huden

3 Hva står NCD for i begrepet «NCD-sykdommer»?

- A New clinical diseases
- B Nasal cellular dysfunction
- C Noncommunicable chronic diseases

4 Hvilke av disse er NCD-sykdommer?

- A Hjerte- og karsykdommer, diabetes, kroniske lungesykdommer og kreft
- B Angst, depresjoner, personlighetsforstyr-

relser og tvangslidelser

- C Kronisk bihulebetennelse, polypper, rennende nese og neseblood

5 Hva er auriculæ alatae?

- A Trang forhud
- B Utstående ører
- C Blomkålnese

6 Hva ble proteiner kalt før?

- A Eggevitestoffer
- B Eggeplommestoffer
- C Eggerøre

7 Hva brytes proteiner ned til?

- A Aminosyrer
- B Folsyre
- C Saltsyre

8 Hva heter Barneombudet?

- A Reidar Hjermann
- B Anne Lindboe
- C Trond-Viggo Torgersen

9 Hvilken finger går som oftest fri ved Raynauds syndrom?

- A Lillefingeren
- B Tommelen
- C Pekefingeren

10 Raynauds syndrom rammer ofte fingre, men også:

- A Tærne
- B Knærne
- C Nesetippen

ET ØRE: Kan også være utstående. Illustrasjon: Colourbox



10 POENG: Imponerende. Pasientene kan ikke få nok av deg. (Sikker på at du ikke har kikket?)



6-9 POENG: Lovende. Men ikke treng deg på pasienter mer enn høyst nødvendig.



3-5 POENG: Bra. Men kanskje på tide med den videreutdanningen du har tenkt på så lenge?



0-2 POENG: Ikke bra. Hold deg mest mulig på vaktrommet og lat som du dokumenterer. (Sjekk at du virkelig er autorisert.)

SVAR: 1C, 2C, 3C, 4A, 5B, 6A, 7A, 8B, 9B, 10A

Venter spent
på Erna. Side 72

Helsevesenet ser bare
symptomene, ikke helheten. Side 74

Mange misforstår
livsforsikringen. Side 82

Sterke
synspunkter?
Skriv til oss!

Mennesker & meninger

Sykepleien

Send inn din
mening på e.post til:
redaksjonen@
sykepleien.no
eller som brev til:
Sykepleien,
p.b. 456 Sentrum
0104 Oslo

TETT PÅ SOFIE MICHANEK

«Det var et slag i
ansiktet å komme
ut og begynne å
jobbe.»

78

INNSPILL TOR ERLEND NORDHUUS

«Politikerne i Bodø kommune har byttet
ut den gamle nordnorske «rett fra levra»-
mentaliteten med unnvikenhet.»

76



NSF HAR ORDET Forbundsleder Eli Gunhild By

Stilling: Forbundsleder i NSF

E-post: eli.gunhild.by@sykepleierforbundet.no

Skal den nye regjeringen ta hensyn til sykepleierne?

Selvsagt skal den det. Så fort de fire borgerlige partiene var i gang med regjeringsforhandlingene, var NSF på banen med våre krav.

En ny regjering skal fra første arbeidsdag få merke at de må ta hensyn til et forbund med 100 000 sykepleiere i ryggen. Utfordringen er at det er svært mange saker NSF ønsker å spille inn til Erna & co., men hva skal vi prioritere først? Noen saker var det umulig å komme utenom.

Lønn og likelønn: NSF krever at den nye regjeringen tar ansvar for å oppnå likelønn mellom kvinnedominerte og mannsdominerte yrkesgrupper der kravene til kompetanse, ansvar og anstrengelse er sammenliknbare. Høyre har i sitt program lovet en kompetansepott til ansatte i helse- og omsorgssektoren med inntil 4 års høyere utdanning. Det må gjøres gjennom økte rammer for lønnsoppgjørene i offentlig sektor, og det må utarbeides en forpliktende plan for hvordan likelønnsutfordringene skal løses. Ikke minst må lønn brukes aktivt som virkemiddel for å rekruttere og beholde arbeidstakere også til kvinnedominerte yrker i offentlig sektor.

Lønn under utdanning: Det er stor mangel på spesialsykepleiere både i sykehus og i kommuner. Både helseminister Jonas Gahr Støre (AP) og Bent Høie (H) har på NSF-arrangementer sagt at de vil gi lønn ved utdanning av spesial-

«NSF har et oppriktig ønske om å finne løsninger.»

sykepleiere. Det har vi ikke tenkt å glemme og kommer til å minne den nye helseministeren på ved hver anledning.

Bemanning: Sommerens opphetete debatt om arbeidstid, særlig ved Ahus, har vist oss og hele Norge at det er umulig å få i stand levelige



FORVENTNINGER: NSF-lederen lover å følge godt med på om løftene gitt i valgkampen blir holdt. Foto: NTBscanpix/Stian Lysberg Solum.

turnuser og god oppfølging av pasientene hvis et sykehus er underbemannet. Den nye regjeringen må rett og slett bevilge mer penger til sykehusene slik at de kan drives forsvarlig, uten for store påkjenninger for de ansatte.

Arbeidsmiljøloven: De borgerlige partiene mener at arbeidsmiljøloven må endres slik at en kan få mer fleksible turnusordninger for helsepersonell. NSF mener at arbeidsmiljølovens arbeidstidsbestemmelser er fleksible nok. Men gode arbeidstidsordninger forutsetter godt partssamarbeid, både lokalt og sentralt, og kunnskap om lovens handlingsrom. Det er både NSF og arbeidsgivers ansvar å sørge for gode arbeidstidsordninger som ivaretar arbeidstakernes helse og velferd i et livsløpsperspektiv. For NSF er det fortsatt viktig med konstruktiv dialog med arbeidsgiversiden om arbeidstid. NSF har et oppriktig ønske om å finne løsninger. For et fagforbund med nesten 100 000

medlemmer, hvor de aller fleste er kvinner, er målsettingen om arbeid i full stilling fram til pensjonsalderen en selvfølgelighet.

Nasjonal plan for oppgradering: Omtrent alle partier på Stortinget har ytret at de vil oppgradere sykehusene både når det gjelder bygningsmasse, medisinsk teknisk utstyr og IKT. Men sjelden blir de store grepene tatt. NSF krever at det utvikles en helhetlig nasjonal plan for bygging og oppgradering av sykehus, med tilhørende finansiering.

Jeg ser fram til å samarbeide med den nye regjeringen. Jeg vil gi ros når jeg er enige med dem, og jeg vil kritisere når jeg er uenig. Det vil, som tidligere, bli stilt mange krav til regjeringen fra NSF. ■■■

Eli Gunhild By

Når får jeg lov til å ha fri, og kan jeg si nei?

I 2003 tok jeg et utradisjonelt og mange vil si merkelig valg. Jeg gikk fra å være platearbeider i industrien til å bli sykepleier. Jeg gikk fra tanker, transportbånd og tankbiler til mennesker. Jeg gikk til et, for meg, mer samfunnsnyttig yrke. Jeg hadde etter hvert et behov for å få umiddelbar respons på at min innsats betød noe for enkeltmennesker.

Siden jeg ble ferdigutdannet sykepleier i 2008 har sykehusverden endret seg mye, og dette i løpet av få år. Mange av mine erfarne kolleger forteller om rivende utvikling på alle områder innenfor hele helsevesenet. Nå tar enkelte arbeidsgivere og arbeidsgiverforeningen Spekter til orde for å gå flere tiår tilbake i tid. De ønsker å innføre arbeidstidsordninger med helgebelastning som vi ble kvitt omtrent da jeg ble født, på 80-tallet. Man skal fortsette baklengs inn i framtida. 11/9 saksøkte de min fagorganisasjon og mine kolleger for noe de mener er arbeidskamp i fredstid og aksjonsvirksomhet. Dette forteller meg at noen arbeidsgivere og arbeidsgiverforeningen Spekter ikke tror at høyskoleutdannede sykepleiere kan tenke samme tanke samtidig, men er avhengig av at noen i bakgrunnen forteller dem hva de skal si. Takk for tilliten sjefer!

Når sykepleierne på Ahus mener at sitronen er skviset for alt den har, og arbeidsgiver-

ne fortsatt klemmer og skviser for å få ut mer, ja da blir frustrasjonen så stor at de sier opp fast jobb og går mot noe fullstendig usikkert.

La meg gjøre en ting helt krystallklart med en gang: Jeg forstår at arbeidsgiver og, viktigst av alt, pasientene trenger oss sykepleiere hos seg 24 timer i døgnet 7 dager i uka hele året. Det betyr at jeg finner meg i å jobbe dagvakter, seinvakter, nattvakter, helger og høytider. Dette gjør jeg allerede, og dette gjør jeg med glede, siden jeg ser at pasientene har behov for det. Men når arbeidsgivere tar til orde for å tre ordninger fra forrige årtusen nedover hodet på meg helt uten at jeg skal gis påvirkningskraft, ja da er tålmodighetsgrensa nådd. Også som sykepleier ansatt i det offentlige helsevesenet krever jeg rett til et privatliv og en mulighet til å være familiefar. Blir dette en realitet også på min arbeidsplass, da er det takk for meg, og jeg går tilbake til sveising, industri og fabrikk. Mange av mine svært dyktige og oppofrende kolleger har lignende bakgrunn og kan, som meg, falle tilbake til et annet yrke om ting skal gå så galt med arbeidsforholdene i norske sykehus.

Mine kollegaer på Ahus har min fulle sympati og støtte når de gjør sine valg med hensyn til sitt arbeidsliv, egen fritid og sitt familieliv.

Forbannet sykepleier

Løsning på kryssord i nr. 11/2013 (se side 70)

SMIL	GIVER	DYR	Ø	DEF	BRØD	E	FJER	ORGAN	E	TALL	U	LEGN	DYR	R	LY	FAVNA	TALL	VORTE
TREH	B	É	K	K	É	N	B	Û	N	S	Ø	V	É	L	S	É	N	É
ØS	I	L	HYL	U	L	SVARM	I	T	QUD	A	TOLTE	E	V	E	T	ØS	T	I
KNØS	A	D	S	T	R	I	N	G	R	I	N	G	ØS	R	É	ØS	S	I
ØS	R	K	ØS	ØS	ØS	ØS	A	R	E	N	A	T	T	L	A	M	P	E
ØS	A	Ø	R	T	ØS	M	U	S	K	E	L	S	V	I	N	N	E	T
ØS	G	V	A	R	V	ØS	I	S	G	A	U	ØS	ØS	ØS	ØS	E	D	E
ØS	S	S	ØS	ØS	ØS	ØS	ØS	ØS	ØS	ØS	ØS	ØS	ØS	ØS	ØS	ØS	ØS	ØS
ØS	Y	R	K	E	S	B	É	T	E	G	N	E	L	S	E	ØS	ØS	ØS
ØS	T	E	ØS	S	T	A	T	O	I	L	R	F	M	ØS	ØS	ØS	ØS	ØS
ØS	E	D	ØS	A	S	ØS	N	E	A	R	ØS	ØS	ØS	ØS	ØS	ØS	ØS	ØS
ØS	K	R	E	F	T	B	E	H	A	N	D	L	I	N	G	S	T	Y
ØS	K	R	E	F	T	B	E	H	A	N	D	L	I	N	G	S	T	Y

MINNEORD

Helen Severinsen



27. august gikk Helene Severinsen bort, 86 år gammel. Et langt og rikt liv ble avsluttet.

Helene fikk være i tjeneste som anestesisykepleier på Betanien Hospital i Bergen det meste av sitt yrkesaktive liv fra hun som

27-åring startet på sykepleierutdannelsen. Først på gamle Betanien på Kalfaret og siden ut til Fyllingsdalen.

Helene var en livsglad og aktiv dame. Det var ikke bare på jobben hun fikk spre glede og omsorg. Også familien, venner og de i Betlehem, hennes åndelige hjem, fikk merke hennes engasjement og omsorgsevne. Hun var glad i barn og ungdom, og fikk formidle det glade budskap om Jesus både i søndagsskole og på leire.

Jeg ble kjent med Helene da vi skulle markere den moderne anestesi 150-årsjubileum i 1996. Da fikk vi mange fine samtaler, og historiene satt løst hos Helene. Jeg utfordret henne til å skrive ned sine erfaringer fra et langt liv på operasjonsstuen, og jeg intervjuet henne også. Slik ble et stykke anestesihistorie fra 1950-tallet og utover tatt vare på.

Og når det nå er skrevet en historiebok om anestesisykepleie i Norge, så var Helene en selvsagt bidragsyter. Hun døde 5 dager før boken kom ut, så hun fikk dessverre ikke oppleve å se den ferdig. Men den siste samtalen jeg hadde med henne, den samme dagen som hun sovnet inn, så gledet hun seg over at boken nå var fullført.

Men nå er Helene flyttet hjem til Jesus. Hun var klar til å flytte. Men hun vil bli savnet av alle dem som kjente henne og var glad i henne. Vi vet at vi møtes igjen.

Torbjørn Søyland Hopen, kollega og venn



Ingeborg Senneset er sykepleier og blogget om sin egen kamp ut av spiseforstyrrelser

Elefanten i helsedebatten

På valgnatten tikker den siste mailen fra Anita inn. «Føler at helsevesenet gir blaffen i om jeg lever eller dør. Vil de helst at jeg skal dø, så de slipper at jeg skal mase?»

I valgkampens oppstart skrev jeg i Aftenposten om kvinnen som tok kontakt med meg som et desperat forsøk på å få hjelp etter å ha møtt glassykehustaket. Kvinnen har vært innlagt i psykiatrisk eller somatisk sykehus omkring hundre ganger, uten å bli bedre av sine spiseforstyrrelser. Anita blir ikke bedre fordi ingen har spurt henne om årsaken til sykdommen, de behandler kun det de kan måle, mener hun. Hun er blitt utsatt for overgrep, men dette blir ikke snakket om. I stedet fokuserer helsevesenet på symptomene, uten å se helheten.

Avtroppende helseminister og påtroppende statsminister kjenner begge til kvinnens situasjon. Hvorfor forsvinner hun likevel?

Oppstykkningen av mennesket er en naturlig konsekvens av spesialiseringsvekst og foretaksdrift. At økt kunnskap og ekspertrise gir helsemessige muligheter, levnes ingen tvil, men evner man ikke å se mennesket som har symptomet, ender man som den kjente tegningen av legene og elefanten. Én studerer foten, og konkluderer

«Oppstykkningen av mennesket er en naturlig konsekvens av spesialiseringsvekst og foretaksdrift.»

med at elefanten er et tre. Én studerer øret, og mener det er snakk om en duk. Én annen stirrer på halen, og sier at det er her tale om et tau. Alle er spesialister, men ingen ser elefanten.

Oppe til debatt

Sittende helseminister Jonas Gahr Støre reagerte på Anitas historie, noe han ga uttrykk for i NRKs valgstudio få uker etter. Jeg møtte ham, påtroppende statsminister Erna Solberg og presidenten i Psykologforeningen Tor Levin Hofgaard til debatt om psykisk helse. Hvorfor Høyres helsepolitiske talsmann Bent Høie ikke representerte partiet, er meg ikke kjent.

Tor Levin Hofgaard hadde utfordret politikerne i innlegget «Den viktigste helsedebatten» i Aftenposten 8. august. På tross av at det

helt store folkeproblemet er psykisk helse, handler de politiske debattene om kreft, køer og kapasitet, mente Hofgaard. Han ville at psykisk helse skulle gis plass i alle helsedebatter og gis det samme engasjementet som somatikken.

I valgstudio var det ingen uenighet om at temaet psykisk helse er viktig. Gahr Støre gjentok at han ville snakke om psykisk helse hver dag. Solberg presiserte at hun ønsket flere langtidsplasser i psykiatriske sykehus.

Pasientene og politikerne

21. august fikk Gahr Støre overlevert et krav om opprustning i psykiatrien, sammen med 4578 underskrifter fra psykisk syke, pårørende til psykisk syke og andre som støtter opp om saken. «Jeg skal ta ansvar og gjøre mitt aller beste», var helseministerens imøtekommelse. Protestens initiativtakere var positive til responsen og skrev på bloggen sin at de nå håper på handling, ikke bare ord.

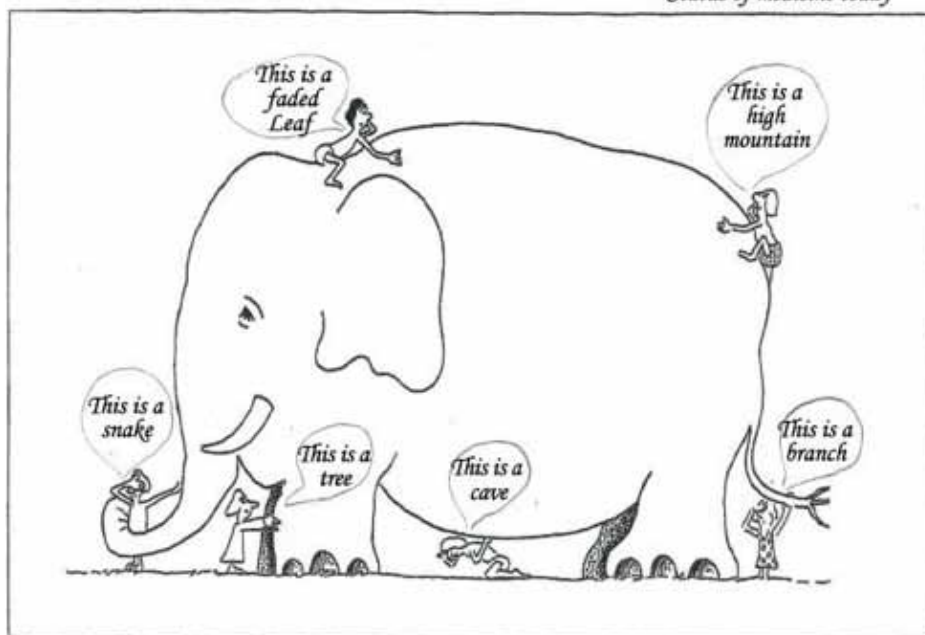
Solberg har som jeg forstår en høy stjerne hos psykiatriske pasienter, også hos Anita. Sistnevnte sendte meg et bilde av seg selv og statsministerkandidaten under valgkampen. De hadde snakket sammen, et rørende møte. Nå ville nok noe skjje, mente Anita.

Helsearbeiderne og politikerne

Lege Wasim Zahid trekker i sin bok På liv og død (2013) fram de endrede sykdomsholdningene i samfunnet. Sykehuskøene indikerer at mange trenger sykehusbehandling. Zahid mener vi som befolkning ikke er så syke som køene skulle tilsi. Eksemplene han viser til er ressurssterke mennesker som krever dyre undersøkelser for å berolige en frykt som kan være medieskapt, og etterlyser politikere som tør risikere noen stemmer for å gjøre forventningene til helsevesenet mer realistisk og nøkternt.

Altfor mange henvises unødvendig til spesialisthelsetjenesten, skriver Zahid. – Og fortrenger dermed dem som virkelig trenger hjelp. Forfatterens refleksjoner underbygges i en fersk oversiktsrapport som er bestilt av Helse- og omsorgsdepartementet, hvor det pekes på mange tilfeller av unødig behandling i Helse-Norge. Rapporten fastslår at en betydelig andel av de somatiske helsetjenestene som tilbys, ikke bedrer helsen.

Status of medicine today



6 blind men describe an elephant (Bioresonance)

SAMMENHENG: Ser man ikke at lidelse kan ha en sammenheng, kan man tolke symptomene feil, mener kronikkforfatteren.

Samtidig mangler utgiftsdragsuget psykisk helse ressurser. En prioriteringsdebatt på høyeste politiske plan er en selvfølge og nødvendig, det er også en selvfølge at den ikke ble fremtredende under valgkampen. Bortprioriteringer er ingen stemmesanker.

Psykiatridebatten som forsvant

Etter en lovende start sakket psykiatridebatten akterut. Privat versus offentlig tok plassen.

Erna Solberg var opptatt av at det er fem ganger så mange som har tegnet privat helseforsikring under den rød-grønne regjeringen, og antydte at det er et uttrykk for en mistillit til helsevesenet. Hun kan ha rett, men det kan også være et uttrykk for en generell økende kjøpekraft.

KrFs Knut Arild Hareide trakk fram verdien av ideelle aktører, og at de må støttes. Troverdigheten som helseaktør fikk imidlertid en knekk da KrFs leder i TV 2s partilederspørning sa at retten til selvbestemt abort skal fjernes, men at det ikke skal gjelde på samme måte om en voldtekt var utgangspunkt for graviditeten. Forbeholdet kommer i konflikt med at det er fosteret eller embryoet som KrF vil beskytte, og gir inntrykk av et relativistisk menneskesyn.

Det kan ikke være lønnsomhet som avgjør helsetjenestene, presiserte Jens Stoltenberg. Det er dessverre allerede nettopp det det er – takket være foretaksmodellen.

FrPs Siv Jensen vil sette pasienten i sentrum og bli kvitt byråkratiet, men som Rødts Bjørnar Moxnes arresterer henne på, var hun av dem som stemte for reformen som i sin tid førte til byråkratiseringen. Arbeiderpartiet og Høyre var på samme side.

Klart debattene om kjappere køer, kommersialisering og kapasitet er viktige. Men uten å ta med det trege, det kjipe, det kjedelige, de traurige psykiske lidelsene, de som trenger tid og omsorg, pasientene med bad compliance, og de som ikke ser bra ut på et budsjett med mindre de regnes som hundre pasienter på grunn av hundre inn- og utskrivelser, er ikke debatten stort bedre enn analysene til legene som så et tre, en duk og et tau, men ingen elefant.

Driv debatten fram

Elefanten i pasientrommet er ikke usynlig for alle. Helsetjeneste-

aksjonen er et eksempel på gode advokater for helsevesenet og de hele menneskene i det. De vet og de formidler at samhandlingsreformen og foretaksmodellen er ødeleggende. Men de er ikke gode på å reklamere for seg selv. Det er forøvrig noe genuint fint over at de som er imot markedstankegang er elendige på markedsføring, men budskapet må løftes om målet er konkrete utfall som færre skjemaer og flere ressurser.

Sykepleierstudentene ved studentleder og studentnestleder i NSF, Stian Aasoldsen og Margrete Kanstand, offentliggjør i Dagens Medisin 4. september sin støtte til Helsetjenesteaksjonen. De skriver at sykepleiestudentene «representerer fremtidens sykepleiere. De yrkesetiske retningslinjenes oppfordring til å ivareta «den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg» må være et kompass for sykepleiere og sykepleierstudenter. Når føringer fra politikere og byråkrater tvinger oss til å gå på akkord med etiske og faglige idealer, må vi kjempe imot. Det er på tide at sykepleiere og sykepleiestudenter tar debattene videre fra kantiner og vaktrom og ut i offentligheten».

Sykepleierne trenger ikke å gå i protesttog for å bli hørt. En spørreundersøkelse Sykepleien foretok høsten 2012 viste at 34 prosent av sykepleiere er på Facebook, Twitter eller Instagram i løpet av arbeidsdagen. I de samme mediene finnes de folkevalgte. De bør få sjansen til å vise at de ikke kun var aktive og svarte velgerne under valgkampen. Som Bent Høie skrev hos Nasjonalt senter for erfaringskompetanse for psykisk helse under forrige valg:

«Valgkamper er viktig, men det er alt vi gjør mellom valgene som virkelig teller. Mitt løfte er at Høyre vil fortsette å holde fanen høyt for et krafttak for psykisk helse i Norge.»

Å presse den nye regjeringen til å følge opp dette løftet, samt ønskene fra de 4 578 protestsignatørene, er en god start. Å forsterke strømningene av fagfolks protest mot anti-helhetstenkningen som foretaksmodellen fordrer, er en viktig fortsettelse. Å ikke godta at politikere møter Anita med handlingsløs forståelse, er en selvfølge.

De valgte holder tømmene, men det er velgerne som skal dra lasset. ■■■



Tor Erlend Nordhuus, hovedtil-
litsvalgt NSF, Bodø kommune.

Ostehøvel er for feiginger

Tror politikerne virkelig at de kan redusere utgiftene etter ostehøvel-
prinsippet uten at det får konsekvenser for kvaliteten på tjenesten?

Det er ikke sant at kvaliteten i helse og omsorg og i skolesektoren ikke går ned når politikerne i Bodø kommune foreslår mellom 3–7 prosent nedskjæringer. Dette innebærer kutt i millionklassen for enkelte store/middels store virksomheter.

Politikere bør vise ansvar og ta stilling til hva det skal kuttes i og hvilke tjenester vi skal levere til Bodø kommune sine innbyggere, og ikke overlate til den enkelte virksomhet innen helse og skole å kutte. Hva som er forsvarlig drift eller kvalitet på tjenesten, det vil virksomhetsledere og avdelingsledere ta ansvaret for. Det er noe de vet mye om, i motsetning til politikere, rådmenn eller andre.

«Hvilke ansvarlige politikere står i dag fram og sier: Beklager innbyggere, vi har besluttet å legge ned?»

Undersøkelser Norsk Sykepleierforbund (NSF) har fått utført viser at mange kommunepolitikere har liten oversikt over kvaliteten i eldreomsorgen. Undersøkelsene viser at hele 40 prosent av ordførere og rådmenn mener at de selv og kommunestyrerepresentantene ikke får utfyllende informasjon om kvaliteten kommunen leverer til sine innbyggere.

Hvis scenarioet blir slik at det for eksempel ikke leies inn ved sykefravær på helg/kveld på et sykehjem, så vil det få konsekvenser for kvaliteten på tjenesten. Det kan bety alt fra kvalitet i pasientarbeidet, at arbeidspresset øker på personalet (med potensielt uønsket økt sykefravær), at administrative sykepleieroppgaver nedprioriteres, at sosiale aktiviteter for pasienter

reduseres og at pårørendesamarbeid nedprioriteres. Jeg håper at politikerne ikke lander slike ting.

Kuttforslag kan føre til at pårørende får flere oppgaver knyttet til brukere av tjenesten. Eller at tjenestene blir mer kostnadskreven for brukerne selv, i form av økte egenandeler. Skal personalressursene reduseres må tjenesteproduksjonen ned. Alt bør selvsagt konsekvensutredes grundig før noe iverksettes. Pasientsikkerheten er aller viktigst.

Hvilke ansvarlige politikere står i dag fram og sier: «Beklager Bodøs innbyggere, vi har besluttet å legge ned ...». De gjør det ikke. De sitter rolig i båten.

Bodø kommune mangler i dag 75–00 millioner kroner for å drifte i balanse i 2014. Hvor er helhetsspektivet når man ser på hvilke ikke lovpålagte tjenester som skal kuttes, ikke hvor man faktisk skal kutte og hvor realistisk det er å lykkes med et slikt kuttforslag på best mulig måte?

Det skal være godt å bli gammel i Norge og i Bodø. Fra 1. januar 2011 fikk vi verdighetsgarantien, og befolkningen krever i økende grad informasjon om hvilken helsetjeneste de får og hvilken kvalitet de kan forvente. Samhandlingsreformen er i gang med omfattende økonomiske grep. Er vi på riktig vei nå?

Jeg har uansett en etterlysning: Politikere i Bodø som har ansvaret for hvilke tjenester vi skal ha og hvilke tjenester vi ikke skal ha i Bodø kommune har byttet ut den gamle nordnorske «rett fra levra»-mentaliteten med unnvikenhet.

Så noen betraktninger om kvalitet på tjenesten.

Jeg snakket en gang med en bilmekaniker som jeg reiste sammen med på et fly. Temaet var kvalitet på ulike områder. Han sa etter en stund nokså presist om begrepet kvalitet som har en viss overføringsverdi til andre områder: «Kvalitet om bord i dette flyet er at det er en flymekaniker som reparerer dette flyet før takeoff, og takk og lov for at det ikke er en bilmekaniker...». ■■■

Fordi det er **FORSKJELL!**

Sykepleien er med sine 234 000 eksponeringer (GEP) et av Norges største fagblad. Fordi 93 % av våre medlemmer er kvinner, er vi også et av Norges største kvinneblad.

Markedsfører du til kvinner, gir Sykepleien deg ressurssterke kvinner som leser både for utvikling og avkobling. Det er kanskje derfor Sykepleien har hele 68 minutter lesetid?

Sykepleien er kanalen når du ønsker kvalitet. Det er forskjellen.

Sykepleien er medlemsbladet til Norsk Sykepleierforbund. Her treffer du sykepleiere med høy utdanning og høy kjøpekraft. Les mer på sykepleien.no eller ring **02409**.

Sykepleien

TETT PÅ
Sofie Michanek

Hvorfor: Fordi hun startet den svenske protestaksjonen på Facebook: «Sjukskøterskor ryter i frå, nu får det vara nog!», med rundt 4000 medlemmer.
Stilling: Sykepleier i Manpower vikarbyrå i Oslo
Utdanning: Dyrepasser og sykepleier
Alder: 25

Stemmen fra «fikarummet»

Sofie Michanek var lei av de dårlige lønns- og arbeidsvilkårene til svenske sykepleiere. Hun la igjen innestemmen på vaktrommet og startet protestaksjon på Facebook.

Tekst **Eivor Hofstad** Foto **Sara Moritz**





Jag vill inte sitta i fikarummet och vara bitter över min och mina kollegors situation. Jag vill höja min röst, men jag tror att vi måste vara många», skrev sykepleier Sofie Michanek da hun startet protestaksjonen på Facebook i februar i år.

Nå har hun fått nesten 4000 misfornøyde svenske kolleger med seg i den lukkede gruppen, og rundt 2000 sympatisører i den åpne gruppen. Sykepleierne orker ikke lenger å være så få på jobb at det går ut over både egen helse og pasientsikkerheten, og de er oppgitt over å tjene dårligere enn butikkansatte.

SOFIE MICHANEK DRIKKER EN SLURK av kaffekoppen på kafé i Stockholm sentrum. Det glimter i sølv når hun åpner munnen. Piercing i tunga. Et hull i underleppa vitner om at hun også har pyntet seg der, men det var før. Det eneste smykket hun har utenpå kroppen nå, er anhenget om halsen som forteller at hun går på blodfortynnende Warfarin etter at hun fikk blodpropp i vår. For å muntre det opp litt, har hun bekledd kjedet med plastperler i pastell.

Egentlig ville stockholmsjenta bli veterinær, men så oppdaget hun at de er akkurat som legene:

– Kommunikasjonen med den syke og pasientens livshistorie havner ofte i bakgrunnen. De er mer teknikere, sier hun.

Så hun ble dyrepasser i stedet, og jobbet i en dyrebutikk.

– Men jeg er veldig glad i å prate, og dyrene sier jo ikke så mye.

Etter å ha jobbet som «slot attendant» på et statlig kasino, hvor jobben var å bære pengepremiene fra safen bort til dem som vant, skjønte hun at det var mennesker hun måtte jobbe med.

«Jeg tjener mer som butikkansatt enn som sykepleier med et års erfaring.»

Hun begynte i en barnehage. En vinterdag hun kom til bussholdeplassen, lå en syklist på bakken og ambulansen var på stedet. Hun kjente at hun så gjerne ville hjelpe til.

Høsten 2009 var hun i gang med bachelorgraden i sykepleie.

NÅ ER HUN ER PÅ FERIE hos moren i Stockholm etter sommerjobbing på Radiumhospitalet i Oslo. Hennes egen leilighet på Söder er utleid, og hun skal tilbake til Oslo og nye oppdrag via Manpower fra midten av september.

– Jeg tjener minst 10 000 kroner mer i måneden i Norge sammenliknet med hva jeg fikk på Sankt Görans sjukehus.

– Visste du ikke om lønna da du valgte å bli sykepleier?

– Jeg visste ikke at det var så ille. Lønna var jo ikke noe avgjørende for at jeg søkte på sykepleie.

Hun ble først tilbudt 21 500 kroner på Sankt Görans sjukehus, men klarte å forhandle seg opp til 21 800. Venninnen fra samme kull var snill pike og sa ja til arbeidsgivers tilbud med én gang. Kompisen hennes fra samme kull steg til 24 000 etter bare et halvt år.

– I Sverige har vi individuelle lønnsforhandlinger.

– Hva synes du om det?

– Det er bra for dem som er flinke til å forhandle, men verre for dem som ikke er det. Jeg er ikke spesielt flink. Jeg er litt veik, men jeg

forsøker, i hvert fall. Egentlig synes jeg ikke man skulle behøve det i offentlige stillinger.

Svenske sykepleiere har heller ingen tariff-forhandlet lønnsstige som tar hensyn til ansiennitet.

– Hadde individuelle lønnsforhandlinger fungert, hadde det vært bra. Men i realiteten fungerer det ikke, siden nyutdannede sykepleiere blir tilbudt det samme over alt.

Da foretrekker Michanek heller å ha lønnsstige, men hun er ikke sikker.

– Med lønnsstige mister man erfaringen man har opparbeidet seg dersom man tidligere har vært hjelpepleier/helsefagarbeider. Der er det kun sykepleiererfaringen som teller.

Mens Michanek jobbet i barnehage, var hun samtidig ekstrahjelp i en suvenirbutikk for å spe på lønna.

– Jeg tjente mer som butikkansatt enn som nyutdannet sykepleier. Det er jo helt skjevt, med tanke på det ansvaret en sykepleier har. Dessuten har jeg en treårig høyere utdanning som gjør at jeg må tilbakebetale 800 kroner i måneden på studielånet.

I DESEMBER SKAL HUN jobbe som butikkansatt i Stockholm igjen, og da vil hun tjene 3200 kroner mer i måneden enn hun gjorde etter et år som sykepleier.

De siste årene har det begynt å ulme blant Sveriges sykepleiere. Sosiale medier som Facebook og Twitter er arenaene for engasjementet. Studentenes protestaksjon mot den lave begynnerlønna «Inte under 24 000» kom for to år siden. Kravet ble endret til 25 000 i år. I fjor kom jordmødrenes «Nu är det nog», der det protesteres mot for få jordmorstillinger. Hver tredje jordmor viser tegn på utbrenthet, viser en studie blant 490 svenske jordmødre fra i år.

Og i år kom Michaneks gruppe på Facebook. Medlemmene deler erfaringer, medieklipp om sykepleiernes arbeidsvilkår, oppdateringer om de siste demonstrasjonene og de skriver leserinnlegg til avisene.

De siste publiseringene handler om den stadig voksende demonstrasjonsskaren i Lund som hver mandag utfører «dagens ligg» i tre minutter utenfor Skåne universitetssykehus: Sykepleiere, helsefagarbeidere og andre sympatisører legger seg rett ned på bakken, og har gjort det siden midten av juli. Det kommer de til å gjøre til det blir en helsetjeneste de kan stå for.

OPPVÅKNINGEN BLANT SYKEPLEIERNE har ført til at sykehusene nå mangler sykepleiere. Noen velger å ta andre jobber og noen søker seg til Norge. Avisene skriver om hvordan det hele går ut over pasientsikkerheten. Fra 2011 til juni 2013 døde blant annet åtte pasienter i Lund som følge av mangel på tilbud.

– Det snakkes hele tiden om sykepleiermangel, men det er nok sykepleiere. Problemet er lave lønninger og dårlige arbeidsforhold, som skremmer vekk sykepleierne slik at sykehusets tilbud svekkes. Det hele er en systemsvikt som politikerne har ansvar for å rette opp i, mener Michanek.

Hun gir et eksempel: I skatteverkets oversikt over hva som kan gi skattefradrag, står det: «Putsning av matsilver ger rätt till skattereduktion förutsatt att arbetet utförs i bostaden.»

– Det er jo helt sjukt! Politikerne gir oss skattefradrag for puss av sølvtøy, men klarer ikke å gi sykepleiere og jordmødre spisepauser eller tid til å gå på do.

Selv ble Michanek ferdig utdannet sommeren 2012 og begynte i 100 prosents stilling mandagen etter at hun hadde hatt sin siste eksamen på fredagen. Det var vakter annenhver helg og tredelt skift.

– Det gikk i ett kjø, og jeg fikk aldri tid til å bearbeide noe som helst. Når jeg kom fra seinvakt, lå jeg ofte og grubla i timevis på om jeg hadde glemt noe. Jeg sov dårlig, og jeg vet at jeg ikke var den eneste som gjorde det. På vakt var det aldri tid til å sette seg ned og fundere gjennom tingene, og flere ganger i uka fikk jeg ikke spist lunsjen min.

Det hun lærte om omsorg i utdanningen fikk hun ikke brukt i praksis. Og alt pratet om hvor viktig det var med pasientenes livshistorier, ble bare fjern teori.

– Det fantes ikke mulighet til å prate med pasientene om deres livshistorier. Folk vil jo prate, men vi hadde aldri tid til det. Jeg husker jeg ofte ble stående med den ene foten utenfor døren fordi jeg måtte gå, mens pasientene bare fortsatte å prate fordi de så åpenbart hadde behov for det. Det gjorde meg trist og ga meg en følelse av utilstrekkelighet.

Hun hadde ikke engang tid til å holde de palliative pasientene i hånden.

– Utdanningen motsvarer ikke virkeligheten. Det var et slag i ansiktet å komme ut og begynne å jobbe.

ETTER TRE–FIRE MÅNEDER i hardkjør på Sankt Görans sjukehus fikk Michanek muskelinflammasjon i nakken og ble sykmeldt. Hun fikk fysioterapi i en og en halv måneds tid før hun ble bra igjen. Ferie fikk hun ikke før i februar 2013. Den samme måneden startet hun Facebook-protesten.

– Jeg tror alle disse protestene på sosiale medier er et resultat av at folk har fått nok. Sykehusansatte er veldig lojale og lar det skure og gå lenge. Men når det koker overalt nå, har det gått for langt.

Michanek har vært medlem av Vårdforbundet siden hun var student, men synes de har vært for lite synlige, selv om hun opplever støtte fra dem.

– De kunne vært hardere, men samtidig er de bundet mer opp av lover og regler enn vi er på grasrotnivå.

Michanek startet gruppen fordi hun var lei alt snakket og klagingen på vaktrommet, og ser det som en mulighet til å synes.

– Vi trenger å vise allmennheten at dette faktisk handler om dem også den dagen de eller en pårørende blir syk. Sykepleiere er også så himla lojale mot arbeidsgiver og takker ja til å jobbe dobbeltvakter. Men hvis vi gjør det, trenger ikke arbeidsgiver å beordre, og da vises det ikke i noen statistikk hvor vanlig det er med dobbeltvakter.

Svensk tv viste nylig at i de tre storbyområdene i Sverige var overtiden nesten fordoblet blant sykepleiere i første halvår i år, sammenliknet med første halvår i 2009. Det tilsvarer mer enn 1000 heltidsstillinger.

– Hva har dere oppnådd i gruppen?

– Først og fremst har vi skapt debatt og støtte mellom kolleger. Vi har skrevet et felles manifest med underskrifter fra alle medlemmer, som folk kan henge opp på arbeidsplassen sin. Det er viktig å snakke om arbeidsmiljø og spesielt om lønn siden det er noe mange velger å holde for seg selv.

FOR MICHANEK SIN DEL ble det et foreløpig punktum på den svenske sykepleierkarrieren den 9. juni i år. Hun sa opp ved Sankt Görans og flyttet til Oslo.

– På Radiumhospitalet er det færre pasienter å ha ansvaret for, så vi får tid til hver pasient. Vi slipper å springe rundt med masse saker i hodet. Det er akkurat sånn jeg vil jobbe.

«Politikerne gir oss skattefradrag for puss av sølvtøy, men klarer ikke å gi sykepleiere og jordmødre spisepauser eller tid til å gå på do.»

– Er alt bedre enn i Sverige?

– Nei, på Radiumhospitalet er det fremdeles mye papirjournaler. Legemidler og det jeg måler og gjør er på papir, mens det som skjer av behandling er på data. Det er fort gjort å legge fra seg disse permene, så det går med en del tid til å springe rundt og leite etter dem.

Til tross for gode arbeidsforhold i Norge er planen likevel å vende tilbake til Stockholm før jul.

– Jeg angrer ikke på at jeg ble sykepleier, men jeg vet faktisk ikke om jeg kommer til å fortsette i yrket. I Sverige tar det dessuten 19 år før det lønner seg med videreutdanning for sykepleiere. ■■■

eivor.hofstad@sykepleien.no



Mytene om livsforsikringer

Det er mange uklarheter og misforståelser rundt temaet livsforsikringer, skriver **Randi Moan Riber**.

Den kanskje aller vanligste myten er at du bare kan ha én livsforsikring. Det er ikke tilfelle. Du kan ha mange ulike livsforsikringer, og sannsynligvis har du allerede flere livsforsikringer siden de fleste arbeidstakere har forsikringer gjennom arbeidsstedet sitt. Det er samlet forsikringssum fra alle livsforsikringer du har som bestemmer hva du eller etterlatte får utbetalt ved et forsikringstilfelle. Det avgjørende er derfor ikke om du har livsforsikring, eller hvor mange livsforsikringer du har, men hva som blir utbetalt.

Ditt forsikringsbehov

Hva skjer med den økonomiske situasjonen til familien din hvis du eller din ektefelle dør eller blir arbeidsufør? Må du selge boligen, eller kan det få andre alvorlige økonomiske konsekvenser? Dette er spørsmål du bør stille deg.

Start med å få en oversikt over hvilke forsikringer du/dere har i dag. Hva må du eventuelt kjøpe i tillegg for å kunne opprettholde levestandarden? Det kan være private forsikringer, eller forsikring gjennom ditt eller ektefelles fagforbund.

Forsikringer på arbeidstedet

De fleste arbeidstakere har livsforsikringer gjennom arbeidsavtalen sin. Hvor omfattende forsikringene er kommer an på hvor de arbeider. De største ulikhetene er i private bedrifter. De fleste sykepleiere er kommune- eller statsansatte, og her er det mindre ulikheter:

Kommuneansatte:

Sykepleiere som arbeider innenfor kommunesektoren har en dødsfallsforsikring på 10G. (G per mai 2013 er 85 245 kroner.) Av dette beløpet går 40 prosent av forsikringssummen til barn under 20 år. Resten av beløpet går til avdødes ektefelle eller samboer. Forsikringssummen trappes ned med 0,5G per år fra fylte 51 år. Etter fylte 59 år er

forsikringssummen 5G. For dem som arbeider i stillinger under 80 prosent fastsettes forsikringssummen forholdsmessig etter stillingsbrøken.

Statsansatte:

Sykepleiere som arbeider innenfor staten har en dødsfallsforsikring på 10G som utbetales til ektefelle eller samboer, mens hvert barn under 25 år får utbetalt 4G. Forsikringen samordnes med yrkesskadeloven ved dødsfall, men er erstatningen lavere enn yrkesskadeloven, utbetales mellomlegget. Forsikringssummen er ikke avhengig av stillingsprosent.

Hva dekker de ulike forsikringene?

Det er lett å blande sammen ulykkes-, uførekapital og dødsfallsforsikring og tro at de dekker omtrent det samme. Det gjør de ikke.

En ulykkesforsikring dekker deg bare hvis du blir utsatt for en ulykke. Noen ulykkesforsikringer dekker forsikrete ved død og medisinsk invaliditet (som ulykkesforsikringen i NSF's reiseforsikring), mens andre bare dekker medisinsk invaliditet (som ulykkesforsikringen i NSF's Livsforsikringspakke). En ulykkesforsikring dekker også nødvendige utgifter til behandling (gjelder vanligvis ikke behandlere uten offentlig refusjonsrett). For at det forsikringsmessig skal regnes som en ulykke må det ha skjedd en skade på kroppen forårsaket av en plutselig uforutsett, ytre, fysisk begivenhet uavhengig av forsikredes vilje. En ulykkesforsikring er en forholdsvis rimelig forsikring, men har en del begrensninger.

En uførekapitalforsikring kommer til utbetaling uansett hva som er årsak til arbeidsuførheten. Kriteriet for utbetaling er som regel at du er blitt erklært minst 50 prosent arbeidsufør og at arbeidsuførheten har vart i minst to år sammenhengende, og inntraff før utgangen av det kalenderåret du fyller 60 år.

En dødsfallsforsikring utbetales ved forsikredes død i forsikringstiden. Uansett årsak. Vær oppmerksom på hvem som er berettiget utbetalingen, her er det ulike vilkår. Er du usikker, så sjekk dette.

NSF's Livsforsikringspakke

Dette er en forsikring som alle medlemmer automatisk blir med i fra innmeldingstidspunktet, men det er mulig å reservere seg fra den. Månedlig pris for ordinære medlemmer er 128 kroner og trekkes sammen med kontingenten. Forsikringen er uten kostnader for studentmedlemmer. Forsikringen innbefatter:

Dødsfallsforsikring: 500 000 kroner ved død for medlem fra datoen 1.1.2011.

Uførekapitalforsikring: Maksimal utbetaling er 80 prosent av dødsfallsforsikringssummen (beregningsgrunnlag). Etter at medlemmet fyller 25 år reduseres forsikringssummen med 2 prosent hvert år.

Familieulykkesforsikring: Gjelder hele familien. Forsikringssummen fordeles på antall familiemedlemmer, og maks utbetaling er 1 000 000 kroner (enslig medlem) ved 100 prosent medisinsk invaliditet.

NSF's Utvidet Livsforsikring er en tilleggsforsikring til NSF's Livsforsikringspakke og kan kjøpes for medlem og ektefelle eller samboer.

Du kan velge mellom to forsikringssummer:

1. kr 903 342 (11G)
 2. kr 1 806 684 (22G). Det er ulik pris for medlem og ektefelle eller samboer, og den er stigende med økende alder.
- Forsikringskontoret NSF hjelper deg å finne de forsikringene som er best for deg. Ring oss på telefon 02409. Du finner også informasjon på nettsidene våre www.sykepleierforbundet.no/forsikring.

Passer på paragrafene:

