

32 kroner til Afrika

Bistand til sykepleiere i Afrika står høyt på dagsorden i NSF. Men per medlem utgjør den samlede hjelpen ikke mer enn det en kaffekopp koster i Oslo.

Side 40-45

12. april 2007 • 95. årgang

sykepleien

07



Planen klar for eldrebølgen side 17

Dokumentar: Rusomsorg side 20

Bjørn Skagestad spiller kreftsyk i «Nåde» side 32

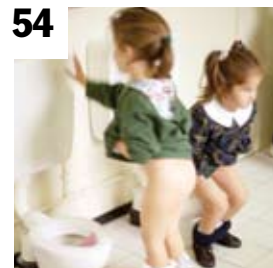
Forstoppelse fører til alvorlige problemer side 54



17



32



54

Nyhet!

Undersøkelsesbenk som løfter 250 kg!

- Utviklet etter ønske fra våre kunder
- Tilfredsstillende de nye kravene i svensk helsevesen
- Samme høye kvalitet som på alle Sjöbloms produkter

Sjöbloms utvikler for deg.

80 cm bred
250 kg løftekapasitet
Elektrisk regulering av høyde, ryggene og sjokkleie



info@sjobloms.com

SJÖBLOMS SJUKVÅRDSUTRUSTNING AB · Myrångsvägen 8 · SE-891 50 Örnköldsvik · Tlf +46 660 105 80 · Faks +46 660 180 00 · www.sjobloms.com



Ring oss gjerne så
sender vi den nye brosjyren



Nye Silentia Silver Line

Silentia Silver Line er en videreutvikling av Silentia-skjermen som er vel kjent på markedet. Den nye modellen er resultat av en omfattende nyutvikling hvor en rekke komponenter er endret og forbedret. Dette gjelder såvel design som konstruksjon og kvalitet. Grunnideen er imidlertid fortsatt den samme som hos forgjengeren. Silentia Silver Line kan benyttes alle steder hvor man ønsker en rask avskjerming, som f.eks. i et pasientrom, på en intensiv- eller oppvåkingsavdeling



- *Hygenisk - Enkelt renhold*
- *Alltid på plass - Veggmontert.*
- *Stenger ikke for dagslyset .*
- *Tar liten plass når den ikke er i bruk.*
- *Ikke i veien for takløstere eller annet takhengt utstyr*



Avalon Medical AS · Postboks 6589 Etterstad 0607 Oslo
Tlf. 23036370 · Fax. 23036371 · Mail: avamed@online.no



Sengevæting kan fortsatt sprayes bort!

Når pasienten er over 5 år, er spray ofte den beste løsningen mot sengevæting. Desmopressin "Alpharma" skifter nå navn til Desmopressin "Actavis", men produktet er det samme. Pumpen avgir en korrekt og pålitelig dose og Desmopressin har ingen ubehagelig smak.



For nærmere informasjon kontakt Kundeservice på tlf 815 22 099 eller kundeservice.no@actavis.no

 **actavis**
creating value in pharmaceuticals

**Sykepleien**

Organ for Norsk Sykepleierforbund
Tollbugata 22, 5. etg.
PB 456 Sentrum, 0104 Oslo
Tlf.: 22 04 32 00. Faks: 22 04 33 75
ISSN 0806 - 7511

E-post:

redaksjonen@sykepleien.no
interaktivt@sykepleien.no

Bankgiro: 1600.49.66698
Løssalg: kr 45,- pr utgave
Abonnement (ikke medl.) kr 798,- pr år

Ansvarlig redaktør

Barth Tholens
barth.tholens@sykepleien.no

Redaksjonssjef

Bjørn Arild Østby
bjorn.arild.ostby@sykepleien.no

Fagredaksjonen

Torhild Apall Dybvik (leder)
torhild.apall@sykepleien.no
Ann-Kristin Bloch Helmers
annkristin.helmers@sykepleien.no
Susanne Dietrichson
susanne.dietrichson@sykepleien.no
Nina Hernæs (permisjon)
nina.hernes@sykepleien.no

Nyhetsredaksjonen

Marit Fonn (leder)
marit.fonn@sykepleien.no
Eivor Hofstad
eivor.hofstad@sykepleien.no
Kari Anne Dolonen
kari.anne.dolonen@sykepleien.no
Lily Kalvø (web-redaktør)
lily.kalvo@sykepleien.no

Desk og grafisk formgivning

Ellen Morland (leder)
ellen.morland@sykepleien.no
Hege Holt
hege.holt@sykepleien.no
Ingrid Lindemann
ingrid.lindemann@sykepleien.no

Markedssjef

Ingunn Roald
ingunn.roald@sykepleien.no

Markedskonsulenter

Stillingsannonser: Finn Simonsen
finn.simonsen@sykepleien.no
Produktannonser: Lise Dyrkoren
lise.dyrkoren@sykepleien.no

Repro og trykk

Stibo Graphic AS



Foto: Marit Fonn

- 5 Siden sist – reaksjoner
7 Helse i nyhetsbildet
9 **Åtte raske:** Maria Angelica Tacardon
9 Vil utrede obligatorisk underlivssjekk
10 Sykepleiere måler ikke smerte
12 Akuttfunksjonene under lupen
13 – Husk kikhostevaksinen
14 – Kan bli et eneste langt gjesp
16 Har planen klar for eldrebølgen
18 – Sluta pinka revir!
20 **Dokumentar:** Endelig rusfri
• Kjenner misbruket fra begge sider
27 Kandidat til landsmøtet 2007
28 Færre lungebetennelser etter svelgtest
30 Minneord
31 **Barth Tholens** om migrasjon
32 **Tett på** Bjørn Skagestad
37 Nytt om OU-prosessen
38 **May-Karin Rognstad** om roller
40 **Revisjon av NSF:**
• En kopp kaffe i året
• Bistands-business for NSF
46 **Smartprisen 2007**
Rydder tid til dokumentasjon
48 **Fag i utvikling:**
• Morgenfugl eller nattugle?
• Sykepleiere bruker ikke smerteskala
53 Faggruppene
• Alvorlige senvirkninger hos barn med forstoppelse
• En uke for mangfoldet
62 **Dilemma:** Marie Aakre om bønn med pasienter
• Pasient med religiøse behov

- 67 Dilemmasvar
68 **På veggen:** Astrup Fearnley Museet, Oslo
Bøker:
70 Forfatterintervju:
Gudrun Hårtveit Thomassen
72 Bokanmeldelser
73 Månedens anmeldelse
74 Bokomtaler
75 En utvalgt bok
76 Fagnotiser
78 Debatt
78 Riskhospitalet
79 EEG
80 **NSF: Bente Slaatten** om lønnsoppgjøret
81 • Kampen om arbeidskraften
82 Før
82 Folk: Nye fylkesledere
83 SykepleienJobb
Ledige stillinger
109 Meldinger, skoler, kurs

Dokumentar: Endelig rusfri

Helsetilsynet slakter viktige deler av rusomsorgen i en ny rapport. Anne (bildet) har klart seg, mot alle odds, fordi hun fikk riktig tilbud



Foto: Marit Fonn

Neste nummer: Sykepleien 08/07**Sykepleierutdanningen**

Rammeplanen er en minimumsgaranti for kvaliteten på utdanningen.
Hvordan følges dette opp i praksis?

Siden sist inneholder korrigeringer og nye synspunkter på fakta gjengitt i tidligere utgaver. Vil du hjelpe til? Kontakt oss på interaktivt@sykepleien.no



Useriøs reklame

Jeg har vært medlem i NSF i mange år og har med glede registrert at Sykepleien etter hvert er blitt et innholdsrikt og interessant fagblad.

I siste nr. av bladet følger det med reklame fra forlaget Energica. Innholdet er preget av Østens religioner og mystisisme og virker svært useriøst.

Jeg er skuffet over at NSF formidler slik litteratur til sine medlemmer og imøteser en beklagelse i et senere nr. av Sykepleien.

Jeg håper dette var en glipp og ønsker fortsatt at bladet skal formidle kvalitet med positivt innhold.

Vennlig hilsen
Øyduunn Seim Bjørke

Akutt info

I vår springer Norges første kull akuttisykepleiere ut i full blomst, skrev vi i Sykepleien 3/07. Åtte utvalgte studenter kan kalle seg akuttisykepleier etter 18 måneder ved Høgskolen i Østfold. Dessverre nevnte Sykepleien seks av studentene ved navn, med utelot navnene til de to øvrige: Camilla Magnusson og Berit Karita Mørseth. Det syntes de to var veldig synd.

– Vi har en enorm stolthetsfølelse

over å få være en del av dette, sier Magnusson og Mørseth. Og truer med å legge Sykepleien rett i papirinnsamlingen neste gang. Og da har vi vel ikke noe valg?

Red.

Alt er langt fra negativt

Jeg leser artikkelen «Hvem bestemmer døgnrytmen» (Sykepleien nr 3/07), som omhandler eldreomsorg, med stor interesse siden jeg selv jobber i «bransjen».

Etter å ha lest den sitter jeg igjen med inntrykk av at dette slett ikke var verst om en ser på de store linjene i funnene fra undersøkelsen. Alt kan bli bedre, men dette er i hovedsak til å «leve med». Men hva velger redaksjonen å utheve? Jo, som pressen forøvrig – det som er markert negativt. «15 timer uten mat er lenge for eldre mennesker som også er helsemessig svekket» og «Det var mange lyder fra radio, tv, ringeklokker, telefon og oppvaskmaskin under måltidene».

Det er så demotiverende, og etter hvert også utmattende, å stadig lese mindre positiv omtale av eldreomsorgen for oss som daglig jobber systematisk og målrettet for å heve kvaliteten på tjenestene og faktisk syns vi lykkes i mye.

Kan hende hadde det blitt bedre om det ble fokusert på alt vi får til, i stedet for hele tiden å minne oss om det vi ikke lykkes optimalt med.

Men med St.meld. nr. 25 «Omsorgsmeldinga» håper vi at styrking av kompetansen og det tverrfaglige miljøet og bemanninga generelt kan sette oss enda bedre i stand til å yte bedre tjenester til menneskene som bor i norske sykehjem.

Tove Nordli Selnes,
daglig leder, Ottestad sykehjem,
Stange kommune

Retting 1

I Sykepleien jobb nummer 4/2007 «Sammen for hele stillinger» kom vi i skade for å bruke navnet til Anne Hedvig Ødegård feil.

Oppklaring:
Fornavn: Anne Hedvig
Etternavn: Ødegård

Red.

Retting 2

I Sykepleien nr. 4/07 hadde vi en artikkel om en undersøkelse utført blant studenter ved sykepleieutdanningen på Høgskolen i Østfold. Spørsmålene gjaldt hvor studentene ønsker å jobbe etter endt ut-

danning. Undersøkelsen er utført av Sykepleierforbundet i Østfold, som holder til i Sarpsborg, ikke av Høgskolen i Østfold i Halden, som det står i artikkelen. Det er NSF i Østfold som har gjennomført denne typen undersøkelser helt siden 1998, påpeker fylkesleder Karen Brasetvik i Østfold.

Red.

Retting 3

I Sykepleien nr. 6/07, side 31, kom vi i skade for å oppgi feil telefonnummer til NSF's forsikringskonror. Det riktige nummeret er: 22 04 31 50. De som har ringt det gale nummeret har kommet til vår redaktør(!).

Feil skole

Bildet av studentene på side 30 i SykepleienJOBBA nr 4/07 er ikke fra Høgskolen i Østfold som det stod i billedteksten, men fra Høgskolen Diakonova i Oslo.

Red.

Sykepleien Helt Enkelt Unikt

Sykepleiens formålparagraf

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

ernes interesser på dagsorden. Sykepleien skal delta i samfunnsdebatten og stimulere til engasjement og meningsbrytning. Sykepleien arbeider etter Vær Varsom-plakatens regler for god presseskikk. Den som mener seg rammet av urettmessig omtale

oppfordres til å ta kontakt med redaksjonen. Brudd på pressens etiske retningslinjer, ifølge Vær Varsom-plakaten, kan klages inn for Pressens Faglige Utvalg. Sykepleien betinger seg retten til å lagre og utgi alt stoff som publiseres i elektronisk form.

Vi siterer Petter Holm

– En rekke av klagen gjelder nok helsepersonell som ikke burde ha vært det, selv om enkelte kan ha hatt en dårlig dag.

Pasientombudet i Oslo og Akershus til Dagsavisen, om klagen på helsepersonell.

Adartrel "GlaxoSmithKline"
Middel mot «restless legs»-syndrom.

ATC-nr.: N04B C04

TABLETTER 0,25 mg, 0,5 mg og 2 mg: Hver tablett inneholder: Ropinirolhydroklorid tilsv. ropinirol 0,25 mg, resp. 0,5 mg og 2 mg, laktose. Fargestoff: 0,25 mg: Titandioksid (E 171), 0,5 mg: Gult og rødt jernoksid (E 172), indigotin (E 132), titandioksid (E 171), 2 mg: Gult og rødt jernoksid (E 172), titandioksid (E 171). Filmdrasjert.

Indikasjoner: Adartrel er indisert for symptomatisk behandling av moderat til alvorlig idiopatisk «restless legs»-syndrom (rastløse ben-syndrom).

Dosering: Individuell dosetitrering mht. effekt og toleranse anbefales. Bør tas rett før sengetid, tidligst 3 timer før sengetid. Kan tas til mat for å øke gastrointestinal toleranse. Behandlingsstart (uke 1): 0,25 mg 1 gang daglig i 2 dager. Deretter 0,5 mg 1 gang daglig dag 3-7. Dosen kan deretter økes med 0,5 mg inntil optimal terapeutisk effekt oppnås etter følgende skjema:

Uke	Dose
2	1 mg 1 gang daglig
3	1,5 mg 1 gang daglig
4	2 mg 1 gang daglig
5*	2,5 mg 1 gang daglig
6*	3 mg 1 gang daglig
7*	4 mg 1 gang daglig

Gjennomsnittlig dose ved moderat til alvorlig «restless legs»-syndrom er 2 mg 1 gang daglig. Hos noen pasienter kan dosen økes gradvis opp til maks. 4 mg 1 gang daglig for optimal bedring. Pasientens respons bør evalueres etter 3 måneder. **Barn:** Ikke anbefalt til barn <18 år pga. manglende data vedrørende sikkerhet og effekt. **Eldre:** Ropinirolclearance er nedsatt hos pasienter >65 år. Dosen bør økes gradvis og titreres mht. symptomatisk respons. Dosejustering er ikke nødvendig ved mild til moderat nedsatt nyrefunksjon (Cl_{CR} 30-50 ml/minutt).

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for innholdsstoffene. Alvorlig nedsatt nyrefunksjon (Cl_{CR} <30 ml/minutt) eller nedsatt leverfunksjon.

Forsiktighetsregler: Bør ikke brukes for å behandle neuroleptisk akatysi, taksikinesi eller sekundært «restless legs»-syndrom. Under behandling med ropinirol kan en paradoksal forverring av symptomene forekomme ved enten augmentasjon eller «rebound»-effekt. Hvis dette forekommer, bør behandlingen gjennomgås og dosejustering eller seponering vurderes. Hos pasienter med Parkinsons sykdom er ropinirol i mindre vanlige tilfeller blitt assosiert med søvnighet og tilfeller av plutselig søvnanfall. Dette forekommer svært sjeldent hos pasienter med «restless legs»-syndrom. Pasienter må likevel informeres om dette og anbefales å vise forsiktighet ved bilkjøring og betjening av maskiner under ropinirolbehandling. Pasienter som er blitt søvnige og/eller har hatt tilfeller av plutselig søvnanfall må unngå bilkjøring og betjening av maskiner som krever skjerpet oppmerksomhet. Dosejustering eller seponering kan vurderes. Pasienter med alvorlige psykiske lidelser bør kun behandles med dopaminagonister hvis potensielle fordeler oppveier mulig risiko. Forsiktighet ved bruk til pasienter med moderat til alvorlig nedsatt nyrefunksjon. Bivirkninger bør monitoreres nøye. Pasienter med en sjelden arvelig galaktoseintoleranse (Lapp lactase deficiency) eller glukose-galaktosemalabsorpsjon bør ikke behandles med ropinirol. Pga. risiko for hypotensjon bør det utvises forsiktighet ved behandling av pasienter med alvorlige kardiovaskulære sykdommer, spesielt koronarinsuffisiens.

Interaksjoner: Mulighet for interaksjon mellom ropinirol og inhibitorer av CYP 1A2 (ciprofloxacin, fluvoksamin, enoksacin og cimetidin). For pasienter som allerede får ropinirol, kan dosejustering være nødvendig når disse medikamentene introduseres eller seponeres. Røyking inducerer CYP 1A2-metabolismen. Dosejustering kan være nødvendig dersom pasienter slutter eller begynner å røyke under ropinirolbehandling. Forhøyet plasmakonsentrasjon av ropinirol er observert ved samtidig behandling med høye østrogendoser. Pasienter som allerede er under hormonell substitusjonsbehandling, kan starte ropinirolbehandling på vanlig måte. Det kan imidlertid bli nødvendig å justere ropinirol-dosen i samsvar med klinisk respons dersom hormonbehandling stanses eller introduseres under behandling med ropinirol. Neuroleptika og andre sentralstimulerende dopaminantagonister kan redusere effekten av ropinirol. Samtidig bruk av disse legemidlene bør derfor unngås. Ropinirol kan tas sammen med domperidon.

Graviditet/Amming: *Overgang i placenta:* Ikke tilstrekkelige data. Dyrestudier viser reproduksjonstoksiske effekter. Anbefales ikke brukt under graviditet med mindre potensiell fordel for pasienten oppveier mulig risiko for foster. *Overgang i morsmelk:* Skal ikke brukes av ammende. Kan hemme laktasjonen.

Bivirkninger: *Hyppige (>1/100):* Gastrointestinale: Kvalme, oppkast, mavesmerter. Neurologiske: Søvnighet, synkope, svimmelhet (inkl. vertigo). Psykiske: Nervøsitet. *Mindre hyppige:* Psykiske: Forvirring. Sirkulatoriske: Postural hypotensjon, hypotensjon.

Overdosering/Forgiftning: *Symptomer:* Ved overdosering forventes symptomer relatert til den dopaminerge aktiviteten. *Behandling:* Symptomene kan lindres ved adekvat behandling med dopaminantagonister som neuroleptika eller metoklopramid.

Egenskaper: *Klassifisering:* Ikke-ergolin dopaminagonist. *Virkningsmekanisme:* Stimulerer dopaminreseptorene i striatum og hemmer prolaktinutskillelsen gjennom sin effekt på hypothalamus og hypofy-sen. *Absorpsjon:* Hurtig. Biotilgjengelighet ca. 50%. Mediantid til maks. plasmakonsentrasjon ca. 1½ time. Store individuelle variasjoner i farmakokinetiske egenskaper. *Proteinbinding:* <40%. *Fordeling:* Distribusjonsvolum ca. 7 liter/kg. *Halveringstid:* Ca. 6 timer. *Metabolisme:* Hovedsakelig av cytokrom P-450 CYP 1A2. Hovedmetabolitten er minst 100 ganger mindre potent enn ropinirol. *Utskillelse:* Hovedsakelig i urin som metabolitter.

Oppbevaring og holdbarhet: Oppbevares ved høyst 25°C. Oppbevares i originalpakningen.

Pakninger og priser: 0,25 mg: Startpakn.: 12 stk. kr. 53,50, 0,5 mg: 84 stk. kr. 346,50, 2 mg: 84 stk. kr. 879,40.

Sist endret: 17.11.2006

Priser av: 1.11.2006



GlaxoSmithKline

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

NYHET for pasienter med RLS (Restless Legs-Syndrom)

ADARTREL®
Ropinirol

Fra urolige bein til rolige netter

Gi dine pasienter søvnen tilbake...

RLS er en vanlig årsak til søvnproblemer¹

Pasienter med RLS presenterer ofte sin lidelse som søvnproblemer¹

Ca. 11 % av den voksne befolkningen lider av RLS²

Adartrel® ropinirol

- behandler RLS-symptomer slik at pasienter med moderat til alvorlig RLS sovner raskere og sover lenger og bedre³
- er den eneste dopaminagonist med startpakning:
0,25 mg – 7 dagers startpakke⁴



Referanser:

- 1) Wellbery CE. Getting the facts on restless legs. Am Fam Physician 2000; 62: 51-2
- 2) Hening W et al. Sleep Med 2004; 5: 237-246
- 3) Giorgi L et al. Current Medical Research and Opinion. Vol. 22, No 10, 2006; 1867-1877
- 4) Preparatomtale 17.11.06

Hva skjedde siden sist? Sykepleien følger nyhetsbildet, både i bladet og på nett. Ring oss om tips, på tlf. 22 04 32 00 eller klikk deg inn på «Kontakt oss» på sykepleien.no



Sykehusene tar godt vare på pasientenes fysiske helse, men det svikter på det åndelige plan, ifølge **Sykeplejersken**.



Fet fisk og en god porsjon sol bedrer folkehelsen, ifølge **Läkartidningen**.



Svenske **Vårdfacket** belyser ulike sider er graviditet og fødsel over 24 sider, blant annet hvordan meddele at et barn har dødd og at depresjoner gir lavere fødselsvekt hos barnet.

Turnustjeneste står for fall

Et par hundre nyutdannede medisinerer må stå i kø i et halvt år før de kommer i gang med sin turnustjeneste. Dette er sløsing med samfunnets ressurser og demoraliserende for de nyutdannede selv. Turnustjenesten bør avskaffes, sier professor Torstein Vik til Aftenposten.

– Sjekk utvalgte

Mens barne- og likestillingsminister Karita Bekkemellem vil ha obligatorisk underlivsjekk av alle jentebarn, mener SVs Olav Gunnar Ballo, at det holder å sjekke et utvalg jenter.

Skjuler medisinerpriser

Studier som sammenligner kopimedisiner med langt dyrere originalmedisiner, hemmeligholdes av Helse- og omsorgsdepartementet. Nå må departementet vurdere hemmeligholdelsen på nytt, melder ABC nyheter.

Sykehus forbyr helsesko

Ansatte ved Førde sentralsjukehus får ikke bruke helseskoene Crocs. På Haukeland har de ingen problemer med skoene. Sjukehuset Førde mener helseskoene Crocs er årsaken til at en maskin til 35 000 kroner kortslettet. En sykepleier kom borti utstyret, og det oppstod en elektrisk utlading med en gnist, ifølge Bergens Tidende.

Sp krever ny omsorgsreform

Sp-leder Åslaug Haga vil ha en omsorgsreform med en ny type sykehjem. Hun er lei av at mange blir kasteball mellom statlige sykehus og kommunale sykehjem, skriver Dagsavisen.

Lover flere sykehjemsleger

Alle kommuner skal nå kartlegge behovet for sykehjemsleger og vedta en lokal norm for legetjenesten – og legge en plan for hvordan legedekningen i sykehjemmene skal økes med 50 prosent. Kartleggingen og de kommunale vedtakene skal være unnagjort innen utgangen av året, melder Helse- og omsorgsdepartementet.

Kaster ut mødre og nyfødte

Etter to døgn kastes mødre og nyfødte ut av St. Olavs Hospital og flere andre sykehus. - Betenkelig og uheldig, sier Jordmorforeningen til VG.

Kvinner gir flere sykmeldinger

Sykefraværet her i landet har økt kraftig siden 1980-tallet. Årsaken er at flere kvinner er blitt yrkesaktive, ifølge forsker Roger Bjørnstad.

Færre søker helselinjene

Flere søker offentlige videregående skoler, men noen linjer taper popularitet. Restaurant og matfag, og helse- og sosialfag er verst, melder Bergens Tidende.

Ufarlig mobilbruk

Mobiltelefoner påvirker ikke medisinsk utstyr på sykehus, slår amerikanske forskere fast.

Slår hiv-alarm

Tre personer ble hiv-smittet i Oppland i fjor. På landsbasis økte tallet med 276 til rekordhøye 3 539 hiv-smittede. Nå slår Folkehelsen alarm.

Tekniske feil drepte seks

Seks personer døde i fjor fordi medisinsk teknisk utstyr sviktet eller ble brukt på feil måte, ifølge Dagsavisen.

Aktiv dødshjelp

Aktiv dødshjelp er snart en realitet, uttalte tidligere overlege Jarle Ofstad under et seminar i sammenheng med hans bokutgivelse «Den siste hjelper». Det at Lægeföreningen og Sykepleierforbundet er mot aktiv dødshjelp er betryggende, sier Liv Kjersti Skjeggestad, generalsekretær i Menneskeverd til Norge i dag.

Elektrosjokk uten narkose

En pasient ved Sykehuset Østfold fikk i 2005 elektrosjokk uten skikkelig narkose. Statens helsetilsyn mener nå at svikt i rutinen førte til hendelsen.

454 årsverk må kuttes

Sykehusene er i gang med å kutte kostnader. 454 årsverk er vedtatt fjernet i Helse Midt-Norge, melder Romsdals Budstikke.

Kritiske til Brustads styre

NITO og YS er sterkt kritiske til helse- og omsorgsminister Sylvia Brustads valg av ansattrepresentanter til styret i Helse Sør-Øst RHF. Mens andre var mer tilfredse, naturlig nok. I en pressemelding uttaler forbundsleder Bente G. H. Slaatten i Norsk Sykepleierforbund, nestleder i Fagforbundet Gerd E. Kristiansen og president i Den norske lægeförening, Torunn Janbu, at de er svært godt fornøyde med valget av ansattrepresentanter.

Prøv vår

Sårmeny

La såret avgjøre valg av behandling
- ikke leverandøren!

Hos Norengros kan du velge sårbehandlings-
produkter som er tilpasset såret. For en optimal
behandling kan du fritt velge og sette sammen
produkter fra bransjens ledende leverandører.

Norengros er opptatt av at du som kunde skal
være trygg på dine produkt- og tjenestevalg.
Vi har rådgivere som opptrer uavhengig av
forhold til merke/produsent. Vi vil alltid være
beredt til å gi kompetente råd.

vi gjør arbeidsdagen enklere!



Vi spør Maria Angelica Tacardon



Alder: 36 år

Aktuell som: Importert sykepleier fra Filippinene, jobber på Mosseporten sykehjem.

Fakta: Utspillet fra utviklingsminister Erik Solheim om å hente helsearbeidere fra fattige land for å løse pleieproblemer i Norge, har vekket bestyrrelse. Maria Angelica Tacardon kom til Norge i 2002, motivert av håpet om en bedre økonomisk framtid. I Sykepleien 17/2003 fortalte hun om de to barna som var igjen på andre siden av kloden..

Hva syns du om debatten om import av sykepleiere?

– Jeg synes det er hyggelig at Norge vil ta imot sykepleiere fra andre land. De som kommer hit kan hjelpe familiene sine hjemme, og Norge får en bedre helsetjeneste.

Ser du problemet med hjerneflukt, for eksempel fra Afrika?

– Jeg kjenner ingen afrikanere. Det er uansett bra at Norge vil ta imot utlendinger. Noen liker seg ikke med en gang, men tilpasser seg etter hvert. Noen reiser tilbake.

Vil du tilbake?

– Ikke ennå.

Er barna fortsatt på Filippinene?

– Nei, nå er de her, men det var ikke lett å få til. De brukte litt tid på å tilpasse seg, men har lært fort. Og så har vi fått et barn til. Det var siste forsøk for å få en jente. Men nå har jeg tre gutter, ha-ha. De er 8, 7 og snart 3.

Hva med språket?

– Jeg kan jo best engelsk, for det er jeg vant til å snakke. Men vi tilpas-

ser oss. Kommunikasjon er kjempe-viktig for å bli en effektiv sykepleier.

Har du utenlandske kolleger?

– Flere er blitt norske statsborgere, men de er opprinnelig russiske, polske og indonesiske. Og én fra England.

Plass til flere utlendinger?

– Ikke hos oss akkurat nå, men Norge trenger jo sykepleiere. Alle har ulike grunner for å komme hit. Jeg har min egen. Noen utlendinger gir service på en annen måte. Greit

å få positive tilbakemeldinger fra norsk side.

Men fattige land trenger sykepleiere selv?

– Ja, men vi har flere enn vi trenger. Jeg tok utdanningen først og fremst for å gi service, deretter for å kunne reise til utlandet for å tjene mer. Jeg sender penger til mine foreldre og en i familien som går på sykepleierskole. (Se også side 31)

tekst og foto **Marit Fonn**

Nyhet Omskjæring

tekst **Ellen Morland**

Vil utrede obligatorisk underlivssjekk

Barneminister Karita Bekkemellem ønsker obligatorisk sjekk av jenters underliv for å forebygge kjønnslemlesting. Helsesøstrene vet ennå ikke hva de skal mene om saken.

Ministeren jobber nå med en ny handlingsplan mot kjønnslemlesting. Obligatorisk underlivssjekk kan bli ett av virkemidlene.

Helsesøstrene stiller seg ikke avvisende til forslaget, men ønsker ikke å ta standpunkt før spørsmålet er faglig utredet.

– Temaet inneholder mange komplekse spørsmål. Vi ønsker ikke å konkludere på bakgrunn av en opphetet mediedebatt, sier leder for helsesøstrenes faggruppe, Astrid Grydeland Ersvik.

Faggruppen vil nå henvende

seg til Barne- og likestillingsdepartementet. Den vil foreslå at en ekspertgruppe utreder spørsmål som ministerens forslag reiser: Hvem skal eventuelt foreta undersøkelsen? Skal alle jenter eller bare utvalgte grupper undersøkes? Skal undersøkelsen foretas en eller flere ganger?

Legene mot

Norske Gynekologers forening og Rådet for legeetikk er mot obligatoriske undersøkelser av jenters underliv, fordi dette kan oppleves som krenkende. Ersvik mener dette også er et av spørsmålene som ekspertgruppen bør diskutere. Hun er ikke uten videre på linje med legene.

– Det vil la seg gjøre å undersøke jenter uten at det skal være traumatisk, sier hun.

Faggruppen vil også foreslå å intensivere informasjons- og veiledningsarbeidet overfor foreldre

og helsepersonell. Informasjonen har dabbet av etter at det nasjonale OK-prosjektet ble lagt ned, mener Ersvik. Hun håper på mer informasjon til helsepersonell og andre, med konferanser på fylkesnivå og veiledningsmaterieell for foreldre.

– Helsesøstre flest trenger mer kunnskap om kjønnslemlesting.

Siden 2004 har blant andre helsepersonell hatt en lovpålagt plikt til å hindre kjønnslemlesting som de får høre er planlagt. Men det kommer ingen anmeldelser. Usikkerhet på hva plikten innebærer kan være en av årsakene, tror Ersvik.

– Alle har som mål at kjønnslemlesting av jentebarn ikke skal skje. Vi ser klart på dette som overgrep. Men det er vanskelig å gi svar på hvilke virkemidler som fører til målet. Det bør ligge en grundig, faglig vurdering bak konklusjonene myndighetene kommer frem til.

– Endelig!

Norsk-somaliske Safia Abdi er selv sykepleier som jobber med informasjon om temaet for Norsk Sykepleierforbund. Hun hilser ministerens utspill velkommen.

– Endelig bryr vi oss, på godt og vondt, sier hun.

Kjønnslemlesting er atskillig verre enn det ubehaget noen kan oppleve ved å undersøke jenters underliv. Å gå mot obligatorisk helsesjekk er å fraskrive seg ansvar, påpeker hun.

– Nå kan vi være trygge fordi loven kan brukes for å beskytte våre barn. Dette hjelper også foreldrene til å forstå. Blir en jente omskåret, vil det oppdages og straffes.

Abdi mener det ikke er noe problem å foreta undersøkelsen på en naturlig måte.

Ny undersøkelse:

Sykepleiere måler ikke smerte

Sykepleiere følger ikke anerkjente retningslinjer for å måle smerte hos pasienter.

Det er funnene i en ny studie gjort ved en intensivavdeling på et middels stort norsk sykehus. 46 sykepleiere ble spurt om hvordan de sjekker effekten av smertebehandlingen de gir. Bare 10 prosent svarer at de bruker VAS-skala.

VAS er en internasjonal smerteskala som går fra en til ti, hvor ti er verst tenkelige smerter. Pasienten skal selv vise hvor på skalaen de ligger, og videre behandling skal ta utgangspunkt i pasientens oppfatning av hvor vondt han har.

– Skuffende, mener intensivsykepleier Oddveig Reiersdal ved Sørlandet sykehus, som sammen med to andre har utført studien.

På side 50 – 52 i denne utgaven av Sykepleien står deres fagartikkel om temaet.

– Pasienten kan lide unødige mye dersom sykepleieren ikke bruker en objektiv smerteskala før og etter de har gitt smertebehandling. Det er ikke nok å be pasienten

fortelle hvor intense smertene er, svarene en får da, er farget av kultur, verdier og holdning til smerte, sier hun.

– Dårlig kvalitet

Studien viser at hele 67 prosent sjelden eller aldri bruker VAS for å kartlegge smerter. 23 prosent bruker VAS av og til.

– *Brukte sykepleierne andre typer smerteskala?*

– Nei. Vurderingen gikk kun på å spørre pasientene.

– *Er det uforsvarlig å ikke bruke smerteskala?*

– Jeg vil ikke si at det er direkte uforsvarlig, for smerte er ikke livsfarlig. Men det kan føre til dårlig kvalitet på behandlingen. Mange pasienter finner seg i veldig mye, sier hun.

Det finnes ingen juridisk bindende internasjonale standarder for smertevurdering, men Joint Commission on Accreditation Hospitals Organisation (JCAHO) er en anerkjent standard, som krever bruk av smertevurderingsverktøy. I Sverige er det nylig utarbeidet retningslinjer som krever bruk av smerteverktøy (se egen sak).

– Varierende kvalitet

– Kvaliteten på smertevurderingen varierer veldig fra sykehus til sykehus i Norge.

Det sier Harald Breivik, professor ved anestesivdelingen ved Rikshospitalet. Han har forsket på smerte i over 30 år, og er offisiell kontaktperson mellom den internasjonale smerteforskerforeningen IASP og WHO.

Han jobber nå for å få både nasjonale og internasjonale retningslinjer på smertebehandling og -vurdering.

Norsk smerteforening vil lage retningslinjer for minimumskrav for smertevurdering i Norge. Legeforeningen lagde retningslinjer for smertebehandling i Norge for 5 år siden, og reviderer disse nå.

– WHO er på glid for å få utarbeidet retningslinjer på dette området. WHO's retningslinjer vil ikke være juridisk bindende, men det vil legge sterkt press på det enkelte lands myndigheter for å følge dem.

Kan få kroniske smerter

– 10 prosent av alle som blir operert ender opp med kroniske

smerter. Disse er oftest moderat plagsomme, men noen får invaliderende smerter. Dette er delvis fordi de ikke får god nok smertelindring, ifølge Breivik.

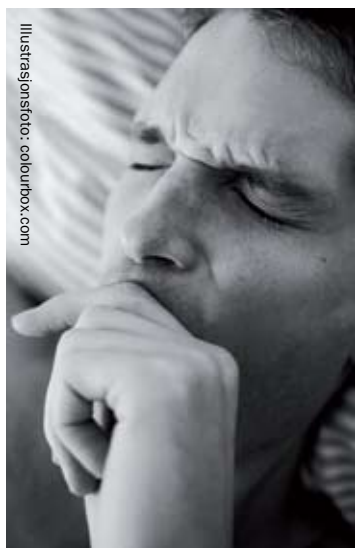
– Komplikasjoner etter operasjoner kan reduseres med god epidural smertelindring. Dette er tydelig etter operasjoner i øvre del av abdomen. Her blir forekomsten av fortetninger i lungene redusert med 50-70 prosent om pasienten har fått god epidural smertelindring sammenlignet med annen type smertelindring.

Også inngrep i forbindelse med cancer og silikonimplantat i brystene kan gi sterke smerter i lang tid etterpå dersom smertebehandlingen ikke har vært god nok.

– Noen sykehus har prøvd å få til rutiner på smertebehandling og -vurdering med bare en smertesykepleier. Uten at legene er involvert, viser det seg at dette blir både tungt og vanskelig.

– Smertebehandling krever ressurser. Men det er ikke lett for dem som sitter på pengesekken å forstå at bare det å lindre smerte, skal koste noe.

Se også side 50-52



SMERTE: Sterke smerter etter operasjon kan invalidisere en pasient.

Mislykket smertebehandling ga nye rutiner

I Sverige er det utarbeidet nye, nasjonale retningslinjer for smertebehandling og -kartlegging, etter at en pasient klaget inn sykepleiere for å ha gitt henne for dårlig smertelindring. Pasienten, en 55 år gammel kvinne, våknet etter en tarmoperasjon, og ga beskjed til personalet om at hun hadde vondt. Hun hadde fått epidural på oppvåkingsavdelingen, og fikk derfor

beskjed om at hun allerede hadde fått smertestillende. Først etter to og en halv time, da pasienten «mistet pusten» av smerte, kontrollerte personalet om hun var godt nok smertelindret. Ifølge Vårdfacket klaget pasienten i ettertid på behandlingen, og saken ble behandlet i Hälso- og sjukvårdens ansvarsråd – tilsvarende det norske Helsetilsynet. Ansvarsnemnden påpekte at det

ikke var registrert VAS-score og sedasjonsgrad. Det var heller ikke dokumentert at epidural-kateteret fungerte.

Ansvarlig sykepleier fikk refs av nemnden, og i ettertid har sykehuset endret rutinene. Det ble blant annet bestemt at VAS-score skal føres i egen rubrikk hver time de første tolv timer etter operasjon, samt forut for og en halv time etter gitt smertelindring.

Grete Waitz HELSESKO

Grete Waitz sålen i alle modeller



NYHET!
WEB-sandalen
 Waitz-Energy-Balance

Nyutviklet sandal med unike egenskaper!
 – produsert på egen fabrikk uten fordyrende mellomledd.



VÅR PRIS
895,-



Art 210 nubuk skinn
 Farge : sort Str. 36-42

Art 211
 nubuk skinn
 Farger: sort
 eller rød.
 Str. 36-42

EN NY SANDAL FOR EN BEDRE HVERDAG:
 Såleprofilen reduserer muskeltretthet og gir mindre belastning på hofter, rygg og knær. Dynamisk gelenkstøtte under fotbuen gir bedre avlastning og økt komfort.



Art. 294 oljet skinn
 Farge: rust 35-42
 Nå med justerbar bakrem!
NYHET!

549,-



Art. 288 oljet skinn
 Beige eller sort.
 35 – 46
Bestselger 2006

549,-

SVARKORT

Ja takk! Jeg ønsker å bestille Grete Waitz helsesko.
 Skriv inn artikkelnr., farge, størrelse, antall og pris.

Artikkelnr.	Farge	Størrelse	Antall	Pris

Navn:

Adresse:

Postnr.: Sted:

Tlf.: E-post

Det er trygt å bestille, – du har full bytte og returrett

Grete Waitz

Adressaten betaler for sending i Norge

Distribueres av Posten Norge

Foot Care AS
 SVARSENDING 4330
 0093 OSLO

Tlf.: 67 97 80 40

Fax: 67 97 18 16

E-mail: post@footcare.no

For flere modeller se:

www.footcare.no

Tillat oss inntil 3 ukers leveringstid.

*Porto/oppravsgebyr kommer i tillegg

Akuttfunksjonene under lupen

Hvordan sikre et godt tilbud til pasienter i alle distrikter? Mer penger. Bedre samarbeid. Økt breddekompetanse. Dette er noen av forslagene fra lokalsykehusutvalget.



HVOR BLIR HVA: Hvilke lokalsykehus skal ha hvilken akuttfunksjon? Det spørsmålet har ikke lokalsykehusutvalget svart på i rapporten (Bilde er manipulert).

– Jeg trenger ikke dra til landets beste galle spesialist hvis jeg får betennelse i galleblæra. Et veldrevet lokalsykehus vil gi meg utmerket behandling, sier Åsne Grønvold.

Hun er spesialrådgiver i Norsk Sykepleierforbund (NSF) og har vært med i arbeidsgruppa for utredning av lokalsykehusenes akuttfunksjoner.

Arbeidsgruppa vil at pasienter skal behandles på laveste effektive omsorgsnivå, og har av den grunn foreslått at ressursene i helsetjenesten bør forskyves til lokalsykehusene og primærhelsetjenesten.

– *Hvor skal de forskyves fra?*

– Det har vi ikke diskutert i detalj, men arbeidsgruppa sier

for eksempel at det er nødvendig å skyve ressurser fra sentralinstitusjoner mot distriktspsykiatriske sentre. Noen pasienter legges også inn unødige og på feil nivå, noe som verken er godt for pasientene eller god ressursbruk, sier Grønvold.

Hun synes det er ekstra viktig å øke ressursene til førstelinjetjenesten når vi nå står foran en aldersboom.

– Ved å gi en kvalitativt god behandling på sykehjemmene vil vi kunne hindre mange innleggelses-

A- og b-sykehus

Det finnes ingen klar definisjon på hvor stort et lokalsykehus kan være og hva det bør inneholde. De fleste sykehus har lokalfunk-

sjoner, også de store regionsykehusene, men arbeidsgruppa har hatt hovedfokus på de mindre sykehusene i distriktene. Ut fra dette har de foreslått to faglige standarder for akuttfunksjoner ved lokalsykehus:

1. Lokalsykehus med akuttfunksjoner som skal kunne ta imot traumepasienter. De skal beherske et bredt sett av kirurgiske prosedyrer.
2. Lokalsykehus med tilpassede akuttfunksjoner, med hovedvekt på indremedisinsk akuttfunksjon, elektiv kirurgi og enklere kirurgisk beredskap.

Den første er slik de fleste større sykehus tilbyr i dag, mens den andre er å la det tilbudet sykehusene i Mosjøen og Nordfjordeid har.

Dette får Gunnvald Lindset i Folkebevegelsen for lokalsykehusene til å frykte en a- og b-stempling av sykehusene. På nettavisen Helserevyen.no hevder han at kutt i kirurgitilbudet vil svekke befolkningens trygghetsfølelse og føre til lengre reiser for både pasienter og pårørende.

– Et redusert kirurgitilbud vil også føre til at lokalsykehusene ikke lenger kan brukes i utdanningsforløpet til leger. Fagmiljøet blir dårligere. På sikt kan det bli et rekrutteringsproblem og vi risikerer at hele grunnlaget for å

ha et lokalsykehus blir svekket, sier han.

Lokalt samarbeid

Arbeidsutvalget har ellers lagt opp til stor lokal selvvråderett og forutsetter et økt samarbeid mellom de ulike helseforetakene og deres respektive kommunehelsetjenester.

– Vi har laget nokså presise prosesskrav om hvordan dette samarbeidet kan gjennomføres. Ingen lykkes uten samhandling og uten at pasienten er i fokus, sier Åsne Grønvold.

Rapporten etterlyser også økt og endret kompetanse ved lokalsykehusene. Teamsammensetningen må være slik at pasientenes behov blir møtt. Arbeidsgruppa foreslår flere tiltak for å tilpasse utdanningene mer til behovene ved lokalsykehusene.

– En utfordring er å ha god breddekompetanse. Håpet mitt er at denne rapporten blir en giv for å utvikle rett kompetanse ved landets lokalsykehus, sier Grønvold.

Hun takker den interne ressursgruppa i NSF som hun har hatt stor nytte av i arbeidet og henviser ellers til NSF's nettsider hvor rapporten er kommentert.



RAPPORTEN

Den 20. mars ble den bestilte rapporten til arbeidsgruppa for utredning av lokalsykehusenes akuttfunksjoner overlevert til Helse- og omsorgsdepartementet. Den har fått tittelen Lokalsykehusenes akuttfunksjoner i en samlet behandlingsskjede. 20 fagfolk har vært med i arbeidsutvalget som ble ledet av Bjørn Erikstein, administrerende direktør i Helse Sør. Sylvia Brustad har foreslått å bevilge 50 millioner kroner til å følge opp rapporten, inklusiv samhandling med de kommunale helsetjenestene.

– Husk kikhostevaksinen

Siden 1997 har det vært en kraftig økning av antall kikhostetilfeller i Norge. Folkehelseinstituttet anbefaler at helsepersonell som har kontakt med spedbarn revaksinerer seg mot sykdommen.

I Norge vaksineres barn første gang mot kikhoste når de er tre måneder, deretter ved fem måneder, ett år og sju år. Generelt bør folk som hoster holde god avstand til spedbarn, men yrkesgrupper som har kontakt med spedbarn bør gå lenger enn det:

– Helsepersonell med kontakt med spedbarn bør oppdatere sin kikhostevaksine hvert 10. år, sier overlege Synne Sandbu ved Folkehelseinstituttets vaksineavdeling.

Det er en anbefaling ansatte ved Folkehelseinstituttet gir på faglig grunnlag når de holder foredrag for helsepersonell og når de blir spurt. Men i vaksineboka for helsepersonell står

det bare at helsepersonell bør vurdere å ta vaksinen.

– Jeg vet ikke om det er noen spesiell grunn til at vi ikke har gått ut skriftlig med noen nærmere anbefaling. Kan hende har det å gjøre med at vaksinen er nokså ny, den kom høsten 2001, sier Sandbu.

Hun anbefaler helsepersonell å ta kikhostevaksinen når det ellers passer å ta en boosterdose mot tetanus (stivkrampe) og difteri, siden vaksinen kun fås i kombinasjon med disse to.

Arbeidsgiveransvar

Kombinasjonsvaksinen med de tre koster 130 kroner. Det er ingen stor utgift, men allikevel

antar leder for Landsgruppen av helsesøstre i NSF, Astrid Grydeland Ersvik, at de fleste helsesøstre ikke har oppdatert sin kikhostevaksine.

– Vi anbefaler alle helsesøstre som er i kontakt med uvaksinerte og delvis vaksinerte barn å være oppdaterte på vaksiner. Med tanke på den kraftige økningen av kikhostetilfeller som har vært de siste årene, spesielt i enkelte fylker, gjelder det rådet da særlig kikhostevaksine. Men det er et arbeidsgiveransvar å sørge for at de vaksineres, sier hun.

I hennes egen kommune, Kristiansund, planlegges det nå revaksinering av alle ansatte på helsestasjonen.

Fire dødsfall

I fjor var det 6 118 meldte tilfeller av kikhoste i Norge. Siden 1997 har fire personer dødd av sykdommen her til lands. Tre av dem var babyer under tre måneder. Den fjerde var voksen, noe som er uvanlig. Men voksne kan allikevel få langvarige plager av hosten.

– En kollega av meg fikk kikhoste og var sykmeldt i seks uker. I ett år etterpå fikk hun astmatiske tendenser hvis hun gikk forbi noen som røykte, forteller Synne Sandbu.

Også Astrid Grydeland Ersvik har hatt nærkontakt med Bordetella pertussis-bakterien i voksen alder.



ARBEIDSGIVERANSVAR: I Astrid Grydeland Ersviks kommune, Kristiansund, skal alle ansatte på helsestasjonen revaksineres mot kikhoste. Regninga tar arbeidsgiver.

– Ut fra den erfaringen vil jeg absolutt anbefale mine kolleger å oppdatere sin kikhostevaksine. Å ha kraftig, utmattende hoste natt og dag som voksen, fortalte meg tydelig hvilken alvorlig sykdom dette kan være for uvaksinerte spedbarn, sier helsesøsterlederen.



FAKTA

Bordetella pertussis

Bakterien Bordetella pertussis (av latin «per» for sterk og «tussis» for hoste) er lumsk og seiglivet. Siden 1540 har den forårsaket kikhoste som karakteriseres av langvarige og kraftige hosteanfall, ofte etterfulgt av pipende innpust (kiking) og brekninger. Spedbarn kan slutte å puste i forbindelse med hosteanfallene og kan få hjerneskade eller i verste fall dø. Mennesket er eneste reservoar for bakterien, og sykdommen smittes via dråper ved hosteanfall. Høyeste insidens av kikhoste i Norge ble meldt i 1949 med nesten 50 000 tilfeller, hvorav 80 små barn døde.



STIKK FOR BARNA: Nærkontakt med slike små klumper er tryggest dersom du er vaksinert.

– Kan bli et eneste langt gjesp

Bente Slaatten er redd likelønnskomisjonens arbeid blir en fiasko.

– Kommisjonen må mene noe om det eneste de ikke skal mene noe om; nemlig lønnsoppjøret sier hun.

I regjeringskvartalet har likelønnskommisjonen innkalt til halvdagsseminar. 150 deltakere stues sammen i auditoriet, mens 60 står på venteliste. Kommisjonens leder Anne Enger, er fornøyd med interessen arbeidet deres virker å ha.

Det ble holdt flere innlegg, men høydepunktet ble paneldebatten.

Eneste kvinne

Marthe Michelet fra Dagbladet var ordstyrer og innledet med å si: – Det er ingen grunn til å tro at vi kan få til konsensus blant deltakerne rundt dette bordet.

Bente Slaatten var eneste kvinne i panelet hun delte med Tor Arne Solbakken fra LO, Tom Colbjørnsen fra BI og Per Kristian Sunde fra KS.

– Det eneste tiltaket vi vet vil ha effekt på lønnsstatistikken innenfor rimelig tid, er å gi kvinne-dominerte yrkesgrupper et lønnsløft. Mer komplisert er det ikke, slo Slaatten fast.

Gjesp

Problemet er at likelønnskommisjonen skal se på alt annet enn akkurat lønnsoppjørene.

– Dersom denne kommisjonen ønsker å bli like historisk som sysselsettingskommisjonen var i sin tid, må de diskutere lønn. Hvis

ikke de gjør det, kan vi få en ny verdikommisjon. Personlig opplevde jeg den som et eneste langt gjesp, sa Slaatten.

Gammelt nytt

Å se på andre områder som deltid, få flere menn i sykepleieryrket for å øke statusen eller å bedre fedrepermisjonene, mener Slaatten man ikke trenger noen kommisjon for.

– Karita Bekkemellom kan sende en stortingsproposisjon om bedre pappapermisjon i morgen. Det trengs ingen kommisjon for det, er meldingen fra Slaatten. Hun mener lønnsforskjellene hovedsakelig er verdsettingsdiskriminering ved at kvinne-dominerte yrker med tilsvarende utdanning, kompetanse og ansvar som mannsdominerte yrker, får lavere lønn.

Lik verdi

For å illustrere poenget, forteller Slaatten om en sak forbundet nå kjører for retten.

– En norsk soldat ble sendt til utlandet i tjeneste og kom tilbake med en kjønnssykdom. Jeg regner med at det ikke er en del av plikten til norske soldater i utlandet, sier hun, ikke helt uten humor i røsten.

– Han fikk yrkesskadeerstat-

ning. Samtidig har vi nå en sykepleier som har jobbet utenlands og blitt smittet av en alvorlig sykdom på jobb. Hun får ikke yrkesskadeerstatning.

Fra salen kommer det vantro latter.

– Det høres sprøtt ut, og litt utrolig at vi har slik forskjellsbehandling i Norge i 2007, men dette er virkeligheten, forteller hun.

Solidaritet

Slaatten foreslo et Solidaritetsalternativ 2, hvor et trepartssamarbeid forplikter seg til å endre lønnsrelasjonene mellom kvinne- og mannsdominerte yrkesgrupper. Hun mente det er feigt av regjeringen å legge ansvaret bare over på partene. Det må legges inn friske penger.

Argusøyne

Slaatten gav kommisjonen klar beskjed om at hun kom til å følge med og evaluere arbeidet om fem år og ti år for å se om det fører til mindre lønns-gap mellom kjønnene. I dag tjener kvinner 85 prosent av menn. Dette gapet må tettes helt. Da har kommisjonen lykket. Hun fikk imidlertid svar på tiltale av kommisjonens medlem, Tom Colbjørnsen fra BI.

– Dersom NSF ikke klarer å bruke markeds-kreftene for å bedre lønnen til sine medlemmer i løpet av fem til ti år, forslår jeg at NSF nedlegges, kom det ironisk fra BI-rektoren.

Han tilbakeviste forslaget om et solidaritetsalternativ, og mente at «omfordelingsalternativ» er en bedre betegnelse på Slaattens

forslag.

– For meg kan du kalle det hva du vil, var Slaattens kommentar til Colbjørnsen.

Velger selv?

Colbjørnsen holdt tidligere på dagen et innlegg der han stilte spørsmål om kvinner selv velger å tjene mindre enn menn.

– Den beste forklaringen på at kvinner har lavere lønn, er kjønnsandelen i et yrke. Jo flere kvinner, jo lavere lønnsnivå, sa han.

Colbjørnsen tok utgangspunkt i lederyrket, som er et typisk mannsyrke. Han viste at blant de som allerede er ledere, har både kvinner og menn like store sjanser til opprykk. Problemet er at flere kvinnelige enn mannlige ledere velger å slutte. Konklusjon hans var at kvinner, i motsetning til menn, ikke finner det bryet verdt å sitte i lederstillinger over lengre tid.

Feminint

– Det å ha makt oppfattes ikke som feminint, sa Anniken Huitfeldt, som hadde i oppdrag å kommentere Coldbjørnsens innlegg.

Hun fryktet at unge jenter som skal velge utdanning, avstår fra å velge utradisjonelle, mannsdominerte karriereveier av frykt for å bli beskyldt for ikke å være feminine.

– For jenter har det stor og avgjørende betydning at de beholder sin feminine identitet, påstod Ap-representanten.

Sykepleier søkes til GlaxoSmithKline.

For fullstendig informasjon, se stillingsannonser.





4 UKER UTEN RESPONS?

Å bytte til Efexor® Depot (venlafaxin) kan hjelpe. Argos studien, som inkluderer 3.500 pasienter, viser at Efexor® Depot er mer effektivt enn konvensjonelle antidepressiver* i behandling av pasienter som ikke tolererer – eller responderer – adekvat ved terapeutiske doser¹.

Efexor® Depot er et SNRI med mange godkjente indikasjoner², stort effektpotensiale³, lang klinisk erfaring – 10 år** i Norge⁴, lite interaksjoner⁵, god tolerabilitet³ og enkel dosering; 1 gang daglig – uansett dose².

* Fluoxetine, Paroxetine, Citalopram, Sertraline, Mirtazapine. ** Efexor/Efexor Depot

GET WELL • STAY WELL • GET WELL • STAY WELL • GET WELL • STAY WELL

Wyeth

EFEXOR®
(venlafaxin)
DEPOT

Har planen klar for **eldrebølgen**

Hjemmetjenesten sliter. Flere og vanskeligere oppgaver venter. Et nytt planleggingsverktøy fra Vestfold kan bli sentralt i fremtiden.

Utfordringene er åpenbare, men svarene har vært fraværende. I alle fall til nå.

– Det er lett å bli handlingslammet når listen over utfordringer innen den kommunale helse- og omsorgstjenesten fra ett år til et annet stadig blir lengre, sier høgskolelektor Marit Strandquist ved Høgskolen i Vestfold. Dette gjelder imidlertid ikke henne selv.

Siden 2002 har Norsk Sykepleierforbund i samarbeid med Høgskolen i Vestfold utviklet et praktisk verktøy som gjør det mulig for kommunene å planlegge hvordan de kan møte utfordringene i eldreomsorgen i årene framover.

Målet for serien av prosjekter, som Marit Strandquist har ledet, har vært tredelt: Bedre kvalitet for pasientene, motiverende arbeidsplasser for ansatte og effektive

tjenester for arbeidsgiver gjennom riktig bruk av kompetanse.

Pasienten i sentrum

– Pasienter som mottar kommunale hjemmetjenester har svært ulike lidelser og hjelpebehov. Og hverdagen er svært vanskelig for mange av dem. Demens, psykiske lidelser, svekkede sanser, smerte og kraftløshet gjør at mange pasienter ikke klarer å fremme sine egne behov. Derfor trenger de hjelp til å sette ord på behov og mål for fremtiden. En hjelp de ofte ikke får. Ikke fordi ansatte ikke vil, men fordi fokus er feil, mener Strandquist.

Tradisjonelt er det pleiefelleskapet som sammen bærer ansvaret for pasienten. Ansatte har ansvar for pasientene så lenge de er på vakt. Ved vaktskifte overtar andre ansvaret. Hovedfokus blir å utføre de daglige oppgaver på en omsorgsfull og god måte. Mange pasienter opplever imidlertid situasjonen som slitsom og vanskelig fordi de stadig må forholde seg til mange forskjellige hjelpere.

– Denne tradisjonen må brytes, understreker Strandquist. – Ansvar for kontinuitet og koordinerte tjenester til den enkelte pasient kan ikke tilhøre fellesskapet. Det må gis til konkrete ansatte.

Pasientsituasjoner

– En ting er å delegere pasientansvar til den enkelte ansatte. Men hvordan vurdere behovet for kompetanse til hver enkelt pasient?

– Til nå har man forsøkt å forklare kompetansebehovet ved hjelp av pasientens diagnoser, helseproblemer, pleietyngde, funksjonsnivå eller registrering i IPLOS. Disse metodene fanger hver for seg opp deler av pasientsituasjonen. Men det forteller lite om pasientens totalsituasjon, som vil være avgjørende for kompetansen på hjelpen, sier Strandquist.

– *Hvordan måle pasientens totalsituasjon?*

– Gjennom drøfting av forskjellige pasienteksempler ble det identifisert seks situasjonstyper: uavklart situasjon, avklart stabil situasjon, avklart ustabil situasjon, avklart utstyrskrevende situasjon, ustabil situasjon og akutsituasjon. Videre er det beskrevet hvilke kompetanse ansatte må ha for å yte forsvarlig hjelp i hver av disse situasjonene, sier Strandquist.

(Dette er nærmere beskrevet i Sykepleien nr 11/06 side 55-58.)

Pasientansvarlig

Etter at alle arbeidsoppgavene var registrert, ble det i fellesskap beregnet hvor mange årsverk tjenesten trengte av sykepleiere, helsefagarbeidere og assistenter for å utføre oppgaven forsvarlig. Videre hvordan årsverkene skulle fordeles for å få nok turnusarbeidere med riktig kompetanse.

– Å bemanne etter minstekravet vil imidlertid gjøre tilbudet svært sårbart ved uforutsett fravær. For å unngå dette ble en person på hver vakt byttet ut med en ansatt med høyere kompetanse enn minstekravet, sier Strandquist.

– *Er tilfredsstillende grunnbemanning nok til å sikre forsvarlige og gode tjenester?*

– Nei, kompetansen må også brukes riktig. For at alle ansatte skal kunne yte riktig hjelp til pasientene er det nødvendig å innføre ordning med pasientansvarlig (PAS) med høgskoleutdanning og primærkontakt med fagutdanning, mener Strandquist.

– *Og hva er deres oppgave?*

– PAS skal være pasientens og pårørendes kontakt og talsperson. De har ansvar for å sikre kontinuitet, faglig forsvarlighet og koordinering av tjenestetilbudet til pasienten. I tillegg til tid til å utføre pasientarbeid, må PAS få tildelt tilleggstid for å ivareta funksjonen og tid til samarbeid med eksterne tjenesteytere.

– Primærkontakten skal i samarbeid med PAS sikre kontinuitet i arbeidet med pasienter med omfattende hjelpebehov. Videre skal de utføre delegerte sykepleieroppgaver og ivareta særskilt tildelt ansvar, sier Strandquist.

Spesialkompetanse

Flere pasienter sliter med svært sammensatte behov. Det gjelder særlig alvorlig syke og døende pasienter, personer med demens og personer med rusavhengighet og/eller psykisk sykdom. Det vil også være behov for spesialkompetanse innen for eksempel sårbehandling, diabetes og bruk av avansert medisinsk-teknisk utstyr.



FAKTA

Kompetansebasert bemanningsplan:

Et verktøy utviklet for hjemmetjenesten, som kan videreutvikles for bruk i sykehjem og bemannede boliger.

Rapporten «Kompetanse i hjemmetjenesten. Kvalitet og forutsigbarhet for pasienten» finnes på www-sa.hive.no/regional/



PRAKTISK: Høgskolelektor Marit Strandquist har ledet arbeidet med den nye bemanningsplanen.

– *Hvordan sikre at alle får et forsvarlig tilbud?*

– I prosjektene la vi til grunn at PAS skulle være en generalist, men som også har ansvar for å innhente spesialistkompetanse etter behov for sine pasienter. Denne kompetansen kan hentes på tre måter: fra interne ressurspersoner med realkompetanse, fra interne spesialister med formalkompetanse eller fra

eksterne spesialister, ifølge Strandquist.

Vellykket generalprøve

I fjor ble systemet prøvd ut i hjemmetjenesten i Vestfold-kommunene Stokke, Nøtterøy og Horten.

– *Og konklusjonen er?*

– Alle tre kommunene gir uttrykk for at verktøyet har vært viktig for å kvalitetssikre tjenesten, sier prosjektlederen.

– To kommuner har satt i verk ordning med PAS til alle pasientene. Her opplever ledere og ansatte at de gjennom prosjektet er blitt bedre kjent med pasienttilbudet i kommunen og kvaliteten på de utførte tjenestene. Det har blant annet gitt seg konkrete utslag i form av bedre oppfølging av pasientens pleieplan og bedre samarbeid med andre tjenesteytere i kommunen.

– Også de ansatte selv har hatt positiv nytte av prosjektet. De er blitt mer faglig trygge på jobben, og mener det oftere er nok kompetanse til stede på vaktene. Arbeidsfordelingen mellom yrker var blitt bedre, og det var økt stolthet over å arbeide i tjenesten, forteller Marit Strandquist.

Vil kontrollere forskningsjournalistikk

Både Sykepleien og de fleste andre medier formidler forskningsresultater. I et debattinnlegg i Aftenposten går professor Ole Didrik Lærum hardt ut mot norsk forskningsjournalistikk, og foreslår «systematisk kvalitetskontroll av forskningsstoff».

– Problemet er når først institusjonene i sine blader og presseskriv prøver å strekke selen så langt den rekker, og så kommer mediene og

strekker saken enda lenger, sier han.

Til forskning.no kommer han i tillegg med en kraftsalve mot helseforskere, som han oppfatter som for forsiktige:

– Det er altfor mange forskere som er for forsiktige og mediesky. Særlig innenfor helse er mitt inntrykk at det er mange som ikke vil uttale seg offentlig fordi det er så mange konflikter innen helsevesenet, og de vil ikke bli involvert i disse. Det synes jeg er veldig trist og negativt.

– Sluta pinka revir!

Sykepleierprofessor Ove Hellzèn skjønner ikke hvorfor noen sykepleiere er så redde for tverrfaglige utdanninger. Han tror tvert imot det er farlig å markere eget revir hele tiden.

Han har allerede barten. Nå mangler det bare at mastersøknaden godkjennes, så kan Ove Hellzèn fra Sverige virkelig gjøre

trønder av seg og nyte sin nye tittel som professor i tverrfaglig helsearbeid ved Høgskolen i Nord-Trøndelag.

– Ja, det er en «jädra» fin tittel, samstemmer sykepleieren som kom til Namsos i høst for å heve kompetansenivået til lærerstaben ved høgskolen, slik at de greide Nokut-kravene om førstekompetanse.

– *Hva er du ekspert på, da?*
– Bra fråga! Jeg har ingen formell kompetanse på tverrfaglighet, mitt område er mer innen psykiatri.

Hellzèn var dosent i helsevitenskap ved Mittuniversitetet i Sverige med doktorgrad i helsevitenskap med ferdypning i psykiatri, da han fikk tilbudet om professorstillingen i fjor sommer. Nå fordeler han jobbingen mellom Levanger og Namsos. På sistnevnte sted har han også bosatt seg og underviser blant annet på videreutdanningen i tverrfaglig psykisk helsearbeid.

Styrker identiteten

I Sykepleien 19/2006, ble det hevdet i en fagartikkel av Eva Try at den tverrfaglige videreutdanningen i psykisk helsearbeid er uten identitet og at fagspesifikk ferdypning taper terreng.

Studentene risikerer blant annet å forlate skolebenken uten kunnskap om selvmordsforebygging og psykiatrisk diagnostikk, skrev hun.

Det er Ove Hellzèn helt uenig i.

– Diagnostikk og kunnskap om behandling inngår som en del av pensum. Og jeg synes ikke identiteten forsvinner. Derimot styrkes den, hevder han.

Selv om det ikke er et formelt krav at de som tar denne videreutdanningen har jobbet noen år i yrket sitt, har han aldri opplevd noen, verken i Sverige eller i Norge, som tar videreutdanningen direkte etter grunnutdanningen uten noen yrkeserfaring først.

– Vi gjør det man har pratet om i mange år – vi jobber i team.

Hellzèn mener at når alle yrkesgruppene har vært noen år i yrket, kan de lettere utveksle erfaringer med andre yrkesgrupper. På studiet får de kunnskap om de andres tenkemåter og dermed et større perspektiv på behandlingen.

– Visst skal vi styrke identiteten, men vi må også være åpne.



SJELDEN TITTEL: Ove Hellzèn er en av Nordens første professorer i tverrfaglig helsearbeid.

Master i rehabilitering

Høgskolen i Bodø er for øyeblikket den eneste skolen som tilbyr master i rehabilitering. I år skal det fjerde kullet rekrutteres fra hele landet. De fleste har yrkesbakgrunn som sykepleiere i kommunehelsetjenesten eller psykiatrien, men også sosionomer, ergoterapeuter, (spesial)pedagoger, førskolelærere, fysioterapeuter og til og med en dataingeniør, har vært blant studentene på dette studiet.

130 millioner til helse- og vaksineforskning

Forskningsrådets program for global helse- og vaksinasjonsforskning (GLOBVAC) har for tiden ti pågående prosjekter innen global helseforskning. Sju nye vaksinasjonsprosjekter på til sammen 64 millioner kroner starter i 2007, ifølge rådets nettsider. Nå skal ytterligere 130 millioner kroner fordeles gjennom GLOBVAC-programmet.

Vi må slutte å vokte hverandre hele tiden og «pinka revir», som vi sier på svensk. Jeg tror det er farlig å hele tiden løfte fram sitt eget, det gagnar ikke pasientene. Vi har jo ikke monopol på sannheten bare fordi vi er sykepleiere, minner han om.

Hellzèn synes de norske studentene er åpnere enn de svenske.

– I Sverige tenker de ikke tverrfaglighet, men her gjør nesten alle det.

Han tipper det delvis skyldes at Sverige har en mer tradisjonell medisinsk tenkning med større fokus på medikamentell behandling.

Master i tverrfaglig helsearbeid

Fra 2007/2008 planlegger Høgskolen i Nord-Trøndelag å tilby et masterstudium innen tverrfaglig helsearbeid, såfremt søknaden godkjennes av Nokut. Det gir mulighet for å fordype seg enten i rehabilitering eller psykisk helsearbeid over to år og gir 120 studiepoeng. Masterstudiet skal bygge på de allerede eksisterende tverrfaglige videreutdanningene innen psykisk helsearbeid og rehabilitering. Studenter som går eller begynner på disse studiene til høsten, skal dermed kunne velge om de vil gå videre med master. En ferdig mastergradsstudent vil da kunne

gå videre til doktogradsutdanning.

– Trenger man en hel mastergrad på å lære seg å samarbeide? Må det ikke først gjøres noe med strukturen i organiseringen av helsetjenestene?

– Vi håper studiet kan gi studentene noen verktøy de kan bruke i praksis, og at de utvikler en samhandlingsmetodikk som gir et bidrag til et bedre samarbeid i helsevesenet, sier prosjektleder for mastergraden, prodekan Aina Hildrum Lio, ved avdeling for helsefag på Namsos.

Ove Hellzèn legger også til at det er skolens oppgave å sørge for at studentene har de teore-

tiske argumentasjonsbasene i orden.

– Det er kjempeviktig at ikke utdanning og praksis går hånd i hånd, men at utdanningen ligger et stykke foran praksisen, slik at man drar utviklingen framover. Jo flere studenter med nye tanker som kommer ut og pusher, jo lettere er det å få en positiv forandring i praksis, tror professoren i tverrfaglig helsearbeid.



etac®

Et godt sengemiljø er like viktig innen sykepleien som i hjemmet

Etac tilbyr et komplett sortiment av madrasser, overmadrasser og støtteputer til posisjonering og behandling /forebygging av trykksår.

Produktene har forskjellige grader av trykkfordelende og trykkavlastende egenskaper for å fordele kroppstyngden over en så stor flate som mulig. Kvalitet og pris kan kombineres.

Sjekk vår hjemmeside www.etac.no for mer informasjon

ETAC AS - Postboks 249, 1501 Moss
Tlf. 69 27 59 80 - Fax: 69 27 09 11 - E-post: hovedkontor@etac.no

etac®
Skaper muligheter



BALANSE: – Rusmisbrukere manipulerer for å få viljen sin, det er en måte å overleve på. Ikke vær blåøyd, men vis forståelse, er Annes råd til sykepleiere som vil jobbe i rusomsorgen.

Endeli

Da Anne begynte å ruse seg, oppdaget hun at det hjalp mot ensomheten. Hun var tolv og ble straks hektet.

Kranglingen hjemme er det hun husker best fra barndommen. Anne følte seg tidlig alene og annerledes, var den stille jenten.

Hun vokste opp i en av Oslos drabantbyer på 1960- og 70-tallet. Faren reiste mye, og når han var hjemme ble det mye festing og krangling. Alkoholismen i familien hadde gått i arv i flere generasjoner.

Anne trivdes verken i barnehagen eller på skolen. Hun var sjenert, hadde ingen venninner og slet med skolefagene. Ofte stakk hun hjem, for det var verre å være alene når alle andre var i flokk. Hun bygget en mur av beskyttelse rundt seg.

Men tolv år gammel oppdaget hun at hvis hun drakk øl, så forandret hun seg. Hun turte plutselig å ta kontakt med andre. Hun begynte å sniffe. Spiste Paralgin Forte og koffeinpiller. Rusen ble en smart problemløser.

Livslang prosess

Nå er Anne 42 år og går på lys-skole.

– Jeg kunne vært mora til de andre elevene. Men det plager meg ikke, flirer hun.

g rusfri

Hverdagen er travel. Hun har nettopp kommet hjem fra skolen til Stensløkka ressursenter, der hun har bodd i over ett år. Hun har vært rusfri i to. Hver mandag går hun på ettervernsmøte på Arken kvinnekollektiv. Det er der hun har kjeftet, grått, snakket og sett seg selv i hvitøyet i elleve måneder for å nå målet: Bli - og forbli - rusfri. Men dette er en livslang prosess.

Stensløkka er en stor trevilla på Oslos vestkant. På kjøkkenet i første etasje serverer Anne te. Hun har briller med kraftig, firkantet innfatning, ser litt businessaktig ut.

– Jeg husker ikke så mye fra barndommen, sier hun.

Minnene hun har er mest triste.

Utafor

At hun var annerledes, fikk hun stadig bekreftet. Fritidsaktiviteter var ikke noe for henne, men 12-13 år gammel prøvde hun seg på ballett.

Hun skjønte det med en gang. Utafor der og. Mens de andre jentene hadde håret i topp, ordentlige ballettsko og fin trikot, kom hun i joggesko, badeshorts og t-skjorte med håret løst. Hun visste hun var fra en annen verden enn dem. Etter noen ganger sluttet hun. Så vanket hun heller sammen med gjengen på senteret.

En gang ble hun tatt for å stjele. Ut av jakken - der fôret manglet siden det var brukt til sniffekluter

- ramlet det ut en endeløs rekke av sminke, tyggegummi og smykker.

– Min far er død, og min mor ligger for døden! sa Anne til sjefen.

Han bet på og hun fikk gå.

Så ble hun tatt en gang til. Anne la kortene på bordet, og faren ble tilkalt.

– For øvrig er du død, sa butikk-sjefen til ham.

Da fikk Anne et halvt års innestraff.

Bryter sirkelen

Hele familien har slitt med rus, bare Anne har greid å gjøre noe med det.

– Jeg er født til denne verden for å bryte sirkelen. Jeg er sterk nok, sier hun.

Hun har eget rom i villaen. Her får hun botrening, mens hun er på utkikk etter noe eget.

– Jeg var på visning nettopp, i det private leiemarkedet. Men så tok de kredittsjekk, og da er det kjørt.

Fortiden kommer stadig tilbake.

Forelsket

Da hun var 14 flyttet faren, og det ble litt roligere hjemme. Men forholdet til mor var dårlig. 16 år gammel fikset hun ikke alle reglene lenger og flyttet hjemmefra. Bodde litt hos tanten, litt hos bestemor, flyttet til far, for så å flytte hjem igjen. Hun begynte å danse igjen og talentet viste seg ved rask progresjon. Etter kort tid på musikklinjen på videregående,



DETTE ER SAKEN:

- **Rusomsorgen** ble i 2004 spesialisthelsetjenestens ansvar, da rusreformen ble innført.
- **Målet** er bedre behandling for rusmisbrukere.
- **En ny rapport** fra Helsetilsynet konkluderer med at det mangler faglig kompetanse på rusfeltet i hele landet.
- **Anne** er en av dem som har klart å gjennomføre behandlingen. Nå har hun vært rusfri i to år.

sluttet hun. Da hun var 18, begynte hun igjen på videregående, nå på ballettlinjen.

Så forelsket hun seg i en gatesanger. Da skar det seg igjen med balletten og etter mye skulking, sluttet hun på skolen. Engelskmannen virket som en magnet på henne. Men forholdet var vanskelig. Han hadde masse damer overalt og hun fikk gonoré.

Alkoholen var stadig der. En stund jobbet hun som dovakt på en nattklubb for å passe på at folk ikke ruset seg. Der ble hun introdusert for poppers, eter-dop som ga heftig varme i kroppen, en rus som varte i fem sekunder.

Hun begynte å vanke i punkermiljøet og bodde i okkuperte hus, eller på en sofa her, en sofa der. Hun drakk mye, hva som helst, bortsett fra rødsprit. Innimellom var hun hjemme for å dusje og sove.

Hun fikk leilighet i Ungbo og jobb som tekniker i RadiOrakel. Den jobben hadde hun i seks år.

Meinhof

– Nesten den beste tiden, forteller hun på kjøkkenet.

– Alle hadde bikkjer, de het for eksempel Satan, Sid (etter punkerbassisten Sid Vicious), Bader og Meinhof.

Annes hund het Charlie.

– Etter den første pønkeren i Trondheim. En schæfertispe som var med overalt og passet på meg.

Hundene formerte seg som bare

det. Masken hennes var svart sminke og røff munnbruk.

– Jeg måtte drikke, for ellers hadde jeg det ikke bra.

Hun begynte å ta speed med sprøyter. Hvorfor? Fordi så mange andre gjorde det, og det måtte jo prøves. Hun tok syre (LSD). Flein (sopp). Røykte litt heroin.

– Men jeg var alltid forsiktig i galskapen. Ikke den som tok mest av alt. Noe inni meg sa: «Nå må du bremse litt, det er ikke bra for deg.» Jeg likte ikke å miste kontrollen. Så ble en venninne gravid og alle sluttet i solidaritet med henne.

Anne foreslår at vi går opp på rommet, så hun kan ta seg en røyk.

Ble mamma

Hun var interessert i hockey. Hun spilte på jentelaget på Vålerenga og forelsket seg på nytt. I ti år holdt hun seg unna stoff, men droppet ikke alkoholen. Hun ble gravid og holdt seg rusfri i hele svangerskapet. Datteren kom i 1994, åtte dager før hun fylte 30.

Barnet var ønsket, men Anne var ikke klar over hva hun gikk til. Forholdet til barnefaren tok snart slutt. Det var tungt å være alene, og i tillegg til drikkingen begynte Anne igjen å speede så smått når hun hadde barnefri og skulle på byen. Hun klarte å holde hjemmet i orden, men var deprimert. Hun fikk en kjæreste igjen som ikke var bra for henne.

Høsten 2000 sto barnevernet på døren og alt ble kaos. I denne tiden hjalp amfetaminen henne opp om morgenen. Stoffet gjorde at hun holdt ut det vonde, men det gjorde også livet så ille. En vond sirkel.

– Fortjente ikke

– Jeg skjønnte ikke hvorfor barnevernet kom. Dette fortjente jeg ikke.

Veggene på Annes rom er nærmest tapetsert med bilder av datteren fra hun er baby til tenåring. De treffes jevnlig.

Hun røyker Prince og lufter. En høy hylle er full av cd-er. En lampe lyser dempet blått.

– Jeg opplevde at alt ble brukt mot meg. Ting ble vridd og vrent, jeg opplevde løgner om meg og min rolle som mor. Det gikk så sørgelig som det kunne gå.

Og det gikk fort. Det ble to rettsaker. Anne tapte.

Å miste omsorgen for datteren er det såreste i Annes historie. Hun har jobbet hardt for å dempe bitterheten og aggresjonen mot systemet og barnefaren. Og noen gode ord fikk hun med seg i rettspapirene fra dommeren:

– Hun sa jeg hadde gjort en god jobb - gitt barnet mitt kjærlighet og stimulans, minnes Anne.

Sår et frø

Datteren flyttet til sin far. Anne hadde samvær annenhver helg og i ferier. Hun ruste seg stadig mer. Selv om hun egentlig ikke ville - hun måtte ha det. Det ble en mental besettelse. Selv om livet gikk til helvete - rusen var viktigere. Hun sov like mye på en uke som andre sover en natt. Ny mann, samme gamle mønster: Hun besatt – forholdet vanskelig.

En dag fikk hun høre om NA. Anonyme Narkomane. Hun gikk på møte og et frø var sådd. Men hun visste ikke hvordan hun skulle gå videre. Hun var dessuten redd for å miste all kontakt med datteren hvis hun innrømmet at hun var alkoholiker og narkoman.

I 2004 – tre år senere - dro hun på en ukes NA-sommerleir for

rusavhengige. Anne fikk sin første NA-sponsor, som selv hadde hatt et opphold på Arken og maste om at Anne måtte søke dit. Men Anne ville heller til et sted i nærheten av gamlekjæresten. Sponsoren overbeviste henne om at det var en dårlig idé. Anne fikk plass på Arken i september 2004.

Hun kom dit så full av hat og bitterhet overfor barnefaren at hun ikke greide å snakke om det. Hun var sint på hele verden.

På juleperm med familien sprakk hun.

Reinlagt

– Jeg rusa meg på helgepermer i tre uker. Det var helt forferdelig å måtte skjule en så stor hemmelighet. Jeg ble avslørt av urinprøven, og det var rett ut. Det var egentlig en lettelse.

Men hun visste med en gang at hun ville tilbake til Arken, ikke gi seg over til sitt gamle liv. Hun fikk komme på reinntak i april 2005. Nå er det gått to år.

Anne har gått dypt i seg selv for å bli rusfri.

– Sykdommen betyr masse benektelse. Det var vanskelig å se min del av ansvaret. Men det vanskeligste har vært å tilgi seg selv.

Å bli friskere har vært «et helvete». Først se seg selv. Sine atferdsmønstre. Legge ned alt forsvaret. Komme seg gjennom selvforakten til å se at man er verdt noe.

– Jeg har hatt lett for å bruke gutter som en flukt. Hvis avvenningen hadde skjedd i et blandet miljø, hadde jeg sikkert blitt forelska. Jeg hadde sluppet unna meg sjøl, vi hadde egga opp hverandre – og dratt ut.

På Arken var det ikke mulig å gjemme seg.

– *Hva tenker du om fremtiden?*

– Lys og strålende, sier hun munnrappt.

Hun ler.

– Jeg vil tilbake til verden. Ha jobb, et eget sted å bo. Være selvhjulpent og fri. Men det har ingen hast, man *må* være tålmodig i denne prosessen.

Hun mediterer hver morgen og



ARKEN: I dette huset klarte Anne å bli rusfri. Staheten hjalp henne.

ber til høyere krefter. Slik fyller hun et tomrom. – Det er en kraft som er større enn meg. Åndelig, ikke religiøs. Kraften inkluderer alle religioner og alle klasser. Det handler om å slutte å ruse seg og få et godt liv.

Lang tids amfetaminbruk er verre for psyken enn fysikken, tror hun. Men lite søvn og mye amfetamin fører også til ledd-, skjellett- og andre plager. Hun har hepatitt c, og har hatt flere kjønns sykdommer. Hun hadde 17 hull, men er glad hun har sine egne tenner.

Men det verste med rustiden var likevel nettverket.

– I rusmiljøet har du ingen venner, du kan ikke stole på noen. De psyker deg ned bare for moro skyld. Stjeler fra deg, ljuger.

Styrken hennes er staheten.

– Jeg gir meg ikke, selv om det er veldig tøft. Selv om jeg får tanker om rus, vet jeg at det fins andre løsninger. Lyset i tunnelen er ikke lenger et møtende godstog, sier hun tørt.

– *Ditt beste tips til sykepleiere som vil jobbe i rusomsorgen?*

– Ikke vær for snill. Ikke gå med på alt. Rusbrukere manipulerer for å få viljen sin, det trenger ikke alltid å være bevisst. Det er en måte å overleve på. Så vis forståelse og vær rettferdig.

Hun legger til:

– Behovsutsettelse er viktig, vi har så mange lyster. Nesten som barn. Gi trygghet og tillit uten å være bløyd. Og for all del vær ærlige. Konfronter med virkeligheten.



UTFYLLER: Barbra Heyerdahl (t.v.) og Sissel Høibråten har hver sin nødvendige kompetanse i rusomsorgen. De supplerer hverandre.

Kjenner misbruket fra begge sider



ARKEN

Kvinnekollektivet har 8 plasser.

Behandlingstid:

Vanligvis ni måneder, pluss ett år ettervern.

Metode:

12-trinns-modellen

Alder: Fra 20 til 50, snittalder er 32 år.

Krever medikamentfrihet – inkludert både alkohol og metadon.

Helsetilsynet etterlyser faglig kompetanse på rus.

Kvinnekollektivet Arken har nettopp det. Det var her Anne fikk hjelp.

De jobber sammen i rusomsorgen: Barbra Heyerdahl er sykepleier. Sissel Høibråten er tidligere heroinbruker. Arken kvinnekollektiv er en privat stiftelse, men finansiert av Helse Øst.

Heyerdahl er psykiatrisk sykepleier og har arbeidet der i to år. Høibråten er bokollektivleder og har over ti års erfaring som ansatt. Før var hun selv pasient i kollektivet.

– Mer kompetanse

I 2006 gjennomførte Statens helsetilsyn et landsomfattende tilsyn

av rusomsorgen, etter at spesialisthelsetjenesten overtok ansvaret i 2004. En av konklusjonene er at det skorter på nødvendig faglig kompetanse.

I rapporten står det: «*Rusreformen innebærer (...) helsetjenesten stilles overfor den utfordring det er å møte nye fagmiljøer. Når behandling av rusmiddelbruk skal tilføres helsefaglig kompetanse og regelverkskrav (...) innebærer ikke det at den kompetansen som allerede finnes om misbruk og behandlingsmuligheter skal erstattes, den skal suppleres.*»

Tverrfaglig

Kollektivet Arken, som er 20 år i år, holder til på området til Gaustad sykehus, rett over veien fra Rikshospitalet. Der utøves tverrfaglighet i praksis. I kontorlokale treffer Sykepleien tre av de ansatte. Mest erfaren er Tove Ottestad, sosionom og daglig leder. Sissel Høibråten er sterkest på realkompetansen, men i tillegg til brukererfaringen har hun utdanning i gruppeterapi. Barbra Heyerdahl har helseperspektivet og kan mest om legemidler, psykiatri og helseplager. Hun er Arkens

Du tror du kan se hvem som vil klare det, men det kan du bare glemme.



eneste sykepleier og ble overrasket over hvor liten responsen var da de søkte etter en ny, vanlig sykepleier. Hun tror rusfeltet er lite kjent i hennes profesjon.

Ottestad har både god og dårlig erfaring med rusreformen.

– Før ble den fysiske helsen glemt. Det var vanskelig å få leger og sykepleiere til å engasjere seg. Å ansvarliggjøre alle yrkesgruppene er av det gode. Men det er blitt veldig byråkratisk. Systemet var smidigere før.

Krav til dokumentasjon og behandlingsfrist ser Ottestad som positivt. Men at Arken for første gang har måttet gi avslag fordi ventetiden er for lang, liker hun ikke.

– Det oppleves som vilkårlig hvem som blir vurdert egnet for behandling hos oss, skyter Heyerdahl inn.

De er også kritiske til at akuttinstitusjoner i hovedstaden blir lagt ned. Noen venter i månedsvis for å få akutt plass.

Heyerdahl framhever opplevelsen av at det nytter:

– Det er nok annerledes for dem som arbeider med rusmisbrukere på gateplan. Men vi ser dem i mye større grad nyktere. At ganske mange klarer seg, blir borte i metadon- og lavterskeldebatten.

– Anne har en kjerne

Noen dropper ut underveis, som regel i løpet av de tre første månedene. En tidligere undersøkelse viser at 42 prosent av dem som blir behandlingstiden ut, klarer seg bra

etter fire-fem år. Og da er de over den verste kneiken.

– Noen som klarer seg som dere aldri ville trodd det om?

– Ja – ha, ha! humrer de i kor.

– Du tror du kan se hvem som vil klare det, men det kan du bare glemme. «Stakkars, hun har ingen sjanse», kan du tenke, og så er det omvendt, sier Høibråten, som var Annes (se forrige sak) primærkontakt.

– Hva tenkte du om Anne?

– «Hvordan skal dette gå. Hun har litt av en jobb foran seg.» Hun var frekk og sta som et esel. Hadde et språk som ikke liknet grisen. Bannet og kjeftet. «Å, så sint du er», tenkte jeg. Hun hadde mye å være sint for, også. Dessuten gir amfetaminbruk et forvrengt bilde av virkeligheten. Da er det lett å miste tillit til verden. Men Anne er en fighter, hun har en kjerne. Før brukte hun det mot seg selv. Nå har hun snudd det.

Høibråten får god respons på sin fortid. Hun blir først møtt med «du skjønner ingenting». Men det kan hun jo avkrefte.

– De sier: «Hæ? Har du gått på heroin? Hæ? Er du gift? Da er det jo håp, da!»

Ditt valg nå!

Etter en viss dose oppnådd selvinnsikt, blir det vanskeligere å droppe ut av behandlingen. Det blir ikke det samme å ruse seg lenger. De får inn med teskje at nå er det *ditt* valg.

Behandlingen følger den såkalte 12-trinnsmodellen. Den innebærer

både gruppe- og individuellterapi.

– Jentene må akseptere at de har et problem. Lære å gjøre ting på en annen måte enn før. Dette er et handlingsprogram, forklarer Ottestad.

Selvransakelse, gjøre opp for seg, åndelig oppvåkning, er andre stikkord for modellen, ifølge Anonyme Narkomane.

– Vi poengterer at hvis de ikke slutter å ruse seg, vil et liv i nedverdiggelse fortsette.

Modellen innebærer total medikamentfrihet. Det vil si at Arken ikke behandler metadonbrukere.

– Metadon er noe av det mest avhengighetsskapende som finnes. Men for noen er det riktig. Å slutte med alkohol, som er et legalt rusmiddel, sitter langt inne, sier Heyerdahl.

Typisk for pasientene er at de er såkalte guttejenter med få relasjoner til andre jenter. De har opplevd mye konkurranse og konflikter i forhold til jenter i rusmiljøet. De debuterer ofte tidlig både med rus og sex. Mange har spiseforstyrrelser, og selvforakten er utbredt.

– Å ruse seg er en maskulin handling. Svakheter og sårbarhet vil de ikke vedkjenne seg, da får de lyst til å spy. Overgrep og prostitusjon hører ofte med.

Over halvparten har barn de har mistet omsorgen for.

– Det er mye sorg. Og mange har erfart omsorgssvikt.

Alle typer dop har jentene brukt: Opiater, alkohol, amfetamin, koin, valium, rohypnol, partydop.

– Og alle sprekker...?

– Nei, nei. De som kommer hit er ikke motiverte for å slutte å ruse seg, men de vil bli kvitt plagene som følger med.

Noe av det første jentene må gjøre er å skrive ned alle konsekvensene av rusmisbruket. Listene blir lange. Etter hvert som bivirkningene forsvinner, vakler de. Når de begynner å idyllisere det gamle livet, trår personalet til og jobber med motivasjonen.

– Da viser vi dem hva de skrev. Vi er litt sleipe der, sier Høibråten.

Spar dame på Arken

Noen hundre meter nedenfor kontorene, ligger selve Arken, et rødt, smalt mursteinshus. Utenfor sitter to jenter og røyker rullings. Det er «Trine» og «Solveig». Inne i den gulmalte stuen sitter tre ved langbordet og spiller spar dame.

Stemningen er lavmælt. De var tidlig oppe som vanlig. Dagen starter alltid med «morgenmed» - ti minutter meditasjon. Det vil si musikk og opplesning av to tekster.

– Så er det gruppeterapi: Vi griner litt. Flirer litt. Mye følelser. Får ut det vi sliter med, forteller de.

– Savner dere menn?

– Ja. Skulle gjerne hatt en mannlig sykepleier.

Men ingen hankjønn i gruppen, takk. Mye lettere å være åpen med bare jenter. De tre tar en ny omgang med kortene.

– Det er en god øvelse å tape og styre sinnet, mener de.

Den yngste påpeker at siden de

ikke får se tv før klokken seks, må de jo slå i hjel tiden.

Ble sykepleier

Inne i grupperommet ved siden av henger fem håndskrevne plakater. Konsekvensinnrømmelsene: Tett i tett med punkter som gruppe-sex, smuglet stoff, voldtatt, gjort innbrudd, aborter, eier ingenting, ingen arbeidserfaring, gjort barna redde.

På salongbordet ligger siste nummer av Sykepleien. Det tilhører Solveig, som er sykepleier. Hun begynte å ruse seg som tenåring. Hun hadde et opphold og ble sykepleier i 2002.

– Jeg trodde at løsningen var å få jobb. Men rusingen blomstra opp igjen, forteller hun.

Det ble en tøff tid som turnusarbeidende alenemor. Etter tre år som sykepleier mistet hun jobben på grunn av ruset oppførsel på jobb, feilmedisiner og forsovninger. Da søkte hun hjelp. Først var hun på en blandet institusjon. Men gut-

tene gjorde henne ufokusert.

– Jeg turte ikke være ærlig. Gjorde meg til, var ikke ekte meg. Søsteren tipset henne om Arken, og etter to måneders venting kom hun hit. Nå har hun vært her i fire måneder. Hun vil fortsette i yrket. Sønnen bor i fosterhjem, og hun vil ha omsorgen tilbake.

– Jeg er fortvilet over at selv om jeg har ressurser, så greier jeg ikke finne ut av livet. Her lærer jeg å kjenne meg selv - og de andre. Vi lærer å bli sett. Jeg har flykta mye. Her må vi stå i det, samtidig er det trygt.

Trine sitter ved siden av med en god pute i fanget. Hun skal snart flytte ut av kollektivet.

– Vi er avhengige på så mange områder: rus, mat, sex, menn. Her lærer vi å ta hele pakka.

Trine har bygd opp nettverk hjemme med rusfrie folk.

– Jeg mistet identiteten min da jeg kutta ut rusen. Skummelt, jeg hadde lyst til å ruse meg. Men her har jeg fått påfyll om hvem jeg er.

Nå gleder hun seg, men sliter også med sosial angst.

Skammen

– Først slet jeg med skam i mange måneder. Hadde dårlig samvittighet for det jeg har gjort med de nærmeste, med ungene.

Solveig kjenner seg igjen:

– Jeg sliter nå mest med yrkesstoltheten. At jeg kunne finne på å ruse meg på jobb!

Trine er glad avhengigheten defineres som sykdom.

– Ellers ville jeg jo regelrett være ondskapsfull. Og det er jeg ikke. Men som rusfrie har vi ansvaret selv.

De setter pris på faste rutiner, huslige plikter og jevnlig urinprøver. Å snakke om rus med de andre jentene utenfor terapien, er ikke smart.

– Vi blir trigget. Da er det de gode historiene vi husker.

– Ja, da får vi skikkelig rustring. Begge likte tidlig å være med de tøffe gutta.

– Jeg hadde trang til å være annerledes, men havnet jo i feil miljø, sier Solveig.

Akkurat hva som fikk dem til å ruse seg, vet de ikke helt. Behov for spenning, ja, men også usikkerhet og frykt, tror de.

– *Blir dere preget når noen dropper ut her?*

– Vi får rustring. Jeg har magefølelse på hvem som ikke vil fullføre. Det kommer an på om de velger å prate, om de kommer forbi benektelsen, sier Solveig.

Trine forsvinner til kjøkkenet for å lage middag. Solveig viser soverommene i andre etasje, to- og tresengsrom. Hun synes det er hyggelig å dele rom.

Heyerdahl håper nå på en sykepleierkollega.

– Vi sykepleiere deltar også i gruppeterapien og miljøarbeidet. Noe annet blir kunstig. Men det er viktig at vi er med og ivaretar helseaspektet, både psykiatrien og somatikken. Og rett og slett generell helseopplysning.



I BEHANDLING: «Solveig» skammer seg over at hun var ruset mens hun var på jobb som sykepleier.

Desmopressin "Alpharma"

Desmopressin

ATC-nr.: H01B A02

C

T: 6e, 40b (Se Vilkår for refusjon)

Deklarasjon: NESESPRAY 10 microg/dose: Hver dose (0,1 ml) inneh.: Desmopressin, acet. 10 microg (aeqv. desmopressin, 8,9 microg), natr. chlorid., kal. sorb. 160 microg et acid. hydrochloric. q.s., aqua purif. ad 0,1 ml.

Indikasjoner: Primær nattlig enurese f.o.m. 5-årsalder hos pasienter hvor bruk av enuresealarm ikke finnes hensiktsmessig. Pasienten må ha normal evne til å konsentrere urin. Hypofysær diabetes insipidus. Polyuri-polydipsisyndrom etter hypofyseektomi. Diagnostisk bruk: Testing av nyrenes evne til å konsentrere urin.

Dosering: 1 spraydose gir 10 microg desmopressinacetat. (Ved lavere dose enn 10 microg må annet legemiddel som inneholder desmopressin anvendes.) *Enuresis nocturna:* Doseringen er individuell og varierer mellom 10 og 40 microg intranasalt. Vanlig initialdose er 20 microg intranasalt om kvelden. Behandlingen av enurese er symptomatisk. Behandling i perioder à 3 måneder. Minst 1 ukes pause mellom behandlingsperiodene, for å se om pasienten er blitt tørr. *Hypofysær diabetes insipidus og polyuri-polydipsisyndrom etter hypofyseektomi:* Individuell dosering iht. urinvolument og osmolaritet. Begynn med lav dose. **Normaldosering: Voksne:** 10-20 microg 1-2 ganger daglig. **Barn:** 5-10 microg 1-2 ganger daglig. Diagnostisk for testing av nyrenes konsentreringsevne: Normaldosering: Voksne: 40 microg gjitt som 20 microg i hvert nesebor. **Barn over 1 år:** 20 microg. Barn under 1 år: 5-10 mcg. Etter administrering kastes ev. urin fra 0-1 time. Under de nærmeste 8 timer samles 2 urinposer for osmolaritetsbestemmelse. Se for øvrig pakningsvedlegg.

Kontraindikasjoner: Habituell og psykogent betinget polydipsi, inkompensert hjertesvikt, behandling med diuretika.

Forsiktighetsregler: Ved behandling av enurese skal væskeinntaket begrenses til minst mulig i perioden 1 time før til 8 timer etter dosering. Ved diagnostisk bruk skal væskeinntaket begrenses til 0,5 liter for å slukke tørsten i perioden 1 time før til 8 timer etter dosering. Substanser som er kjent for å frisette ADH, f.eks. trisykliske antidepressiva, klorpromazin og karbamazepin, kan forårsake en additiv anti-diuretisk effekt med økt risiko for vannretensjon. Indometacin kan påvirke størrelsen av anti-diuresen. Nyrekonsentreringstest på barn under 1 år bør bare utføres på sykehus og under nøye overvåking. Forsiktighet med inntak av væske hos

meget unge og eldre pasienter, hos pasienter med hjertesvikt, ved ubalanse i væske- og/eller elektrolyttnivåene samt ved risiko for økt intrakranielt trykk. Ved tegn på væskeretensjon bør behandlingen avbrytes.

Graviditet/Amning: *Overgang i placenta:* Sikkerheten ved bruk under graviditet er ikke klarlagt da erfaring fra mennesker er utilstrekkelig. Dyrestudier indikerer ikke reproduksjonstoksiske effekter. Bruk under graviditet bør unngås hvis ikke fordelene oppveier en mulig risiko. *Overgang i morsmelk:* Desmopressin går over i morsmelk, men da det er lite sannsynlig at peptider absorberes i barnets mave-tarmkanal kan preparatet benyttes under amning.

Bivirkninger: *Hyppige (mer enn 1/100):* Gastrointestinale: Mavesmerter, kvalme. Luftveier: Nesetetthet, rhinitt, neseblødning. Øvrige: Hodepine. Behandling uten samtidig væskeretensjon kan føre til vannretensjon med medfølgende tegn og symptomer (reduisert serumnatrium, vektøkning, og i alvorlige tilfeller kramper).

Overdosering/Forgiftning: Ved overdosering bør Giftinformasjonen kontaktes. Overdosering øker faren for vannretensjon og hyponatremi. Behandling av hyponatremi bør individualiseres. Asymptomatisk hyponatremi behandles med avbrytelse av desmopressinbehandlingen og væskeretensjonen. Oppstår symptomer behandler en med infusjon av isoton eller hyperton natriumkloridoppløsning. Ved alvorlig væskeretensjon (kramper og bevisstløshet) behandles det videre med furosemid.

Egenskaper: *Klassifisering:* Desmopressin er en syntetisk struktur analog til det naturlige humane hypofysebaklapphormonet argininvasopressin. *Virkningsmekanisme:* Desmopressin skiller seg fra det naturlige hormonet ved at aminogruppen i cystein er fjernet og L-arginin er erstattet med D-arginin. Disse strukturelle forandringer resulterer i en betydelig forlenget virketid samtidig med at en ved klinisk aktuell dosering ikke får noen pressoreffekt. En intranasal dose på 10-20 microg gir anti-diuretisk effekt i 8-12 timer. Maks. plasmakonsentrasjon oppnås etter ca. 1 time.

Vilkår for refusjon:

40: Til litra 40b: Refunderes kun for enuresis nocturna.

Pakninger og maksimalpriser (pr. 04.01.2007):

V.nr 547984 CT Desmopressin, 10 mcg/dose nesepress, 5 ml sprayflaske, kr 429,50

V.nr 548008 CT Desmopressin, 10 mcg/dose nesepress, 3 x 5 ml sprayflaske, kr 1 219,80



Prøv NSF Unique - fri årsavgift første år!

- 4,0 %* innskuddsrente fra første krone
- Gebyrfrie varekjøp
- Gebyrfri regningsbetaling på nettet
- Kredittreserve på inntil kr 75.000,-



Vil du vite mer?

Se www.nsf-unique.no eller kontakt Kundeservice på tlf. 815 00 073.

* Betingelser pr. mai 2007. Renten følger renteutviklingen i Norges Bank.

Leder-kandidat:

– Vil synes i den offentlige debatt



ANESTESI: Anne Marie Gran Bruun er leder i anesthesi-faggruppen.

Allerede i 2005 ble hun bedt om å stille opp som neste NSF-leder. En oppfordring som kom totalt bardust på henne.

Etter at hun hadde vent seg til tanken, var det ikke lenger like utenkelig å se seg selv som leder av sykepleiernes organisasjon, syntes **Anne Marie Gran Bruun**. Hun er den andre kandidaten som er klar til å kjempe om ledervervet, Vestfolds kandidat. Bruun har også sagt ja til å være kandidat til nestledervervet.

Bruun har vært leder for anestesisykepleiernes faggruppe i ni år. Gjennom dette vervet har hun blitt godt kjent med Sykepleierforbundet som organisasjon, spesielt gjennom flere faglige prosjekter. Gruppen har jobbet mye med spesialistgodkjenning, har utviklet kompetansekrav og kriterier og gjennomført pilotprosjekt ved tre sykehus.

Bruun er også leder av videreutdanningen i anestesisykepleie ved Høgskolen i Vestfold. Siden 1988 har hun holdt på med undervis-

ning, men har også selv tatt videreutdanning i pedagogikk og master i helsefag.

Mer synlig

Fag og politikk bør i større grad utfylle hverandre, mener Vestfold-kandidaten. Hun vil ha et sykepleierforbund som er mer på hugget i den offentlige debatten. Og for å få til det, må organisasjonen være til stede på de arenaene hvor prioriteringer gjøres og beslutninger tas. God strategisk planlegging vil åpne denne muligheten, mener hun.

Karisma

I begrunnelsen fra forslagstillerne heter det blant annet:

«Med bakgrunn som blant annet leder av ALNSF (Anestesisykepleiernes landsgruppe i NSF) gjennom en årrekke, har hun markert seg som en sterk og resultatorientert leder. Karisma

i tillegg til at hun er faglig sterk gjør henne dyktig.»

– *Hvorfor vil du bli leder i NSF?*

– Jeg mener at NSF har et potensial i det å bli en tydeligere aktør i den helsepolitiske debatt. Det forutsetter et grundig forarbeid innad i egen organisasjon, sier Bruun.

– Den faglige argumentasjonen skal danne grunnlag for den politiske dagsordenen, og i fellesskap må vi derfor tilstrebe en proaktiv organisasjon. Det kan være med på å befeste sykepleierens posisjon som en medspiller i utviklingen av fremtidige helsetjenester. Det er her jeg har et ønske om å bidra.

Fra tidligere er denne lederkandidaten lansert:

- Tone Elin Mekki

LANDSMØTE '07

Se kandidatene i Sykepleien

Frem til landsmøtet som åpner 6. november 2007 vil Sykepleien presentere kandidatene til vervene i Sykepleierforbundet. Forslag til kandidater skal sendes inn elektronisk via NSF's nettsted www.sykepleierforbundet.no De som ikke har tilgang til pc, kan ta kontakt med sitt fylkeskontor. Forslag må være sendt inn innen 6. september.

Disse vervene skal fylles:

- **forbundsleder**
- **nestleder**
- **2. nestleder**
- 6 forbundsstyremedlemmer og 6 varamedlemmer
- leder av kontrollutvalget, 3 medlemmer og 2 varamedlemmer
- leder av Rådet for sykepleieetik, 5 medlemmer og 5 varamedlemmer
- leder av nominasjonskomiteen, 6 medlemmer og 6 varamedlemmer

Færre lungebetennelser etter svelgtest

Flere års aksjonsforskning ved Sykehuset Buskerud i Drammen gir nå resultater: Slagpasienter i akuttfasen blir ikke lenger påført lungebetennelse eller andre plager som følge av nedsatt svelgefunksjon.





Mange vil kunne dra nytte av prosjektet, mener slagsykepleier Eli Fossan Rasmussen og logoped Liv Bjør.



Nå jobber vi mot en nasjonal standard, sier høgskolelektor Liv Rugås ved Høgskolen i Buskerud.

Et viktig mål med prosjektet var at det skulle styrke praksis.

Først én teskje, så en til, så enda en. Torbjørn Olav hoster men svelger tappert unna. Det nytter ikke å ha hastverk når man skal teste svelgfunksjonen til slagpasienter, og hjelpepleier Sidsel Haagenen tar seg tid. Hun vet hvor viktig det er å gå forsiktig frem. Hvis pasienten svelger feil og får vann eller mat ned i lungene kan det føre til lungebetennelse. I verste fall med dødelig utgang.

For noen år siden var situasjonen en helt annen. Da var det vanlig at en slagpasient fikk mat uten at svelgfunksjonen ble undersøkt, og noen ble gjerne matet av en av de pårørende. Selv om svelgingen gikk tregt og det ble mye harking og søl, så skulle maten ned. Næring må man jo ha!

Men så oppdaget man at enkelte pasienter ble påført lungebetennelse i akuttfasen etter et slag, og at det ikke skyldtes vanlig smitte. I snitt døde kanskje en pasient i måneden som følge av dette. I dag vet man at det kunne skyldes svelgeproblemer (dysfagi) og at pasienten hadde svelget feil og fått mat og væske ned i lungene.

Både sykepleiere og hjelpepleiere utfører svelgetest. Her hjelpepleier Sidsel og 93 år gamle slagpasient Torbjørn Olav.

– Selv om vi ikke har noen skriftlig dokumentasjon på det, er det vårt klare inntrykk at dødeligheten har blitt redusert som en følge av svelgtestingprosjektet som er gjennomført ved sykehuset, sier slagsykepleier Eli Fossan Rasmussen.

Bakgrunn

Dysfagiprojektet har bakgrunn i et klinisk kompetanseprogram for sykepleiere som ble gjennomført som et spleiselag mellom Sykehuset Buskerud HF og Høgskolen i Buskerud. Høgskolen bidro både i utviklingen av programmet og med undervisning og veiledning.

Et viktig mål med prosjektet var at det skulle styrke praksis og deltakernes eget kunnskapsgrunnlag. Sykepleierne valgte derfor, med veiledning av høgskolelektor Liv Rugås ved Høgskolen i Buskerud, å utforme en prosjektplan for videre oppfølging i den avsluttende oppgaven.

– Ved å rette et kritisk søkelys på avdelingens egen praksis og innhente erfarings- og forskningsbasert kunnskap om testing av svelgefunksjonen etter hjerneslag, diskuterte vi forslag til forbedringer i slagenheten, sier Rugås.

Metode og prosedyre

Det foreløpig mest konkrete resultatet av prosjektet, er utvik-

ling av den tverrfaglige metoden og prosedyren for svelgtesting.

– Først søkte vi gjennom relevant forskningslitteratur på området. Her fant vi en metode som virket interessant ut fra våre erfaringer. Denne tilpasset vi våre forhold og resultatet ble dette skjemaet, sier Rugås og holder frem et A4-ark. Det inneholder en rekke sjekkpunkter som brukes til svelgtesting av pasientene. Når skjemaet er fylt ut, følger det pasientjournalen.

– Analyserer dere dataene med henblikk på kvantitativ dokumentasjon?

– Nei, dette er ikke vår målsetting. Men vi har evaluert svelgtestprosedyren ved hjelp av ulike kliniske og kvalitative metoder. I første omgang har målet vært å skape grunnlag for en ny og bedre praksis her ved sykehuset.

Rugås mener kompetansen i de tverrfaglige slagenhetene i Norge er god, men at det er stor variasjon og nivåforskjell i helse-Norge når det gjelder kompetanse om slagpasienter med nedsatt svelgefunksjon. Men nå ser det ut til at det går mot en nasjonal standardisering.

– Vi er informert om at Sosial- og helsedepartementet ønsker å utforme en nasjonal standard for behandling av hjerneslag. I den forbindelsen ønsker vi å bidra med vår kunnskap fra utvikling av svelgtestingen.

Aksjonsforskning

Prosjektets tilnærming er inspirert av aksjonsforskning, som tar utgangspunkt i praksis eller en prosedyre som man søker å utvikle og forbedre.

– Vi har riktig nok ikke satset på registrering av data og kvantitative analyser. I første omgang har prosjektene fokusert på kompetanseheving ved slagenheten, men det har også vært et mål å formidle erfaringene til andre miljøer. Det har vi gjort gjennom fagartikler, ved å presentere poster og arrangere dialogkonferanse, forteller Rugås.

Prosjektet har også gått på tvers av yrkesgrupper. Både hjelpepleiere, sykepleiere, logopeder og leger har fått hevet sin kompetanse på området.

Torbjørn Olav har bestått testen. «Eksamen» var å drikke 50 ml vann fra et glass. Hadde han hatt problemer med svelgingen, ville en logoped ha kommet til med et spesielt opplegg for å trene opp tungen og svelgefunksjonen. Dersom svelgefunksjonen hadde vært svært dårlig, ville en sykepleier ha lagt ned en næringssonde i magesekken. Den tiden definitivt forbi da man «tvang» mat og væske i pasientene, noe som i verste felle kunne påføre dem lungebetennelse.

C Eflexor® Wyeth C Eflexor® Depot Wyeth

Antidepressivum, serotonin- og noradrenalinreopptakshemmer.

ATC-nr.: N06AX16

T TABLETTER 37,5 mg: Eflexor: Hver tablett inneh.: Venlafaxin. hydroklorid. aeqv. venlafaxin. 37,5 mg, lactos. 27,5 mg, const. q.s. Fargestoff: Jernoksid (E 172), titandioksid (E 171).

T DEPOTKAPSLER 37,5 mg, 75 mg og 150 mg: Eflexor Depot: Hver depotkapsel inneh.: Venlafaxin. hydroklorid. aeqv. venlafaxin. 37,5 mg, resp. 75 mg et 150 mg, const. q.s. Fargestoff: Jernoksid (E 172), titandioksid (E 171).

Indikasjoner: Eflexor: Depresjon. Profylaktisk mot tilbakefall av depresjon eller nye episoder med depresjon. Eflexor Depot: Depresjon. Profylaktisk mot tilbakefall av depresjon eller nye episoder med depresjon. Generalisert angstlidelse (GAD). Sosial fobi (SAD). Panikkdelide, med eller uten agorafobi. **Dosering: Depotkapsler: Bør svelges hele.** Kan åpnes, men innholdet må ikke tygges eller knuses. Depotkapslene tas 1 gang daglig. Initial dosering er 75 mg daglig. Ved behov kan dosen økes etter ca. 2 uker til 150 mg daglig. **Depresjon:** Ved behov kan den daglige dosen økes med 75 mg med minst 4 dagers mellomrom. Maks. døgndose er 375 mg i høyst 4 uker. **Panikkdelide:** Anbefalt dose er 75 mg 1 gang daglig. Behandling bør startes med 37,5 mg daglig. Etter 4-7 dager, bør dosen økes til 75 mg 1 gang daglig. Pasienter som ikke responderer på 75 mg/dag kan ha fordel av å øke dosen til maks. 225 mg/dag. Økning av døgndosen kan gjennomføres med 75 mg med intervaller på ca. 2 uker eller mer, men med minst 4 dagers mellomrom. **Tabletter:** Initial dosering er 75 mg/dag fordelt på 2 doser. Ved behov kan dosen økes etter ca. 2 uker til 150 mg/dag (75 mg ? 2). Når rask effekt er ønskelig, f.eks. ved moderat til alvorlig depresjon, kan en raskere opptrapping gis. Initialt gis 75-150 mg/dag fordelt på 2 eller 3 doser. Deretter økes dosen med inntil 75 mg/dag med 2-3 dagers mellomrom slik at det oppnås en dose på 300 mg/dag i løpet av en uke. Maks. dose er 375 mg. Doser over 300 mg/dag bør fordeles på 3 doser. Når ønsket effekt er oppnådd, reduseres dosen gradvis til laveste effektive vedlikeholdsdose (vanligvis 75-150 mg). Venlafaxin bør tas i forbindelse med måltid. Til pasienter med nedsatt nyre- og/eller leverfunksjon anbefales redusert dose. Ved kreatininclearance 10-70 ml/minutt bør dosen reduseres med 25-50% og ved moderat leverskade bør døgndosen reduseres med 50%, døgndosen kan da gis samlet 1 gang/ dag. Ved alvorlig leverskade kan ytterligere dose-reduksjon være nødvendig. For disse pasienter kan tabletter brukes. Hos hemodialysepasienter må den totale døgndosen reduseres med 50%. Administrering skal ikke skje under dialyse. Seponering av preparatet bør skje suksessivt. Dersom venlafaxin er brukt lengre enn 6 uker, anbefales nedtrapping over minst en 2 ukers periode. Nedtrappings-perioden kan avvenge av dose, behandlingstid og den enkelte pasient. En har ingen erfaring med behandling av barn (<18 år). **Kontraindikasjoner:** Kjent overfølsomhet for venlafaxin eller noen av hjelpestoffene. Samtidig behandling med MAO-hemmer, akutt hjerteinfarkt, akutt cerebrovaskulær sykdom, uttalt hypertoni. **Forsiktighetsregler:** Eldre >65 år. Pasienter med kjent stabil kardiavaskulær/cerebrovaskulær sykdom inkl. velkontrollert hypertoni. Venlafaxin kan hos noen pasienter gi blodtrykkstigning. Blodtrykket bør kontrolleres for pasienter som behandles med doser over 200 mg/dag. Økning i hjertefrekvens kan forekomme, spesielt ved høyere doser. Ved nedsatt nyre- og/eller leverfunksjon anbefales dosereduksjon. Hyponatremi og/eller SIADH («syndrom of inappropriate antidiuretic hormone secretion») er rapportert ved behandling med antidepressiva, inkl. serotoninreopptakshemmere, spesielt hos eldre og ved samtidig behandling med diuretika. Krampor kan oppstå under behandlingen. Venlafaxin bør introduseres med forsiktighet til pasienter som har, eller har hatt krampor. Pasienter med epilepsi skal ha adekvat antiepileptisk medisinering under behandlingen. Ved overgang fra MAO-hemmer til venlafaxin skal det gjøres et opphold i behandlingen på minst 14 dager. Om overgangen skjer fra venlafaxin til MAO-hemmer anbefales 7 dagers opphold. Erfaring fra venlafaxinbehandling i sammenheng med samtidig systemisk sykdom er begrenset, og forsiktighet bør utvises. Andre serotoninerge medikamenter bør ikke brukes sammen med venlafaxin. Oppmerksomhet må utvises for selvmordsrisiko. Den depressive sykdommen i seg selv innebærer risiko for selvmordsforsøk, og denne risiko kan opprettholdes inntil signifikant remisjon er nådd. Pasienter som behandles med venlafaxin må observeres nøye for klinisk forverring og suicidalitet, spesielt ved igangsettelse av behandling og/eller ved doseendring. Mydriasis kan forekomme. En har ingen erfaring med behandling av schizofrene pasienter eller pasienter med bipolare tilstander. Hos pasienter med manisk depressiv psykose kan forskyvning mot manisk fase forekomme. Barn og ungdom <18 år: Det er ikke påvist terapeutisk effekt av venlafaxin. I tillegg er det hypyngre rapportert om fiendtlighet og spesielt ved alvorlig depresjon, selvmordsrelaterte bivirkninger som selvmordstanker og egenskade. Risiko for blødninger i hud og slimhinner øker ved behandling med venlafaxin og preparatet bør benyttes med forsiktighet til pasienter som samtidig tar orale antikoagulanter, NSAIDs eller andre legemidler som kan øke blødningsfasen samt ved kjente blødningsforstyrrelser. Kan innvirke på reaksjonsevnen; forsiktighet bør utvises ved bilkjøring og betjening av maskiner inntil reaksjonen på preparatet er kjent. Abstinenseffekter forekommer ved bruk av antidepressiva. Det anbefales derfor at dosereduksjon skjer gradvis, samt at pasienten monitoreres. **Interaksjoner:** Venlafaxin metaboliseres av isoenzymet CYP 2D6 til O-desmetylvenlafaxin og av isoenzymet CYP 3A3/4 til N-desmetylvenlafaxin. Samtidig behandling med medikamenter som inhiberer CYP 2D6 (paroxetin) eller CYP 3A3/4 (f.eks. ketonazolol) kan øke plasmakonsentrasjonen av venlafaxin. Venlafaxin og N-desmetylvenlafaxin er svake inhibitorer av CYP 2D6 og kan dermed hemme metabolismen av medikamenter som metaboliseres av dette enzymet, f.eks. visse

Referanser: 1. Baldomero, E. B. et al. Venlafaxine Extended Release versus conventional antidepressants in the remission of depressive disorders after previous antidepressant failure: Argos Study. Depression and Anxiety 2005; 22: 68-76. 2. Felleskatalogen. 3. Kelsey J E. Dose-response relationship with venlafaxine. J Clin Psychopharmacol. 1996; 16: 3. Suppl 2:21-8. 4. Statens Legemiddelverk. 5. Ereshesky L et al. Review of the pharmacokinetics, pharmacokinetics, and drug interaction potential of antidepressants: focus on venlafaxine. Depress Anxiety 2000; 12: Suppl 1:30-44.

antiarytmika og psykoleptika. Pga. muligheten for serotoninerg syndrom, bør det utvises forsiktighet ved samtidig bruk med legemidler som kan påvirke serotoninerge transmittersystemer (f.eks. triptaner, litium eller SSRI). Sikkerhet og effekt ved samtidig bruk med vektreduksjonsmidler, inkl. fentermin, er ikke fastlagt og kombinasjonen anbefales ikke. Økning i serumkolesterol er observert. Hos pasienter hvor endringer i serumkolesterol kan være av klinisk interesse bør serumkolesterol monitoreres ved langtidsbehandling. **Graaviditet/Amning: Overgang i placenta:** Sikkerhet ved bruk under graaviditet er ikke klarlagt da erfaring fra mennesker er utilstrekkelig. I dyreforsøk er det sett redusert fostervekst og -størrelse, samt redusert fosteroverlevelse, trolig pga. toksisitet. Preparatet bør ikke anvendes av gravide annet enn etter nøye overveelse. Dersom venlafaxin anvendes kort tid før, ev. helt opptil fødsel, bør den nyfødte vurderes mht. seponeringssymptomer. Nyfødte som utsettes for venlafaxin sent i 3. trimester utvikler komplikasjoner, som krever pustehjelp eller forlenget sykehusopphold. **Overgang i morsmelk:** Venlafaxin og O-desmetylvenlafaxin går over. Preparatet bør ikke brukes under amning. **Bivirkninger: Hyppige (>1/100):** Asteni, anoreksi, hodepine, buksmerter, vekttøknning, svetting (inkl. nattlig svetting), øret, sømnløns, tremor. Gastrointestinale: Uvelhet, brekninger, obstipasjon, dyspepsi, munntørhet. Hud: Utslett. Luftveier: Gjespning. Metabolske: Økning i serumkolesterol (spesielt ved langvarig behandling og muligens ved høyere doser), vekttap. Sentralnervesystemet: Forvirring, mareritt, redusert libido, økt muskeltonus, insomnia, parestesi, angst, nervøsitet, sedasjon. Sirkulatoriske: Hypertoni, postural hypotensjon, takykardi, vasodilatasjon, palpitasjoner. Syn: Akkommodasjonsforstyrrelser, mydriasis, synsforstyrrelser. Urogenitale: Ejakulasjons-/orgasmeopprykk, impotens, svekket urinering (hovedsakelig vegring). **Mindre hyppige:** Ødem, tinnitus. Blod: Slimhinneblødninger. Gastrointestinale: Øsølagitt, gastritt, gingivitt, smaksforandring, bruxisme, diaré. Hud: Alopeci, fotensitivitet, urticaria, ekkytose. Lever: Økte transaminaseverdier. Luftveier: Astma. Metabolske: Unormale leverfunksjonsverdier, hyponatremi. Sentralnervesystemet: Apati, ataksi, hyperkinesi, hallusinasjoner, mani, agitasjon. Sirkulatoriske: Hypotoni, synkope. Syn: Konjunktivitt. Urogenitale: Menoragi, urinretensjon. **Sjeldne (<1/1000):** Stupor, anafylaksi. Blod: Forlenget blødningsstid, trombocytopeni. Metabolske: Hepatitt, SIADH. Sentralnervesystemet: Krampetilstand, ekstrapyramidale symptomer, personlighetsforandring, NMS (Neuroleptisk malignt syndrom), serotoninerg syndrom. Sirkulatoriske: EKG-forandring (T-/ST-segment, AV-blokk I). Syn: Glaukom. Bivirkninger som er sett meget sjeldne (<1/10000) er dyskasi (inkl. agranulocytose, aplastisk anemi, nøytropeni og pancytopeni), delirium, ekstrapyramidale symptomer (inkl. dystoni og dyskinesier), tardive dyskinesier, pankreatitt, erythema multiforme, Stevens-Johnsons syndrom, pruritus, økt prolaktin, rabdomyolose, pulmonær eosinofili, forlenget QT-tiden, ventrikulær fibrillasjon og ventrikulær takykardi (inkl. «torsades de pointes»). Ved depresjon foreligger alltid vanskeligheter med å skille mellom bivirkninger forårsaket av farmaka og den depressive tilstanden. Bivirkningene uvelhet og brekninger er doserelatert og ved høy initialdose kan høyere frekvens av uvelhet sees. Under behandlingens gang reduseres vanligvis graden og frekvensen av denne bivirkning. Seponeringsreaksjoner er sett ved bruk av venlafaxin. Følgende symptomer er rapportert i forbindelse med plutselig avbrudd, dosereduksjon eller nedtrapping i behandling: Hypomani, angst, agitasjon, nervøsitet, forvirring, insomnia eller andre søvnforstyrrelser, tretthet, sømnløns, parestesi, svimmelhet, vertigo, hodepine, svetting, munntørhet, anoreksi, diaré, kvalme og brekninger. Majoriteten av disse symptomene er milde og forsvinner uten behandling. Økt forekomst av fiendtlighet og spesielt ved alvorlig depresjon, selvmordsrelaterte bivirkninger som selvmordstanker og egenskade. **Egenskaper: Klassifisering:** Antidepressivum. **Virkningsmekanisme:** Effekten av venlafaxin og dets aktive hovedmetabolitt O-desmetylvenlafaxin oppnås i hovedsak gjennom hemming av reopptak av serotonin og noradrenalin i CNS, men også en svak hemming av dopaminreopptak kan sees. Venlafaxin og O-desmetylvenlafaxin reduserer folsomheten hos beta-adrenerge reseptorer både ved korttids- og langtids. For fullstendig preparatmåte (SPC), se www.legemiddelverket.no/spc 3 behandling. Venlafaxin og O-desmetylvenlafaxin er ekvipotente med hensyn på reopptakshemming av neurotransmittere og reseptorbinding. Venlafaxin har ingen affinitet til kolinerge (muskarin), histamin- eller alfa₁-adrenerge reseptorer. **Absorpsjon:** Eflexor: Maks. plasmakonsentrasjon av venlafaxin oppnås etter ca. 2,4 timer, og av O-desmetylvenlafaxin etter 4,3 timer. Eflexor Depot: Maks. plasmakonsentrasjon av venlafaxin oppnås etter ca. 6 timer og av O-desmetylvenlafaxin etter 9 timer. **Proteinbinding:** Venlafaxin: 27%. O-desmetylvenlafaxin: 30%. **Halveringstid:** Eflexor: Venlafaxin: Ca. 5 timer. O-desmetylvenlafaxin: Ca. 11 timer. Eflexor Depot: Venlafaxin: Ca. 15 timer. **Metabolisme:** I leveren. **Utskillelse:** Venlafaxin og metabolittene utskilles i hovedsak via nyrene. 87% av dosen gjenfinnes i urinen innen 48 timer. Den farmakologiske profilen hos eldre skiller seg ikke fra den hos yngre, forutsatt at det ikke foreligger nedsatt nyre- og leverfunksjon. Depotkapslene inneholder færre doser gradvis friset legemiddel i gastrointestinaltractus. Den uønskelige delen av disse stoffene blir skilt ut og kan sees i avføring. **Pakninger og priser: Eflexor: Tabletter:** Enpac 28 stk. kr. 192,10. **Eflexor Depot: Depotkapsler: 37,5 mg:** Datopakn.: 7 stk. kr. 67,10. **75 mg:** Datopakn.: 28 stk. kr. 292,60, 98 stk. kr. 938,50. **150 mg:** Datopakn.: 28 stk. kr. 523,30, 98 stk. kr. 1745,60. T: 18b).

Refusjon: Gjelder ikke depotkapsler 37,5 mg. Behandlingen bør være instituert i psykiatrisk sykehusavdeling eller poliklinikk eller av spesialist i psykiatri, og for den videre forskrivning bør det foreligge erklæring fra slik instans om at det er indisert å fortsette behandlingen ambulant. For forsatt forskrivning utover 1 år bør det foreligge årlig fornyet erklæring fra instans som nevnt.

Sist endret: 01.02.2007.

Anne Lise Terjesen

Anne Lise Terjesen, født 25.9.1949, gikk brått og uventet bort 16.12. 2006.

Anne Lise gjennomførte sin sykepleierutdanning ved Sykepleierhøgskolen i Sør Trøndelag i 1973. Hun tok videreutdanning i operasjonssykepleie ved Regionssykehuset i Trondheim (RIT) i 1974, og deretter pedagogisk utdanning ved Universitetet i Trondheim i 1984. Hun avla amerikansk sykepleiereksamen i 1988.

Som yrkesaktiv var Anne Lise svært aktiv og engasjert innen fagområdet sykepleie. Etter endt videreutdanning begynte hun som faglærer ved videreutdanningen i operasjonssykepleie ved RIT. Allerede året etter ble hun leder for videreutdanning innen anesthesi-, intensiv- og operasjonssykepleie ved RIT. Fra 1985 var hun ansatt som operasjonssykepleier ved Kirurgisk operasjonsavdeling, RIT. På 1980 tallet var hun i flere år aktiv i Landsgruppen for operasjonssykepleiere og foreslo bl.a. navnet på fagbladet, «Overblikk» og laget logoen.

Selv om det er vel ti år siden hun flyttet fra Trondheim, var hun ofte innom på besøk. Ekte Trondheimpatriot og «trønderpi». Alltid var det gjensynsglede.

Anne Lise ble ansatt ved Kirurgisk avdeling A's operasjonsavdelingen i 1995 og fikk tidlig undervisningsoppgaver i avdelingen. Fra 1999 var hun avdelingssykepleier, og ved omorganiseringen av avdelingen i 2002 fikk hun tittelen seksjonsover-sykepleier.

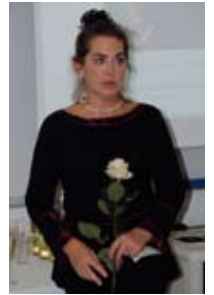
Anne Lise har gjennom sitt virke, både som operasjonssykepleier og lærer bidratt til å bygge opp fagkompetanse i sykepleien. Hun var en god pedagog som vil bli husket av mange.

Som sykepleier og leder realiserte hun NSF's mål om å være tydelig, modig og stolt. Hun var faglig sterk, varm og forståelsesfull og forventet faglig engasjement fra sine medarbeidere. Blant hennes mange sterke sider var evnen til å «se» den enkelte medarbeider i en travel hverdag.

Vi, som i flere år hadde gleden av å samarbeide med Anne Lise, nøt godt av hennes faglighet og menneskelige egenskaper. Anne Lise var raus og inkluderende, et naturlig midtpunkt som øste av sitt overskudd i en hver sammenheng. Vi ble utrolig glad i Anne Lise. Hun var selve symbolet på vitalitet og kreativitet. Hun var aktiv i det tverrfaglige arbeid til beste for pasienter og pårørende, og støttet alle sine medarbeidere i deres faglige utvikling, og inspirerte til videre innsats.

Vi vil minnes Anne Lise Terjesen som en inspirator, dyktig sykepleier, leder og medmenneske.

På vegne av kolleger ved Kirurgisk operasjonsavdeling St. Olavs Hospital HF og Thoraxkirurgisk avdeling, Rikshospitalet-Radiumhospitalet HF: Ellen Olsen og Randi Rømo.



EFEXOR®
(venlafaxin)
DEPOT

P.B. 313 Skøyen, 0213 Oslo. Telefon: 4000 2340. Telefaks: 4000 2341. E-mail: wyeth@online.no Web: wyeth.no

Wyeth

Barth Tholens om migrasjon

Stilling: Redaktør i Sykepleien
E-post: barth.tholens@sykepleien.no



Flytte for å leve

Folk har alltid flyttet på seg. Også sykepleiere. Det er ikke noe å være lei seg for – så lenge vi virkelig bryr oss om de problemer som migrasjon skaper andre steder.

Jeg er usikker på om det er afrikanske sykepleiere som skal hjelpe oss til å løse det store pleiebehovet når befolkningen i Norge stadig blir eldre. I prinsippet har jeg ikke noe imot det. Mennesker har alltid reist dit velstanden og mulighetene er. Det er bestandig noen som ønsker å stenge grensene og gjøre inngangsporten til vårt himmelrike trang og vanskelig. Jeg er ikke blant dem. Det skal være en menneskerett å kunne søke lykken andre steder.

I praksis ser jeg likevel ikke helt for meg hvordan sykepleiere fra Afrika skal være de som skal pleie våre demente i framtiden. Det handler ikke om at jeg ikke ønsker dem velkommen. Men jeg tror at det kulturelle gapet vil være en vesentlig utfordring.

Bistandsminister Erik Solheim har høstet storm for sitt forslag om å importere et stort antall helsearbeidere for å løse våre framtidige pleiebehov. Å «stjele» sykepleiere og leger fra land som er robbet for fagpersonell fra før, blir sett på som uetisk. I England, hvor sykehusene allerede i stor grad er avhengig av helsepersonell fra den tredje verden, har man nylig vedtatt at det skal være forbudt å rekruttere aktivt fra områdene sør for Sahara. I denne konteksten er det underlig at Solheim nå foreslår å sette en slik import i system. NSF har med rette reagert skarpt på utspillet. Nestleder Unni Hembre peker på at Norge kan gjøre mye selv for å løse behovet for framtidig arbeidskraft. Gode utdanningsmuligheter, bedre rammevilkår og høyere lønn bør kunne bidra vesentlig til å gjøre yrket mer attraktivt

for unge mennesker. Norske sykepleiere vil også lettere kunne forstå og håndtere pasienter på norske sykehjem.

Her er det likevel viktig å nyansere bildet en smule. Etter min mening er utenlandske sykepleiere og leger en berikelse for norsk helsevesen, først og fremst fordi de gir oss mangfold i en helsetjeneste som skal betjene en stadig mer sammensatt befolkning. Mange utenlandske sykepleiere er dessuten ofte faglig dyktige på en annen måte enn norske.

Det er også hevet over tvil at afrikanske sykepleiere som jobber i vestlige land, er med på opprettholde samfunnet i hjemlandet sitt gjennom sine pengeroverføringer. Bidragene fra egne borgere i utlandet overgår langt de beløpene som kommer inn via vestlig bistand.

Å tvinge zambiske eller malawiske sykepleiere til å jobbe i hjemlandet er derfor like uetisk som å robbe utviklingsland for nødvendig arbeidskraft uten å gi noe igjen. Det er ikke migrasjon i seg selv som er problemet, men at det internasjonale samfunnet ikke har effektive mekanismer til å avverge humanitære katastrofer som følge av migrasjon.

Det sterkt økende pleie- og omsorgsbehovet i Norge er helt reelt. Vi trenger mer arbeidskraft. Det er derfor legitimt å lete etter gode, kanskje til og med kreative løsninger. Like reelt er det at flukten av helsepersonell fra ekstremt fattige land skaper forhold der som vi ikke kan lukke øynene for. Den logiske konsekvensen



GLOBALT: Markedet – også arbeidsmarkedet – vil bli globalt, enten vi liker det eller ikke, skriver Tholens. Illustrasjonsfoto: Colourbox. com

av disse to kjensgjerningene er ikke at vi må sette i verk formelle hindringer for at enkeltindivider kan reise bort. Tvert om, vi må gjøre to ting på en gang: Det globale samfunnet må innse at det må satses mer på helseutdanning både her og der, og vi må øke samkvettemet mellom rike og fattige land. Sykepleiere skal ikke reise mindre, men mer. At hvert land skal løse sine egne problemer innenfor sitt eget marked – det toget gikk da muren falt. Om vi liker det eller ikke: Markedet – også arbeidsmarkedet – vil bli globalt. Man kan kjempe imot det, men jeg tror det er til liten nytte. Mer konstruktivt er det å finne nye løsninger innenfor de mulighetene som globaliseringen gir. Nedbyggingen av grensene og større migrasjon generelt skaper problemer, men det gir også muligheter til å ta innover oss at andres problemer til enhver tid også er våre problemer.



Bli med på shopping i Beijing!

KLM tur-retur Oslo-Beijing, 5 dager / 4 netter på Radisson SAS Hotel med frokost, sightseeing med guide, besøk til markeder, med mer 23. – 28. november 2007; pris fra kr 8.900,- . Be om detaljprogram!

KINAREISER™

Hegdehaugsvn. 10
0167 Oslo
Tlf. 22 98 22 00
nihao@kinareiser.no
www.kinareiser.no



**Navn:** Bjørn Skagestad**Alder:** 56 år**Hvorfor:** Fordi han spiller døds-
syk kreftpasient i stykke som
tar opp temaet aktiv dødshjelp.

Bjørns maskefall

Å stå på scenen som dødssyke Johan Sletten i «Nåde» er noe av det mest krevende Bjørn Skagestad har gjort som skuespiller. Og det sier ikke så rent lite.

– Der ja, nettopp. Akkurat slik var det jeg mente! Fotografen nærmest roper av begeistring. På den andre siden av kafébordet på Norrøna hotell på Notodden sitter Bjørn Skagestad. I hånden holder han en gråhvit halvmaske; en dødsmaske, har han nettopp fortalt oss. Et skarpt vårlys faller gjennom rommet, og ifølge fotografen er lyset perfekt for fotografering. Men så er også Skagestad, med sine markerte trekk og sterke farger, et godt motiv. Om bare få timer går han på scenen med motspiller Liv Bernhoft Osa. Sammen gjør de et krevende stykke arbeid som hovedrollenehaverne i Riksteaterets oppsetning av Linn Ullmanns bok «Nåde».

– *Hva er egentlig «nåden» i stykket?*

– Nei, det vil jeg ikke uttale meg om.

Skagestad har et blick som ikke viker. Kanskje er det døden som er nåden? I så fall må vi sette et spørsmålstegn etter nåde, sier han ettertenksomt.

I stykket blir Mai, konen til den dødssyke Johan, omtalt som nåden – Johans nåde. Men det er rom for mange tolkninger, og Skagestad synes det må bli opp til den enkelt publikummer å bestemme hva som er nåden i stykket.

Jeg betrakter ham fra siden mens fotografen gir sine instruksjoner. Skagestad er en fysisk stor mann, men som så mange skuespillere er det ikke bare den fysiske tilstedeværelsen hans som fyller rommet. Det er noe annet. Nærvær. Og det er nettopp dette nærværet, eller tilstedeværelsen om man vil, som fylte scenerommet kvelden før da jeg så ham i rollen som Johan Sletten i Modum Kulturhus.

– *Hvordan forbereder man seg til en slik rolle?*

– Jeg tenker at det er to muligheter. Den ene er å forske på sykdomsbildet gjennom å lese og studere, den andre er å forske i sin egen angst. Jeg valgte det siste, fastslår han og innrømmer at det har vært en tøff prosess.

– Det er et tungt stoff å gå inn i, og det å blottstille sin egen angst er heller ikke lett. Her var det helt nødvendig å bruke sin egen personlige erfaring. I en sånn rolle kan man ikke bare lene seg på den profesjonelle erfaringen, selv om den selvsagt er nyttig, innrømmer han.

– Man er svært eksponert som skuespiller, særlig i sånne stykker som dette. Og så opptatt av å eksponere meg er jeg faktisk ikke, ikke nå lenger.

Det siste blir sagt med et smil. Men eksponert *er* han. Siden 1985 har seksogfemtiåringen deltatt i mer enn 40 forskjellige oppsetninger. Han har vært ansatt ved Nationaltheateret siden 1988 og tolket store roller i alt fra

Døden, og særlig den angsten den medfører, er en ensom ting

Hedda Gabler, Gjengangere og Vildanden, til Hakkebakkeskogen, Sluttpill, Carmen og Faust.

Da romanen Nåde utkom i 2002, ble den av de fleste anmeldere lest som et innlegg i debatten om barmhjertighetsdrap. Men selv har Linn Ullmann uttalt at det først og fremst er en kjærlighets-historie. Skagestad er langt på vei enig med forfatteren.

– For meg handler stykket først og fremst om kjærlighet, nærmere bestemt hva sykdom gjør med kjærligheten, slår Skagestad fast.

Johan og Mai er et voksent og på mange måter et svært ressurs-

sterkt par. Han er journalist og hun er lege. Men hjelper dette dem den dagen Johan får vite at kreften har spredt seg og at han snart skal dø? Skagestad tror ikke det.

– Døden, og særlig den angsten den medfører, er en ensom ting, og selv om Johan og Mai tror de kjenner og forstår hverandres innerste tanker, viser det seg at dette ikke er tilfelle. I det siste og mest avgjørende øyeblikket svikter kommunikasjonen dem i mellom. Det er her denne kommer inn, fortsetter han og løfter på masken.

– Er den ikke fin? Den var faktisk min idé. Den representerer ikke bare døden, men også angsten for døden, fortsetter han.

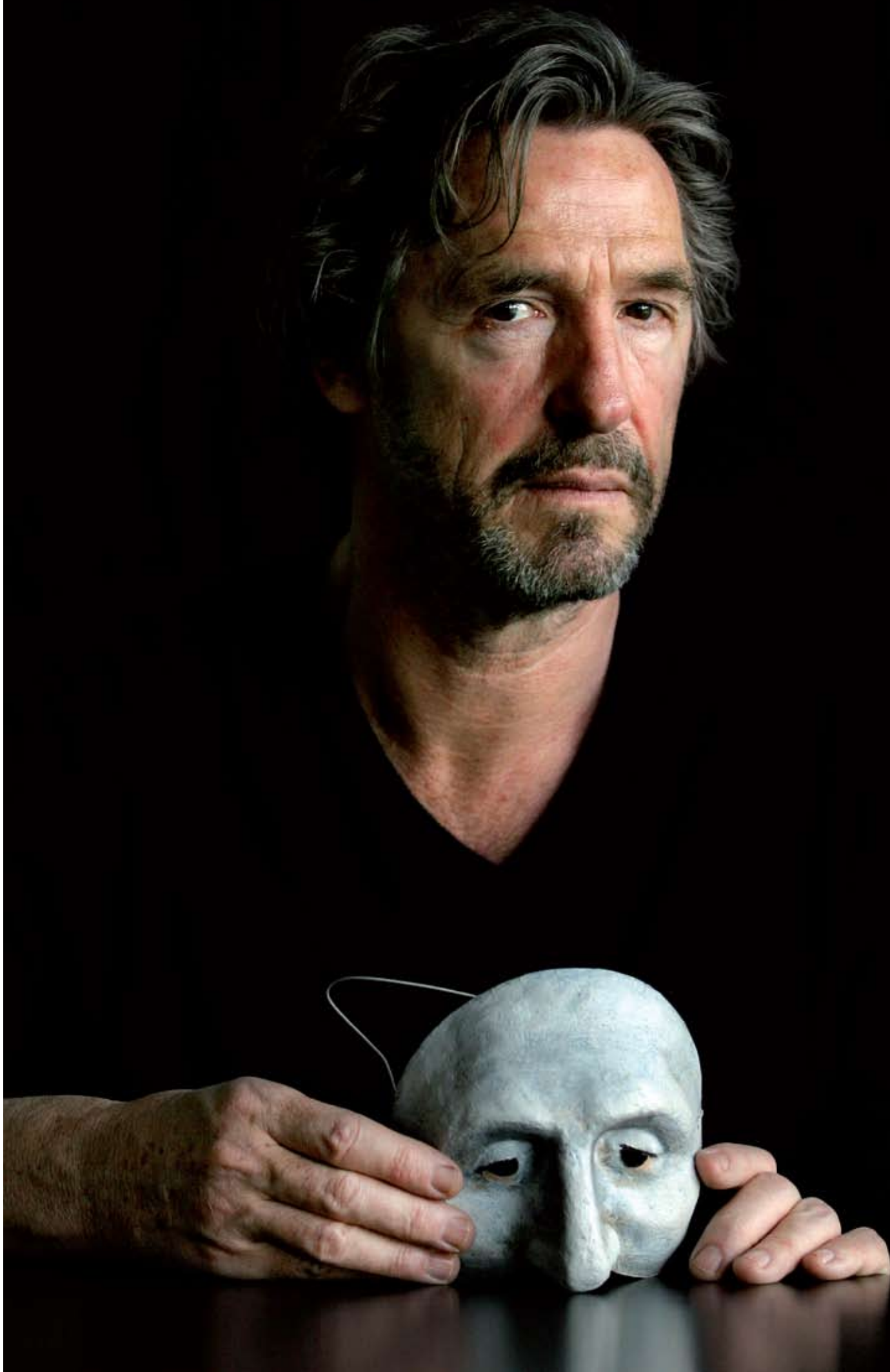
– Når Johan tar på seg denne masken konfronteres han med erkjennelsen av at han skal dø og med sin egen dødsangst.

– *De aller fleste av oss er jo berørt av kreft på en eller annen måte. Tenker du på det når du står foran publikum?*

– Ja, absolutt. Det er jo noe av det som gjør rollen så krevende.

Han tar en tenkepause.

– Men samtidig er det jo dette som gjør stykket viktig. Jeg tenker at det kan være godt å se stykket på tross av at man selv står midt





For meg handler stykket først og fremst om hva sykdom gjør med kjærligheten.

oppi noe lignende. På sitt beste kan teateropplevelsen innebære en slags renselse, en katharsis. Og det er nettopp da man kan få den helt store teateropplevelsen, tror Skagestad.

Skagestad hadde ikke lest Nåde da han ble bedt om å spille bokas hovedperson på scenen. Og innrømmer at det forekom ham som et nokså håpløst prosjekt å skulle omforme romanen til teater.

– Kanskje først og fremst fordi boka inneholder så få hele scener, den lengste scenen er «sengesenen», et av stykkets dramatiske høydepunkter.

Midtveis i stykket befinner Johan og Mai seg i sengen i sommerhuset sitt i Värmland. Det er i denne scenen Johan får Mai til å love at hun skal hjelpe ham med å dø slik at han skal slippe «å miste verdigheten».

– Scenen er gjengitt i sin helhet slik den fremstår i boka, og egner seg godt som teater, mener Skagestad.

– Bortsett fra dette er teksten stort sett nokså fragmentarisk og preget av indre monolog og fremstår derfor som nokså udramatisk. Men så er jo tematikken til gjengjeld svært dramatisk.

Regissør Marit Moum Aune har stått for bearbeidingen av teksten, men Skagestad har også vært involvert i dette arbeidet.

– Det har vært en veldig spennende prosess. Noen passasjer fungerer jo bedre på en scene en andre, så her må man gjøre en rekke valg. Teksten er dessuten svært åpen, og det er nettopp denne åpenheten som gjør det fristende å lage teater av den, mener han.

Han tenker seg om.

– Og jeg føler at vi har fått det til å fungere. Ja, det mener jeg faktisk at vi har - i det store og det hele, legger han til.

– *Hva tenker du om det å gjøre romaner om til teater?*

– Det blir jo stadig mer av det.

Han tygger litt på det.

– Fortellersteater. Lydbøker er jo også blitt veldig populært, og hvis man trekker det litt langt kan man jo si at fortellersteater er en slags avansert form for lydbok. Og hvis dette trekker publikum, og kanskje til og med får dem til å lese boka, så er det vel verdt, mener han.

Sett utenifra kan det virke som en nokså ørkesløs tilværelse å reise fra hotell til hotell og spille på den ene mer provisoriske scenen enn den andre. Fra urpremieren 2. mars og frem til siste forestilling 23. mai, vil Nåde ha vært vist på 46 scener i vårt ganske land fra Egersund til Alta. Men hvis Skagestad synes det er slitsomt å reise rundt med Riksteateret, vil han ikke innrømme det.

– Det er faktisk veldig morsomt, hevder han.

– Vi når et annet publikum enn det vi vanligvis møter. Og vi får oppleve Norge. En dag på hvert sted. Og publikum strømmer til. Med unntak av et par steder har vi hatt fulle hus.

– *Hva mener du selv om aktiv dødshjelp?*

– Det å arbeide med dette stykket har faktisk fått meg til å tenke annerledes på akkurat det. Det er veldig enkelt å tenke at man er for aktiv dødshjelp, men jeg synes Linn beskriver det veldig vakkert og får frem at det ikke er så enkelt likevel. På dødsleiet ligger Johan og tenker tilbake på livet sitt og det forekommer ham å være som en eneste lang, rett strek. Den erkjennelsen gjør ham dypt fortvilet og får ham til å lure på om det hele har vært fullstendig meningsløst. Men så skjer det noe. For mens han ligger der og venter på døden, finner han plutselig mening i det at døgnet skifter fra morgen til kveld, fra lyst til mørkt. Og da går det opp for

ham at denne bevegelsen, denne buen ...

Skagestad løfter armen i været og viser.

– Det er nettopp denne buen som bryter linjen og gir mening.

– *Hva er det vanskeligste med akkurat denne rollen?*

– De forskjellige scenene krever forskjellige ting, men den største utfordringen ligger nok i det å etablere kontakt med publikum – inngå en slags pakt med dem. Og her er åpningsscenen avgjørende, mener Skagestad.

Nåde begynner med at Skagestad kommer slentrende ut på scenen og stiller seg foran mikrofonen. Han lar blikket hvile mot publikum i noen sekunder før åpningsreplikken faller: «Spredning».

På denne måten etableres en fortellerinstans i stykket. Neste gang han kommer inn på scenen er det som Johan Sletten.

– For at publikum skal akseptere denne vekslingen mellom forteller og hovedrolle inneholder må de være med meg fra første øyeblikk, understreker han.

– Hvis jeg ikke har dem med meg fra dette øyeblikket, så blir det enda tyngre å trekke dem med videre i stykket.

Skagestad mener intuitivt å merke om publikum er med eller ikke.

– Her kan man selvsagt feiltolke, men stort sett viser denne magefølelsen seg å være riktig.

– *Du kan se tilbake på en karriere med mange store og krevende roller, men kan du trekke frem en som spesielt utfordrende?*

– Jeg synes rollen som Johan Sletten er noe av det viktigste og vanskeligste jeg har gjort. Jeg har gått inn i denne rollen med mitt eget blod, og dette har gjort meg sårbar. En slakt av dette stykket ville gått mer direkte på min person enn mange andre roller jeg har spilt, sier Skagestad.

Sikkerhet og velvære



NYHET

Har du rift og sprekker i hendene?

Gjør noe med det nå.
La vår nye håndkrem, uten parfyme skjemme deg bort.



NYHET



GARDASIL®

- en vaksine som skal forhindre livmorhalskreft*

Den første vaksinen som skal forhindre livmorhalskreft

- Før livmorhalskreft oppstår, forhindrer GARDASIL® høygradig livmorhalsdysplasi og har i tillegg påvist effekt mot lavgradig livmorhalsdysplasi*
- Utover livmoren, forhindrer GARDASIL® også forstadier til vulvakreft og kjønnsvorter*

Dette er tilstander som forårsakes av humant papillomavirus type 6, 11, 16 og 18*

For å beskytte barn, ungdom og unge kvinner

**BESKYTTELSE FRA 4 PAPILOMAVIRUSTYPER,
FØR LIVMORHALSKREFT OG UTOVER LIVMORHALSEN***


sanofi pasteur MSD
vaksiner for livet

Tlf: 23 12 05 35 Fax: 23 12 05 10 infono@spmsd.com

REF:* Norsk SPC.


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

Vil ha lengre landsmøteperioder

Mens Bente Slaatten bare fikk sitte i tre år om gangen, vil NSF's nye ledelse trolig sitte i hele fire år.

Helt siden 2004 har NSF jobbet med å se på mulige endringer i sin organisasjonsstruktur. Endringene tvinges fram fordi det helsepolitiske terrenget rundt NSF er i endring, blant annet som et resultat av sykehusreformen. Organisasjonsutviklingsprosjektet (OU) har møtt visse problemer underveis. Men siden mars 2006 er det gjennomført syv bredt sammensatte OU-samlinger som i stor grad har klart å oppnå konsensus.

Nytt rådmøte

OU-sekretariatet har nå lagt fram et enstemmig forslag som tar sikte på å gjøre landsmøteperioden lengre. Blir forslaget vedtatt, innebærer dette at det skal velges nye ledere og et nytt forbundsstyre for hele fire år. Samtidig blir det etablert et nytt organ i NSF, det såkalte Rådsmøte. Dette møtet skal gi råd til forbundsstyret om å foreta eventuelle kursendringer mellom landsmøter. Møtet avholdes midtveis i landsmøteperioden. Både forbundsstyret, lederne i lokalavdelingene, Sentralt fagforums arbeidsutvalg og nestleder i NSF Student deltar i møtene. Det gjør også et medlem til fra hver lokalavdeling, valgt til dette formålet på landsmøtet.

Optimalisering

NSF skal i framtiden bestå av tre nivåer, det vil si de tillitsvalgte, lokalavdelingene og det sentrale apparatet. Størst spenning har vært knyttet til om NSF vil følge sykehusreformen og dele opp sitt

lokalapparat etter regioner. En slik reform ble nylig vedtatt i det danske sykepleierforbund. Der ble antallet lokalavdelinger redusert til fem.

En slik løsning blir ikke anbefalt i NSF. I stedet blir det åpnet for forsøk hvor en eller flere fylkesavdelinger kan slå seg sammen i én lokalavdeling. Det kan for eksempel være aktuelt for Hedmark og Oppland. Andre fylker kan eksperimentere med et mye tettere samarbeid enn det som er tilfellet i dag, blant annet gjennom systematisk bruk av tele-møter. For Finmark og Tromsø kunne det være en egnet løsning. Forsøkene må forankres og godkjennes av forbundsstyret i NSF.

Sammenslåinger eller ikke, NSF tar sikte på å optimalisere sine totale administrative ressurser gjennom økt samhandling. Blir forslaget vedtatt vil all administrasjon, også i lokalavdelingene, bli samlet under NSF's generalsekretær. Her forsettes det også en stor satsning på ny teknologi som vil gjøre organisasjonen i stand til å støtte opp om politiske prosesser og om NSF's evne til å gi sine medlemmer rask og effektiv hjelp.

NSF's forbundsstyre vil nå behandle forslaget og komme med sine anbefalinger overfor landsmøtet i november. Anbefalingene vil være ferdig senest i juni.

C1

Gardasil® "Sanofi Pasteur MSD"

Vaksine mot humant papillomavirus (HPV) ATC-nr.: J07B M01
INJEKSJONSVÆSKE, SUSPENSJON: Hver dose inneholder: Humant papillomavirus (HPV) type 6 L1-protein ca. 20 µg, type 11 L1-protein ca. 40 µg, type 16 L1-protein ca. 40 µg, type 18 L1-protein ca. 20 µg, natriumklorid, L-histidin, polysorbat 80, natriumborater, aluminium (som amorft aluminiumhydrokysulfatadjuvans) 225 µg, vann til injeksjonsvæsker.1

INDIKASJONER: Vaksine som skal forhindre høygradig cervikal intraepitelial neoplasia (CIN 2/3), cervixcancer, høygradig vulvadysplastiske lesjoner (VIN 2/3) og kjønnsvorter (condyloma acuminata) som har årsakssammenheng med humant papillomavirus (HPV) av typene 6, 11, 16 og 18. Indikasjonen er basert på effekt hos voksne kvinner fra 16 til 26 år og påvist immunogenisitet hos 9 til 15 år gamle barn og ungdom. Beskyttelseeffekt er ikke undersøkt hos menn. Bruken av Gardasil skal følge offentlige anbefalinger. **DOSERING:** Primær vaksinasjon: 3 separate doser på 0,5 ml gis ved måned 0, 2 og 6. Ved en alternativ vaksinasjonsplan gis den 2. dosen minst 1 måned etter den 1. dosen, og 3. dose gis minst 3 måneder etter 2. dose. Alle 3 dosene må gis innenfor en periode på ett år. Behovet for boosterdose er ikke klarlagt. Barn: Ikke anbefalt hos barn <9 år pga. utilstrekkelige data vedrørende immunogenisitet, sikkerhet og effekt. Gis intramuskulært, fortrinnsvis i overarmens deltoidmuskel eller i det øvre anterolaterale området på låret. Må ikke injiseres intravaskulært. Subkutan og intradermal administrering er ikke undersøkt, og anbefales derfor ikke.

KONTRAIKASJONER: Overfølsomhet for innholdsstoffene. Ved symptomer som tyder på overfølsomhet, må det ikke gis flere doser. Vaksinerings utsettes hos personer som lider av akutt, alvorlig febersykdom. Mindre infeksjon, som en lett øvre luftveisinfeksjon eller lett feber, er ikke kontraindikasjon for vaksinasjon.

FORSIKTIGHETSREGLER: Hensiktsmessig medisinsk behandling må alltid være tilgjengelig i tilfelle sjeldne anafylaktiske reaksjoner. Det er usikkert om alle som får vaksinen beskyttes. Vaksinen beskytter bare mot sykdommer som forårsakes av HPV typer 6, 11, 16 og 18. Anbefalte forsiktighetsregler for beskyttelse mot seksuelt overførbare sykdommer må følges. Beskytter ikke mot eksisterende HPV-infeksjoner. Har ikke terapeutisk effekt og er derfor ikke indisert som behandling for cervixcancer, høygradige cervix-, vulva- og vaginaldysplasi eller kjønnsvorter, eller for å hindre utviklingen av andre etablerte HPV-relaterte lesjoner. Vaksinasjon er ikke erstatning for regelmessig cervixscreeningundersøkelse, og regelmessig screening iht. lokale anbefalinger er fortsatt viktig. Det foreligger ikke data om bruk hos personer med svekket immunrespons. Personer med svekket immunrespons, uavhengig av årsak, kan ha redusert respons på vaksinen. Må gis med forsiktighet ved trombocytopeni eller annen koagulasjons sykdom, fordi det etter en i.m. injeksjon kan oppstå blødning. Varighet av beskyttelsen er ikke kjent. Vedvarende beskyttelseeffekt har vært påvist i 4-5 år etter fullført primær vaksinasjon på 3 doser.

INTERAKSJONER: Kan gis sammen med hepatitt B-vaksine på et annet injeksjonssted, på samme tidspunkt. Andel personer som oppnådde et beskyttende nivå av anti-HB f10 mIU/ml ble ikke påvirket, men anti-HBs geometrisk middelverdi var lavere når vaksinen ble gitt samtidig. Den kliniske betydningen av dette er ukjent. Samtidig bruk med andre vaksiner har ikke vært undersøkt. Bruk av hormonelle prevensjonsmidler synes ikke å påvirke immunresponsen på Gardasil.

GRAVIDITET/AMMING: Overgang i placenta: Begrensede data indikerer ingen sikkerhetsrisiko, men bruk under graviditet anbefales ikke. Overgang i morsmelk: Kan gis til ammende.

BIVIRKNINGER: Hyppige (>1/100): Feber. Reaksjoner på injeksjonsstedet: Erytem, smerte, hevelse, hemoragi, pruritus. Sjeldne (<1/1000): Hud: Urticaria. Luftveier: Bronkospasme. Muskel-skjelettsystemet: Uspesifikk artritt.

OVERDOSERING/FORGIFTNING: Symptomer: Ved høy dosering synes bivirkningsprofilen å være sammenlignbar med det som er observert ved enkelt doser.

EGENSKAPER: Klassifisering: Rekombinant, adsorbent, ikke-infeksjøs vaksine laget av høyrensedede viruslignende partikler (VLP) fra hoved L1-kapsidprotein hos HVP-type 6, 11, 16 og 18. Produsert i gjærceller vha. rekombinant DNA-teknologi. VLP inneholder ingen virus-DNA og kan ikke infisere celler, reproducere eller forårsake sykdom. Virkningsmekanisme: HPV infiserer bare mennesker, men forsøk på dyr med analoge papillomavirus antyder at L1 VLP-vaksiner beskytter ved utvikling av en humoral immunrespons. Terapeutisk serumkonsentrasjon: Minimum beskyttende antistoffnivå er ikke identifisert. Innen 1 måned etter 3. dose hadde 99,9% antistofftiter mot HPV 6, 99,8% mot HPV 11 og HPV 16, og 99,6% mot HPV 18. Eksakt varighet av immunitet etter primær vaksinasjon med 3 doser er ikke fastslått. Bevis på immunologisk hukommelse ble sett hos vaksinerende personer som var antistoffpositive for relevant humant papillomavirus type(r), før vaksinasjonen. I tillegg viste en undergruppe av vaksinerende personer som fikk en tilleggsdose 5 år etter vaksinasjon, en hurtig og sterk antistoffrespons (tegn på immunologisk hukommelse) som var større enn anti-HPV geometrisk middelverdi titer, 1 måned etter den 3. dosen i primær vaksinasjonen. Basert på klinisk immunogenisitetssammenligning kan en anta at vaksinen også har beskyttelseeffekt hos jenter fra 9-15 år. Immunogenisitet og sikkerhet er vist hos gutter 9-15 år. Beskyttelseeffekt er ikke evaluert hos menn.

OPPBEVARING OG HOLDBARHET: Oppbevares i kjøleskap (2 C-8 C). Må ikke fryses. Beskyttes mot lys. **ANDRE OPPLYSNINGER:** Hele den anbefalte vaksinedosen må benyttes. Ristes godt før bruk. Etter risting er innholdet en litt uklart, hvitt suspensjon. Innholdet i sprøyten inspiseres visuelt for partikler og misfarging før injeksjon. Kast legemidlet dersom det inneholder partikler eller er misfarget. Bruk én av de vedlagte kanylene til vaksinasjonen. Sikkerhetsmekanismen vil ikke aktiveres med mindre hele dosen er gitt! Sikkerhetsmekanismen er ment å dekke kanylen etter at vaksinator har injisert vaksinen og sluppet stempel. Må ikke blandes med andre legemidler. Destruksjon: Ikke anvendt legemiddel eller avfall bør destrueres i overensstemmelse med gjeldende bestemmelser.

PAKNINGER OG PRISER: Endosesprøyte med sikkerhetsmekanisme og to kanyler: 0,5 ml kr 1259,40 058397.

Sist endret: 23.11.2006

HPV 16 og 18 er ansvarlig for omtrent 70% av tilfellene av høygradig cervikal intraepitelial neoplasia (CIN 2/3) og adenocarcinoma in situ (AIS) av høygradig vulvadysplasi (VIN 2/3) hos unge kvinner før menopause.

May-Karin Rognstad om roller

Yrke: Førsteamanuensis, dr. philos. Høgskolen i Oslo

E-post: maykarin.rognstad@su.hio.no



Overgangen fra studentrolle til sykepleierrolle

Overgangen fra å være student til å bli aktivt, utøvende sykepleier synes å danne en vanskelig «kløft» for sykepleierstudenter i avslutningsfasen av sitt bachelorstudium.

Studentrollen er en beskyttet rolle der en kan stille spørsmål, ønske veiledning når en ikke forstår eller ikke kan. I hvilken grad er det mulighet for og tid til å komme med tilsvarende ønsker når en først har entret sykepleierrollen?

Forskjellige samfunnsvitenskapelige tradisjoner forklarer hvordan en sosialiseres inn i roller. For sykepleierstudenter gjelder dette i første omgang kulturen i utdanningsinstitusjonen, men også kulturen på de ulike praksisplasser. Dette vil omfatte tilegnelse av verdier, holdninger, ferdigheter og atferdsmønstre som skaper relativt stabile, sosiale roller i en etablert sosial struktur. Profesjonell sosialisering er en prosess der verdier, holdninger, kunnskap og ferdigheter som karakteriserer en profesjon, gradvis blir assimilert av sykepleierstudenter på vei fra utdanning og inn i yrket.

Sykepleierstudentene formes idet de tilegner seg institusjonelle krav og normer. I min doktorgradsavhandling («Nursing students' motivation and socialization» fra 2006) kommer det fram at studenter ikke helt forstår det store ansvaret sykepleiere har når det gjelder deltakelse i pasientbehandling og pleien til pasientene.

Videre blir det framhevet at studenter gruer seg og er redde for at de ikke vil mestre ansvaret. De uttrykker angst og usikkerhet

for å gå alene inn til pasienter og vurdere deres behov for sykepleie. De synes det er skummelt å få ansvar for mange pasienter med en gang.

Studentene reflekterer også over hva som forventes av nyutdannede sykepleiere og hvordan de blir tatt imot og inkludert i avdelingskulturen.

Studentenes møte med travle sykehusavdelinger og sykepleiere, spesielt i 3. studieår, gir dem delvis innsikt i hva som forventes av dem som nyutdannede. Sykepleierrollen, som andre roller, uttrykker et sosialt system og er en kultur. Å være sykepleier synes for dem å innebære en forutsigbar atferd overfor pasienter og kolleger. Den institusjonaliserte sykepleierrollen oppleves som eksisterende utover enkeltindividet som innehar rollen. Det er forståelig at dette oppleves som skummelt av sykepleierstudenter på terskelen til yrkeslivet. For dem er de fortsatt «Kari» og «Ola» med sine behov for «opplæring» før de «kastes ut i ansvarsvakter» på en akutt medisinsk eller kirurgisk avdeling.

Opplæring og utvikling av egen sykepleierfaglig kompetanse kan imidlertid synes å bli mer et knapphetsgode på travle arbeidsplasser i helseforetakene og i kommunehelsetjenesten. Den stadige reorganisering og effektivisering som foregår, medfører som oftest nedbemanning av personalet som arbeider

nærmest pasientene. I lys av denne pågående prosessen er det grunn til å rope et varsku når det gjelder pedagogisk virksomhet. Hvordan blir det mulig å rydde tid til veiledning av studenter og nyutdannede sykepleiere når det stadig blir færre hender til å utføre den pleie og omsorg som pasientene har behov for? Og hvordan blir det mulig å opprettholde kontinuitet i sykepleien til pasienter og samarbeidet med kolleger, når arbeidsgiver velger å etablere stadig flere deltidsstillinger for sykepleiere?

Mitt doktorgradsarbeid viser

Studenter gruer seg og er redde for at de ikke vil mestre ansvaret.

at studenter knytter mestring og trygghet (som sykepleier) til utvikling av profesjonell identitet.

Sykepleieridentitet opparbeides ifølge studentene når de deltar og mottar veiledning i det kliniske feltet. De kan både se og høre sykepleiere i samhandling med pasienter og andre yrkesgrupper. Studentene gir uttrykk for at de klarer å følge med når fagterminologien integreres i samtalen som foregår mellom leger og sykepleiere.

Forskning viser at språket er sentralt i læringsprosessen. Det

fagspråk som brukes i utdanningen inngår som en viktig del av den kulturen studentene skal sosialiseres inn i. Det å kunne forstå for så å anvende språket, bidrar til integrering i praksisfellesskapet. Studenter i avslutningen av sitt studium opplever det som en viktig seier og en forming av egen profesjonell identitet, når de erfarer at de selv kan meddele seg i faglige termer.

Den institusjonaliserte identitet eller rolle vil representere et handlingsmønster der kunnskap fra både utdanningsinstitusjon og klinisk praksis veves sammen med studentenes personlige og faglige forutsetninger. Høgskolen har et ansvar for at studentene skal ta fagkunnskapen i bruk, dersom profesjonalitet skal fremmes hos dem. Det vil derfor være avgjørende at studentenes veiledere i praksisfeltet etter spør fagkunnskap, eventuelt avdekker svikt i kunnskap, for at studentene kan begrunne faglig den planlagte sykepleie og de intervensjonene som foreslås gjennomført. Spørsmålet er om arbeidsgivere, i en tid da de pålegges rasjonalisering og effektivisering av sentrale helsemyndigheter, ser det formålstjenlig å vektlegge pedagogisk virksomhet og faglige diskusjoner for å bidra til å utdanne klinisk dyktige medarbeidere.

Gode nyheter til dine psoriasispasienter

Behandling med Daivobet®
1 gang daglig i opptil 52 uker
er effektivt og veltolerert!

Nå kan dine psoriasispasienter
bruke Daivobet® både i start-
og vedlikeholdsfasen av
sin psoriasisbehandling!

Prisen på Daivobet® er fra den
1. desember 2006 senket med 15%

To feel the breeze on my legs

C Daivobet® LEO
Middel mot psoriasis.

ATC-nr.: D05A X52

T SALVE: 1 g inneh.: Calcipotriol 50 µg, betametasondipropionat tilsv. betametason 0,5 mg, flytende parafin, polyoksypropylen-15-stearyleter, α-tokoferol, hvit vaselin til 1 g. **Indikasjoner:** Behandling av stabil plaque psoriasis vulgaris egnet for lokal terapi. **Dosering:** Påsmøres det affiserte område 1 gang daglig. Den anbefalte behandlingsperiode er 4 uker. Etter denne periode kan gjentatt behandling med Daivobet initieres etter legens anbefaling. Maks. daglig dose 15 gram, maks. ukentlig dose 100 gram. Behandlet område skal ikke være mer enn 30% av kroppens overflate. Anbefales ikke til barn eller ungdom <18 år. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. Pga. innholdet av calcipotriol er preparatet kontraindisert hos pasienter med forstyrrelser i kalsiumstoffskiftet. Pga. av innholdet av kortikosteroid er preparatet kontraindisert ved viruslesjoner i huden (f.eks. herpes eller varicella), sopp- eller bakterieinfeksjoner i huden, infeksjoner forårsaket av parasitter, hudmanifestasjoner i forbindelse med tuberkulose eller syfilis, rosacea, perioral dermatitt, akne vulgaris, atrofisk hud, atrofisk striae, skjørhet av hudvener, iktyose, akne rosacea, hudsår/-skader, perianal og genital kløe. Ved guttat, erytrodermisk, eksfoliativ og pustulos psoriasis. Ved alvorlig nyreinsuffisiens eller alvorlig leversykdom. **Forsiktighetsregler:** Unngå applikasjon og utilsikket overføring til hodebunn, ansikt, munn og øyne. Hendene må vaskes etter hver påsmøring. Samtidig behandling med andre steroider må unngås. Hemmet binyrebarkfunksjon eller innvirkning på den metabolske kontroll av diabetes mellitus kan forekomme pga. systemisk absorpsjon. Applikasjon på store områder av skadet hud, under okklusjon, på slimhinner eller i hudfoder bør unngås, da det øker det systemiske opptak av kortikosteroider. Huden i ansiktet og genitalia er svært følsom for kortikosteroider. Langtidsbehandling av disse kroppsdeler bør unngås. Disse områdene bør behandles med svakere steroider. Når lesjonene blir sekundærinfisert bør antimikrobiell behandling gis. Behandlingen med kortikosteroider bør stoppes om infeksjonen forverres. Når en behandler psoriasis med topikale kortikosteroider kan det være en risiko for utvikling av den pustulose form eller «rebound»-effekt ved seponering. Det er økt risiko for lokale og systemiske kortikosteroidbivirkninger ved langtidsbehandling. Behandlingen bør seponeres hvis bivirkninger oppstår som følge av lang tids bruk av kortikosteroider. Det er ingen erfaring med bruk av produktet i hodebunnen. Det er ingen erfaring med samtidig bruk av andre psoriasismedler gitt lokalt eller systemisk, eller samtidig bruk av fototerapi. **Graviditet/Amning:** Overgang i placenta: Det foreligger ingen data for bruk til gravide. Bør derfor kun brukes under graviditet der fordelene synes større enn risikoen. Overgang i morsmelk: Betametason går over, men risiko for barnet synes lite sannsynlig ved terapeutiske doser. Det foreligger ingen data på overgang av calcipotriol i melk. Forsiktighet bør utvises ved forskrivning til ammende. Skal ikke smøres på brystene ved amming. **Bivirkninger:** Hyppige (>1/100): Hud: Kløe, utslett, sviende følelse i huden. Mindre hyppige: Hud: Smertes i huden eller irritasjon, dermatitt, erytem, forverring av psoriasis, follikulitt, pigmentforandringer i huden på applikasjonsstedet. Sjeldne (<1/1000): Hud: Pustulos psoriasis. Calcipotriol: Rapporterte bivirkninger omfatter lokale reaksjoner, kløe, hudirritasjon, en sviende og stikkende følelse, tørr hud, erytem, utslett, dermatitt, eksem, forverring av psoriasis, fotosensitivitet og overfølsomhetsreaksjoner inkl. meget sjeldne tilfeller av angioødem og ansiktsødem. Systemiske effekter ved lokalbehandling kan i meget sjeldne tilfeller forårsake hyperkalsemi eller hyperkalsiuri. Betametason: Lokale reaksjoner kan inntre, særlig ved langvarig anvendelse, inkl. hudatrofi, teleangiectasi, striae, follikulitt, hypertrikose, perioral dermatitt, allergisk kontaktdermatitt, depigmentering og kolloid milia. Ved behandling av psoriasis er det en risiko for utvikling av den pustulose form. Systemeffekter ved lokalbehandling av kortikosteroider er sjeldne hos voksne, men de kan være alvorlige. Adrenokortikal suppresjon, katarakt, infeksjoner og økt intraokulært trykk kan forekomme, særlig ved langtidsbehandling. Systemeffekter sees oftere ved okklusjonsbehandling (plast, hudfoder), ved påsmøring av store områder og ved langtidsbruk. **Overdosering/Forgiftning:** Symptomer: Bruk av mer enn anbefalt dose kan føre til forhøyet serumkalsium, som faller raskt når behandlingen seponeres. Overdreven langvarig bruk av topikale kortikosteroider kan hemme binyrebarkfunksjonen og gi sekundær adrenal insuffisiens, som normalt er reversibel. Behandling: Adrenal insuffisiens behandles symptomatisk. Ved kronisk toksisitet skal preparatet seponeres gradvis. **Egenskaper:** Klassifisering: D-vitaminanalog i kombinasjon med gruppe III kortikosteroid (sterke). Virkningsmekanisme: In vitro-data tyder på at calcipotriol stimulerer differensieringen og hemmer proliferasjonen av keratinocytter. Dette anses å være bakgrunnen for dets effekt ved psoriasis. Betametason har antiinflammatoriske, klostellende, vasokonstriktiv og immunundertrykkende egenskaper. Ved okklusjon øker effekten med en faktor på ca. 10, pga. økt penetrasjon gjennom stratum corneum. Kortikosteroidenes antiinflammatoriske virkningsmekanisme er ikke klarlagt. Absorpsjon: Systemisk absorpsjon av hhv. calcipotriol og betametason er <1% på frisk hud. Absorpsjonen av topikale kortikosteroider kan øke ved påsmøring på psoriasis plaque og under okklusjon. Absorpsjon gjennom skadet hud er ca. 24%. Proteinbinding: Ca. 64%. Halveringstid: Betametason: Etter i v. tilførsel 5-6 timer. Pga. dannelsen av et depot i huden, skjer eliminasjonen etter dermal påføring over dager. Metabolisme: Betametason metaboliseres hovedsakelig i leveren, men også i nyrene. Utskillelse: Via urin og fæces. **Oppbevaring og holdbarhet:** Åpnet tube må brukes innen 12 måneder. **Pakninger og priser:** 60 g kr 475,60, 120 g kr 916,70.

T: 31h).

Sist endret: 01.12.2006

Ref 1. Kragballe K. et al. Br J Dermatol 2006;154 (6):1155-1160.



LEO Pharma AS

Lilleakerveien 25 . 0283 Oslo . Norge
Tlf. 22 51 49 00 . Fax. 22 51 49 01
www.leo.no . info.no@leo-pharma.com

LEO®



Daivobet®
calcipotriol/
betametason dipropionat

Fast and lasting psoriasis therapy™



Historien

NSFs engasjement i fattige land er ikke mer enn 19 år.

1987: Landsmøtet vedtok at det internasjonale arbeidet skulle tilrettelegges på en måte som ga lokale organisasjonsledd mulighet for å engasjere seg.

tekst **Eivor Hofstad** foto **Marit Fonn** og **Colourbox**

NSF-REVISJON:

Fram mot NSFs landsmøte i november 2007 vil Sykepleien ha en serie hvor vi ser på hvordan organisasjonen fungerer og blir oppfattet blant medlemmene.

Vi vil sette søkelys på NSFs prioriteringer, organisatoriske forhold, pengebruk og medlems-service.

Kort sagt: Er NSF den organisasjonen medlemmene ønsker?

Bistand er tema i denne utgaven.

NSFs bistandsarbeid:

En kopp kaffe i året

På den lokale kaffebaren ved Sykepleiernes hus i Oslo, koster en enkel latte 32 kroner. Like mye som NSF gir i bistands- og solidaritetsmidler per medlem i året.

NSFs bistands- og solidaritetsarbeid i fattige land får honnør fra bistandsekspertene. Men summen som netto bevilges fra organisasjonen er knappe 32 kroner og 50 øre per medlem i året.

– Den kunne godt vært tido- blet, sier Michael Vitols, spesial- rådgiver i NSF og ansvarlig for fagforeningens bistandsarbeid. Han foreslår å ta pengene fra overskuddet til NSF.

NSF får nesten 6,7 millioner kroner i bistandsmidler fra Norad og Fokus i året.

– Dermed gjøres bistandsarbeid på deres premisser. Men hvis summen fra NSF ble tido- blet, kunne vi hatt bistandsprosjekt som var 100 prosent NSF-styrt, sier han.

Høy Florence-faktor

Michael Vitols hadde 178 reise- døgn i fjor og mener bistands- arbeidet til NSF er den delen av organisasjonens arbeid som ligger Florence Nightingale-idealet nærmest.

– Hun dro til Krimkrigen. Vår tids Krimkrig er lidelsene i Afrika, sier han.

NSF har valgt å konsentrere bistanden til Afrika og har først og fremst engasjert seg i arbeidet med hiv/aids, organisasjonsopp- bygging og kjønnslemlestelse.

– Afrika er i en spesiell situasjon siden det er hardest rammet av hiv/aids og andre sykdommer samtidig som det sliter med fat- tigdom, sier Vitols.

Per Godtland Kristensen er in- ternasjonal sekretær i NSF og var blant de første som startet med bistandsarbeidet i organisasjonen. Han supplerer:

– De fleste av Norges hoved- samarbeidsland ligger i Afrika, slik at det er lettere å få midler til prosjekter der. Dessuten er det smart å ha ett fokus og ikke spre seg for mye. Da blir det enklere å utvikle kompetanse på de områ- dene man arbeider med.

Kolonitidens bivirkninger

Afrika har med sin spesielle historie en grunn til at det sivile samfunnet er dårlig utviklet. Da kontinentet ble kolonialisert var det et stammesamfunn. De ulike formene for demokratisering skjedde så brått at organisasjons- livet ikke fikk tid og rom til å utvikle seg slik det gjorde i Vesten.

– Derfor mangler mange afri- kanske land sterke yrkesorganisa- sjoner slik vi har det. De er ikke så vant med et sivilt samfunn som tør å målbære sine medlemmers mening, forklarer Vitols. Dette er en av grunnene til at Norad har anbefalt NSF å ha

organisasjonsutvikling som et prioritert arbeidsområde.

Det arbeidet Vitols er mest stolt av å ha bidratt til, er gjenreis- ingen av sykepleierorganisasjonen i Malawi:

– Da NSF kom inn, lå organisa- sjonen nede med brukket rygg og bare 30 betalende medlemmer. Nå er det over 2000. Det er enestå- ende, og de gjør det så bra. Om seks år kan de forhåpentligvis stå på egne bein.

Ifølge Vitols ligger Zambia åtte år foran Malawi i organisasjons- utvikling. Der var organisasjonen i utgangspunktet en rein profes- sjonsorganisasjon med fokus på fag, mens NSF hjalp medlemmene til også å henge på den sosio-øko- nomiske biten slik tradisjonelle fagforeninger hos oss fungerer. De hadde hatt en årelang prosess for å bli godkjent som fagfore- ning. Men ved hjelp av penger fra NSF hyrte de inn toppadvokater og anla søksmål mot statsadmini- strasjonen som hadde trenert saken med byråkratisk sommel. I oktober i fjor vant de fram. Tidligere var det tvungent med- lemskap i Civil Servant Union, uten at sykepleierne syntes de så noe til de pengene. Men nå kan de som vil i stedet melde seg inn i

Zambian Nurses Union.

– Dermed vil denne organi-





1988-1995: 18 fylkesledd og fire faggrupper (jormorforbundet, helsesøstergruppa, bedriftssykepleierne og operasjonsgruppa) deltok i de bistandsprosjektene NSF etablerte i samarbeid med Norad. Den gangen var det 20 prosent i egenandel i Norad-prosjekter (i motsetning til 10 prosent i dag) som fylkesleddene og de fire faggruppene la mye frivillig innsats i å skaffe. Fra 1998/99 ble alle bistandsmidler fra NSF en del av de årlige driftsbudsjetter.



sasjonen få en femdobling av inntektene, sier Vitols.

Afrika har også sine utfordringer når man skal utvikle gode nettverk og samarbeide kontinuerlig med myndighetene. Det er en stor omskiftning både i politikken og i byråkratiet. Omrokking skjer ofte hvert år, noe som kompliserer samarbeidet.

– Zambia har for eksempel hatt tre ulike helseministre på de tre årene jeg har hatt denne jobben i NSF, sier Vitols.

Men heldigvis er det større stabilitet i yrkesorganisasjonene.

– Før mistet vi ofte nøkkelpersoner fordi de døde av hiv, men nå får de fleste medisiner så de klarer seg,

Framover

NSF får gode tilbakemeldinger fra sine samarbeidspartnere, og satser derfor på å fortsette bistandsarbeidet i samme spor. «Caring for the care-givers» er et viktig prinsipp å arbeide etter på et kontinent som er rammet av mangel på helsepersonell. Et populært tiltak i den forbindelse er opplæring i forretningsdrift.

– Afrikanere har ofte noe på si, vi har derfor blant annet valgt å gi sykepleierne grunnkurs i såkalt «small business skills» hvor regnskap, markedsføring og nettverksbygging er temaer, sier Vitols.

Uganda blir antakelig nytt samarbeidsland i 2008 og muligens Rwanda innen 2009.

– Vi drar nytte av tidligere erfaringer og trenger ikke gjenopfinne hjulet hver gang, sier Vitols.

Han ser imidlertid tre områder som tegner seg ut som et framtidsrettet strategisk fundament for sykepleien verden over:

- Profesjonalitet. Sykepleiere bryr seg om sine pasienter.
- Solidaritet. Sykepleiere bryr seg om hverandre.
- Miljø. Sykepleiere bryr seg om naturen.

Vitols mener stadig flere sykepleiere blir oppmerksomme på at helse henger sammen med miljøet i den forstand at man får mer sykdommer med forurensing og naturkatastrofer.

– Afrikanske sykepleiere tar

dette med en gang. De har nærmere kontakt med naturen. Hvis regnet uteblir, vokser ikke maisen, så enkelt er det, sier han og lanserer en ny idé:

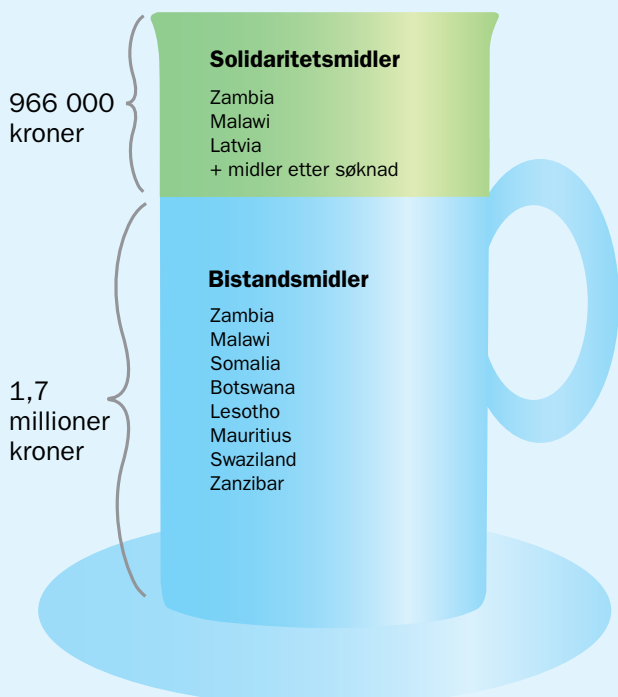
– Kanskje kan sykepleiere, i tillegg til å marsjere på den internasjonale sykepleierdagen, heller plante 1000 trær eller bidra til at flere kan få reint vann?

Mest skryt

Norad forventer at NSF's prosjekter evalueres, men det varierer hvordan dette gjøres. Det vanligste er evalueringer etter et år, midtveis og etter at prosjektet er ferdig. Da brukes enten interne eller eksterne personer eller en kombinasjon av begge.



Dette er NSF's midler til bistand:



Pengene

Totalt er NSF's nettoutgifter til bistand på 1,7 millioner kroner. I tillegg kommer 966 000 kroner i solidaritetsmidler. Til sammen 2 666 000 kroner, eller sagt på en annen måte: Knappt 32 kroner og 50 øre per medlem i NSF i året.

Som en kuriositet kan nevnes at summen av solidaritetsmidlene (966 000) er omtrent den samme som NSF sentralt bruker til å markere og markedsføre seg selv på den internasjonale sykepleierdagen 12. mai i år (900 000).

Mest fra Norad

I år har NSF fått 6 millioner kroner fra Norad til sine tre bistandsprosjekter i Afrika. 8 prosent (480 000 kroner) av denne summen er avsatt til å dekke administrative utgifter. Reglene er slik at NSF må bidra med minst 10 prosent i egenandel. Dermed får prosjektene 5 521 000 kroner fra Norad og 613 000 kroner fra NSF i 2007.

Bidrag fra Fokus

NSF får 678 300 kroner fra kvinneorganisasjonen Fokus til et prosjekt mot kjønnslemlestelse i Mogadishu. Her bidrar ikke NSF med en egenandel, men har utgifter i forbindelse med reise, opphold og lignende.

Solidaritet

Solidaritetsmidlene ble etablert av landsmøtet i 1993 for begrenset bistand til kortsiktige tiltak. Midlene kan også brukes i Norge. Summen utgjør 0,3 prosent av medlemskontingenten, hvilket i år vil si 766 000 kroner. I år tildeles 100 000 kroner til søsterorganisasjonen i Latvia. 200 000 er holdt tilbake for å imøtekomme uforutsette behov i løpet av året, men resten av årets bevilgninger (466 000) kan søkes på av enkeltpersoner, organisasjoner og andre instanser. Forbundsstyret har i tillegg bevilget 200 000 per år til å bygge opp solidaritetsfond for sykepleiere i Zambia og Malawi over en femårsperiode.



1988: Det første prosjektet var jordmorutdanning i Palestina. Dette var også første videreutdanningen for palestinske sykepleiere. NSF var der i 10 år.

– Kombinasjonsvarianten er best fordi man da får inn både det uheldede blikket mens de som er inne i prosjektet kan bidra med fakta for å hindre misforståelser, sier Per Godtland Kristensen.

Resultatene fra evalueringene er for det meste positive. Her er noe av kritikken:

- I Tanzania var det en ekstern sluttevaluering av et undervisningsprosjekt blant skolebarn i hiv/aids som kostet flere hundre tusen kroner. Evalueringsteamet besto av en norsk forsker og to tanzanianske medhjelpere. Alle var enige om at prosjektet hadde oppnådd gode resultater, men den norske teamlederen stilte spørsmål ved hvorvidt aktivitetene ville fortsette etter at prosjektet tok slutt.

- En ny evaluering som NSF foretok etter bestilling fra skoleadministrasjonen i regionen ett år etter prosjektets slutt (desember 2007), viste at de lokale og regionale skolemyndighetene hadde klart å videreføre hiv/aids-undervisning som eget fag blant elevene, og at to av fem skoledis-

trikter hadde klart å skaffe ekstern finansiering til flere workshops, sier Vitols.

- I Zambia har det vært en midtveis-evaluering av prosjektet Caring for the caregivers, som stort sett er positiv, men den største gevinsten har ifølge konklusjonen vært utilsiktet: Når man har hatt en fem-dagers work-shop om hiv/aids for sykepleiere, har det hatt en nettverkskapende funksjon der sykepleiere fra flere nivå har knyttet kontakter. Barrierene mellom senior- og juniorsykepleiere og mellom offentlige og private sykepleiere ble brutt.

- Et forskningsprosjekt ved ambasadene i Zambia har satt fingeren på at noen av de 86 støttegruppene i Zambia ikke fungerer så godt. De har problemer med å tjene penger. Anbefalingen var at de for eksempel kunne lage og selge informasjonsbrosjyrer der de benyttet sin sykepleierfaglige kompetanse som kunne være til nytte for folk flest.

Bestilte tv-dokumentar

I tillegg til de faste bistands- og

solidaritetsutgiftene brukte NSF i 2006 også noen kroner på aktiviteter som kan ses på som bistandsrelaterte. Forbundsstyrets studietur til prosjektet i Zambia til 220 000 kroner, produksjon av en engelsk tv-dokumentar om NSF's arbeid i Afrika til 200 000 kroner, samt aksjeinvestering for 3 millioner kroner i et konferansesenter i Tanzania, er noen eksempler.

Michael Vitols mener det er positivt å forankre bistandsarbeidet i forbundsstyret ved å gi dem førstehåndsinnsikt i problemer sykepleiere i Afrika møter. Styret finansierte turen fra sin egen disposisjonskonto.

- Det er viktig at ledelsen får kjenne på kroppen noen av de utfordringene vår kolleger i Afrika sliter med til daglig. Da forstår man også bedre den emosjonelle belastningen det er å forholde seg til omfattende fattigdom, sykdom og død. Jeg tar gjerne med meg neste styre også, hvis det er behov, sier han.

I vinter gikk det en dokumentar på BBC World som viste noe av

NSF's arbeid i Zambia gjennom livet til en hivpositiv sykepleier. To tv-journalister fikk reise og opphold i Zambia dekket i en uke. Dokumentaren er del én i en serie på fire og er et spleiselag med Norad på til sammen 400 000 kroner.

- Det var WHO som spurte oss om vi ville lage den, sier Vitols.

- *Hvorfor sa dere ja?*

- Det gir en god eksponering av vårt prosjekt å få sendt dette seks ganger i løpet av en uke på en verdensledende kanal som BBC World. Dessuten blir det laget kopier av programmene som blir distribuert til nasjonale sykepleierorganisasjoner i hele verden. Når de har workshops om hiv/aids kan de bruke programmet til å lære av, spesielt i forhold til diskusjoner om stigma. Hele tv-serien blir også sendt ut til andre nasjonale tv-selskaper for at de skal kunne bruke den gratis.

Bærekraftige spor

NSF fremstiller sine bistandsprosjekter som praktiske og pragmatiske med gode mål som når grasrota fort, uten for mange administrerende mellomledd og uten å være for topptungt. Bistandseksperter er enige.

- Faren med bistandsprosjekter er at de ofte blir en dråpe i havet og at landene blir enda mer bistandsavhengige. Prosjektene bør være langsiktige og fokusert rundt noe som skal være bærekraftig når man en dag trekker seg ut, sier Arild Schou, utviklingsforsker ved NIBR og førsteamanuensis ved høyskolen i Buskerud.

Han har reist mye i Afrika og jobbet med hiv-aids-prosjekter og synes NSF's ulike bistandsprosjekter virker bra.

Schou advarer mot å tenke i for liten skala og råder generelt til å skalere opp slik at et enkeltprosjekt kan bli systemer for en region eller et land som for eksempel myndighetene kan lære av.

- Tenk stort! Når NSF lærer

bort tips rundt forretningsdrift slik at sykepleiere skal kunne ha en liten business på si, hadde det vært lurt å lage systemer for hvordan alle medlemmene i sykepleierorganisasjonen skal kunne få denne informasjonen fremover, sier han.

- *Hvilke farer bør man være obs på ved bistandsarbeid?*

- Det er generelt korrupsjon

1989: TV-aksjonen er temaet «kvinner i den tredje verden». NSF var en av 38 organisasjoner som samarbeidet om denne tv-aksjonen, og fikk støtte til å gjennomføre et prosjekt i Nepal. Kvinneorganisasjonen Fokus ble etablert i 1995 som et resultat av samarbeidet om tv-aksjonen i 1989.



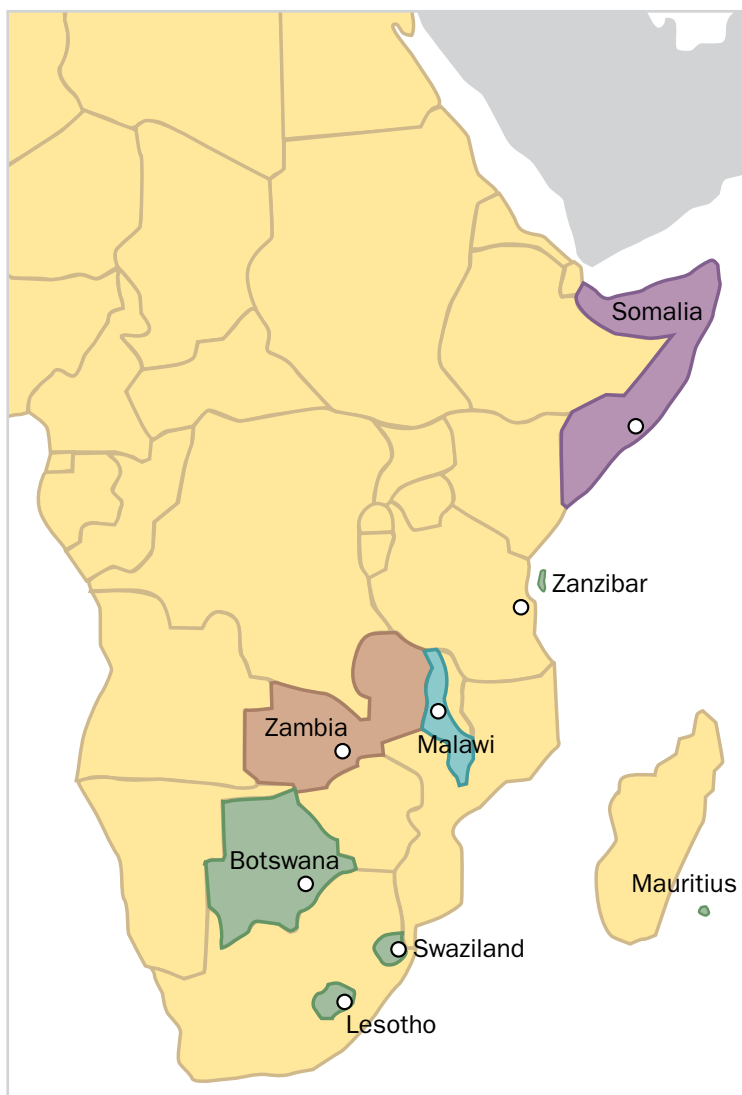
og nepotisme, dette at noen kan forfordle eller begunstige slektninger, venner eller sitt hjemsted, for eksempel. Ellers bør man ikke drive gammeldags u-hjelp. Den typen der man drar til Afrika, bygger en institusjon og planter NSF-flagget på toppen. Det er ut-

Ragnhild Seip har tidligere vært ansatt i Norad og jobber nå ved ambassaden i Malawi med ansvar for oppfølging av helse- og aidsprogrammene der. Også hun skryter av NSF's bistandsarbeid:

– Mangelen på helsepersonell

i Malawi er kritisk av flere årsaker. Malawiske myndigheter har lagt en seksårsplan for hvordan dette problemet kan løses, der økt utdanningskapasitet, høyere lønninger og bedre arbeidsforhold er viktige elementer. NSF's samarbeidsprosjekt med

malawisk sykepleierforbund er et viktig bidrag i denne større satsningen og passer godt inn i den øvrige norske satsningen på helse i Malawi.



Prosjektene for 2007

Zambia:

2 801 000 kroner (10 prosent fra NSF og 90 prosent fra Norad). I tillegg kommer 219 000 kroner fra Norad i administrasjonstilskudd. Pengene går til å oppdatere sykepleieres kunnskap om hiv/aids og til lokale støt-tegrupper som bidrar til solidaritet, reduserer stigma og støtter hiv-positive sykepleiere og deres familier (Caring for the caregivers). Prosjektet er seks-årig (2002-2007), men NSF regner med ytterligere tre år til 2010.

Malawi:

2 433 000 kroner (10 prosent fra NSF og 90 prosent fra Norad). I tillegg kommer 190 000 kroner fra Norad i administrasjonstilskudd. Pengene går til informasjonsarbeid om hiv/aids blant sykepleiere, solidaritetsarbeid for hivpositive sykepleiere og annet helsepersonell (Caring for the caregivers) samt å styrke den malawiske sykepleierorganisasjonen. Det er undertegnet kontrakt om et seksårsprosjekt (2006-2011). I tillegg har NSF's spesialrådgiver Michael Vitols konsulentoppdrag for Royal College of Nursing i Skottland i forbindelse med deres ønske om å bidra til arbeidet i Malawi.

Mauritius, Zanzibar, Swasiland, Botswana og Lesotho:

900 000 kroner (10 prosent fra NSF og 90 prosent fra Norad). I tillegg kommer 70 000 fra Norad i administrasjonstilskudd. Pengene går til Southern African Development Community AIDS Network of Nurses and Midwives (SANNAM) sitt prosjekt mot vold på arbeidsplassen. Arbeidet gjøres ved ti helseinstitusjoner i hvert land, i samarbeid med de nasjonale sykepleierorganisasjonene. Prosjektet sikter også mot å styrke SANNAMs stilling som en ansvarlig paraplyorganisasjon for sykepleiere i regionen.

Somalia:

678 000 kroner fra kvinneorganisasjonen Fokus brukes til et prosjekt mot kjønnslemlestelse, i samarbeid med Universitetet i Mogadishu og en lokal sykepleiergruppe (COSNO). NSF betaler utgifter til reise, opphold med mer for Michael Vitols. Prosjektet er treårig (2006-2008). Safia Y. Abdi er en norsk-somalisk sykepleier som koordinerer arbeidet. Det består av en rekke informasjons- og utdanningsaktiviteter både i den lokale populasjonen, i flyktningeleire og blant universitetsstudenter.

I tillegg til de faste bistands- og solidaritetsutgiftene bruker NSF også noen kroner på bistandsrelaterte aktiviteter. Forbundsstyrets tur til Afrika (220 000 kroner), produksjon av en engelsk tv-dokumentar som ble sendt på BBC om NSF's arbeid i Afrika (200 000 kroner), samt aksjeinvestering for tre millioner kroner i et konferansesenter i Tanzania, er noen eksempler.



Bistands-business for NSF

NSF har kjøpt aksjer for 3 millioner kroner i et konferansesenter i Tanzania. Folk får bare bruke det dersom de kan betale for seg. Nei, det er ikke ny-kolonialisme, det er bistand, er påstanden.

På en 30 måls stor tomt ved det indiske hav en mil sør for havnebyen Tanga i Tanzania er 60 mennesker i gang med byggefase én. I september regner man med at 40 personer kan overnatte og en konferansehall med plass til 100 personer vil stå klar sammen med egen restaurant, kjøkken, servicebygg og resepsjon med kontorer. Etter byggetrinn to og tre vil senteret kunne ta imot 350 deltakere med overnattingsmuligheter for 80-100 personer.

Kolleger og ektefeller

International Conference Center Tanzania AS (ICCT) er et eget aksjeselskap hvor sykepleier Ruth Nesje er styreleder. Hun har vært prosjektkoordinator for NSF i mange år i Tanga-regionen og har utviklet et godt nettverk der. Hennes mann, Odd Lund-Isaksen, er kontaktperson for selskapet. De har begge vært initiativtakere til konferansesenteret.

Med seg i styret har Nesje fått kolleger fra aksjeselskapet Sareptas. Det er en tverrfaglig konsulentgruppe med erfaringer innen endringsprosesser på individ-, gruppe- og systemnivå, heter det på nettsiden til Sareptas. Ytterligere styremedlemmer i ICCT er ektefellen til en av Sareptas-kollegene og NSF's leder Bente Slaatten. I tillegg er NSF representert gjennom varamed-

lem Per Godtland Kristensen.

– *Dette høres ut som et venners venner-prosjekt?*

– Nei, det er det ikke. Det er ikke noe mystisk i at mennesker og organisasjoner som har samarbeidet gjennom mange år, går sammen om å utvikle noe nytt. Vi vet hvor vi har hverandre. Når NSF har gått inn i dette, har et vesentlig poeng vært at dette har bærende verdier i seg som er sammenfallende med våre. Dessuten ser vi et viktig poeng i å videreføre ti års innsats i regionen for å sikre bærekraftig utvikling, sier Kristensen.

Sosial business

ICCT skal være intet mindre enn et «kraftsenter for utvikling og vekst i Afrika». Det skal arrangere internasjonale konferanser, kurs og studier og bidra til at det startes prosjekter innen bistand og næringsutvikling. Ruth Nesje kaller det en sosial business-idé.

Målsetningen er også å bidra til nord/sør-forståelse og likeverdige samhandling basert på tillitt.

– *Hvorfor sitter det da ingen afrikanere i styret?*

– Fordi selskapet er norsk. Men vi har etablert et datterselskap som skal ta seg av driften av konferansesenteret, og i det styret skal det sitte lokale representanter, sier Kristensen.

Senteret vil også satse på turisme og tilby et tilrettelagt tematisk innhold som gir kunn-

skap og informasjon om Afrika. Det vil tilby catering-oppgaver og bidra til arrangementer som bryllup og lignende. Videre vil det også forsøke å ha et kulturelt tilsnitt med musikkfestivaler og forfattertreff.

– *Det er ikke lite dere skal drive med?*

– Vi vil ikke gjøre alt på en gang. Det første halvåret er fulltegnet med aktiviteter allerede. Vi skal blant annet ha mange kurs i entreprenørskap, forteller Ruth Nesje.

– *Ja, mannen din har jo et eget firma som driver med byggeteknisk konsulentvirksomhet?*

– Ideen er at alle som investerer kan bruke sin kompetanse i aktivitetene på senteret.

På Sareptas nettsider leser vi at selskapet har utviklet en entreprenørskole som sivilingeniør og styremedlem i ICCT, Per T Eitrem, står bak.

Ny type bistand

Det var forbundsstyret i NSF som vedtok å kjøpe aksjer for 3 millioner kroner i konferansesenteret i 2006. Summen er omtrent det dobbelte av hva NSF gir i bistandsmidler i året (1,7 millioner). Selv om pengene ikke gikk av bistandsbudsjettet og selv om den uttalte forretningsideen er å drive lønnsomt, mener NSF at dette er en ny vri på bistandsarbeidet.

– Dette er en virksomhet som

vil generere lokale arbeidsplasser. Til høsten vil vi trenge elleve ansatte og når det hele står ferdig, vil antallet i hvert fall firedobles. Dessuten vil vi etablere lærlingplasser for lokale ungdommer, sier Kristensen.

Han legger til at selve aktivitetene i senteret vil ha ringvirkninger i lokalområdet.

Standarden på rommene vil være tredelt. Den enkleste vil være dobbeltrom med vifte og felles toalett/dusj. For denne vil prisen ligge på under 200 kroner med frokost.

– Alle ledere i kommunen vil ha råd til å bo her, mener Nesje.

Men neppe organisasjonene. Selv den laveste standarden vil være problematisk å betale for lokale student- og sykepleierorganisasjoner, tipper Kristensen.

– Men mange vil få støtte og ulike prosjektmidler og vil klare det allikevel. Det skal være nøkterne prisnivå, lover han.

– *Så NSF bidrar altså til bygging av et senter som skal innkassere bistandsmidlene til lokale organisasjoner?*

– Nei. Vi bidrar til å bygge et senter som vil gi disse organisasjonene et bedre tilbud, også økonomisk, enn hva de kan regne med å få andre steder, sier Kristensen.

Mangler 11 millioner

Drøyt en tredel av finansieringen er skaffet gjennom aksjesalg,

1995: Planleggingen av bistandsarbeidet i Tanga i Tanzania startet i 1992 og kom i gang i juni tre år senere. Det var flere komponenter i prosjektet, men hoveddelen var hiv/aids-undervisning for skolebarn fra 5. klasse og oppover i 700 grunn- og videregående skoler i regionen. NSF avsluttet i 2005, men undervisningen fortsetter.



LOKAL ARBEIDSKRAFT: Her er byggingen av de enkleste overnattingsmulighetene ved ICCT i gang i mars 2007. Høyeste standard vil være forbeholdt investorene til favørpris. Foto: Odd Lund-Isaksen.

men fremdeles mangler rundt 11 millioner kroner.

– *Hvordan skal dere klare å skaffe dem?*

– ICCT er i dialog med flere organisasjoner og etter hvert vil styret også henvende seg til det private næringslivet, sier Kristensen.

Styret åpner for at betydelige investorer skal få styreplass, det var derfor NSF med sin 3 millioner aksjeportefølje fikk sin representant.

– *Hva skjer hvis utviklingen av senteret tar en retning NSF ikke kan stå inne for?*

– Det tror jeg ikke det gjør,

men i så fall er det mulig å selge aksjene og trekke seg ut, sier Kristensen.

Ruth Nesje mener de skal klare å holde overivrige kommersielle aktører unna.

– Det er derfor vi bruker så lang tid på å finne aksjonærer. Vi har hatt flere som har vært interesserte, men som vi foreløpig har lagt på is. Vi har også sikret oss gjennom at de opprinnelige investorene har ti stemmer per aksje mens de nye kun har en stemme per aksje, sier hun.

– *Hva vil dere gjøre med et eventuelt økonomisk overskudd?*

– Målet er å gå i balanse. Men

skulle det bli noe overskudd, skal det benyttes til å videreutvikle senteret, sier Kristensen.

– Vi ønsker at de som skal være med vil se nytteverdien av å bruke overskuddet til bistand i området. Vi har planer om å lage et fond for foreldreløse barn og ungdom som dropper ut av skolen, supplerer Nesje.

Opp av sumpen

NSF er en organisasjon som virkelig bryr seg om kolleger i Afrika. Engasjementet rundt bistanden er stort. Det bunner i sykepleiernes oppriktige glede i å kunne hjelpe andre. Afrika trenger hjelp. NSF gir ikke bare en hjelpende hånd. De bidrar også til å bygge opp økt selvspekt hos en yrkesgruppe som sliter under ekstreme forhold.

NSF har konsentrert seg om få, men effektive prosjekter. Poenget er å etablere nasjonale organisasjoner som kan hjelpe sykepleiere der til å ivareta egne interesser. Det er en direkte og moderne måte å hjelpe på.

Om NSFs bistand står i forhold til den enorme nøden som finnes der ute, og de enorme ressursene NSF rår over, er selvfølgelig et åpent spørsmål. Det er ingen grunn til å bli kjepphøy over at sykepleierne i Norge bruker ca 1 prosent av sitt budsjett på å hjelpe verdens fattigste. Det kunne godt vært mer. Vårt inntrykk er likevel at penger alene aldri vil få Afrika opp av sumpen. Vel så viktig er at sykepleiere forstår at bistand ikke er som et sirkustelt som vandrer fra sted til sted.

Bistand er vennskap som varer.

Barth Tholens (red.)



Rydder tid til dokumentasjon

Dårlig tid og stadige avbrytelser var det typiske scenarioet når sykepleierne satte seg ned med planlegging og dokumentasjonsarbeid.

En fast dokumentasjonstid ble løsningen.

Så god at den er verdt Smartprisen?

Det mener i hvert fall sykepleierne ved avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering, Haukeland universitetssykehus, som kom på ideen.

– Vi har gjort noen svært enkle, men smarte grep som vi håper vil heve kvaliteten på syke-

pleieplanene ved avdelingen, sier sykepleiefaglig ansvarlig Signy Wikne.

Nye krav

I august 2006 ble en fast, ukentlig dokumentasjonstid implementert som en del av arbeidsruti-

nene, på bakgrunn av økte krav til dokumentasjon og behov for planlegging.

– Arbeidsmåten for sykepleiere generelt har endret seg gjennom årene, fra gruppesykepleie der en sykepleier hadde oversikten over det meste, til dagens arbeidsform

med pasientansvarlig sykepleier for hver pasient, forklarer Wikne, og utdyper:

– Sykepleierne er tilgjengelige for pasientene gjennom hele døgnet. Planlegging og arbeid med sykepleieplan og individuell plan har blitt gjort på tradisjonell



HÅPER PÅ PRIS: Signy Wikne er sykepleiefaglig ansvarlig ved Haukeland Universitetssykehus.



DISKUSJON: Ukentlig faglunsj erstatter morgenrapport. Signy Wikne, Ann Elin Westerheim, Josefine Rosèn. Med ryggen til: Liv Tjorsaas, Christine Madsen.



KONSENTRASJON: Ann Elin Westerheim får egen tid til dokumentasjonsarbeid.

Kandidat 2:

Utarbeiding av ny turnus der det er satt av tid til dokumentasjonsarbeid.

Forslagsstillere: Signy Wikne, avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering, Haukeland universitetssykehus.

måte ved å bruke ledige stunder. Resultatet av dette er mange avbrytelser. Mye tid går med til å logge av og på, og gode tanke-rekker blir avbrutt av praktiske gjøremål som dukker opp. Dette er lite hensiktsmessig med tanke på dokumentasjonens kvalitet, og vi tror det er med på å stjele mye tid fra pasientene.

En time

Avdelingen driver spesialisert rehabilitering, og de fleste pasientene har behov for omfattende sykepleieplaner for å sikre riktig håndtering døgnet rundt. I tillegg starter arbeidet med individuell plan for mange av pasientene på avdelingen.

– Vi ønsket å få til en fast

dokumentasjonstid for alle pasientansvarlige sykepleiere. I første omgang er det lagt opp til en time i uken, men dette er planlagt utvidet dersom ordningen blir positivt evaluert, sier Wikne,

Vi har gjort noen svært enkle, men smarte grep som vi håper vil heve kvaliteten.

og legger til at det er viktig at bemanningen ellers kan ivareta oppgavene i avdelingen slik at dokumentasjonstiden blir reell.

Det ble derfor først utarbeidet en ny turnus, hvor sykepleierne har fått avsatt en time på slutten av dagen til arbeid med sykepleieplan.

– Dokumentasjonstiden er reservert for halve personalet i overlappingen mellom tidlig- og seinvakt. Slik sikrer vi tilstrekkelig bemanning i denne tiden ellers i avdelingen. For at kabalen skal

gå opp kommer halve personalet klokken syv og går til klokken tre som tidligere, mens den andre halvparten kommer og går en halv time senere.

Faglunsj

Wikne peker på at ordningen innebærer en overgang til stille

morgenrapport som en bi-effekt, som igjen gjør de elektroniske sykepleieplanene mer tilgjengelig for alle. Ved at ikke alle kommer samtidig sikrer man samtidig at en ledig pc er tilgjengelig for den enkelte i denne tiden.

– I vår nye turnus har vi dessuten lagt opp til ukentlig faglunsj for å kompensere for bortfall av morgenrapport. Vi vurderer det som viktig at også sykepleierpersonell i turnus har tid sammen for diskusjon og refleksjon. Slike samlinger ble tidligere ofte avbrutt og oppstykket av oppgaver i avdelingen. Ved å legge dette til lunsjen, som selvsagt er betalt, sikrer man at alle får sitte uten avbrytelser, sier hun.



“På fonusnet.no kunne vi i ro og mak gå gjennom spørsmål som følte viktige før begravelsen”

Fonusnet.no gir god veiledning og hjelp før og ved dødsfall.

Døgnet rundt • Hvor du enn er

www.fonusnet.no

FONUS
BEGRAVELSESBYRÅ



Av **Leena Honkavuo**
Doktorgradsstudent

Arbeid i tredelt turnus forårsaker at sovemønsteret aldri stabiliseres.

www.sykepleien.no

Les mer og finn litteraturhenvisninger på
www.sykepleien.no

Søkeord:
Søvn
Biologisk klokke
Arbeidsliv
Turnus

Morgenfugl eller

Det er et ledelsesansvar å ha grunnleggende kunnskaper om søvn og menneskets biologiske klokke.

Uthvilt og våkent helsepersonell fungerer effektivt og vekker til-lit hos pasienter, pårørende og medarbeidere. Samtidig er det et faktum at mennesker møter forskjellige stimuli til alle døgnetstider. Dette gjør at kroppens fysiologiske funksjoner formuleres og påvirkes kontinuerlig, for eksempel ved at kroppstemperaturen og kroppens hormonelle syklusvirksomhet stadig varieres (1). Den mest betydningsfulle påvirkning er lysets og mørkets variasjoner ved forskjellige døgn- og årstider. Menneskets biologiske klokke styres innenfra. Hvis den biologiske klokken begynner å gå feil, kan tiden justeres med konservative eller medikamentelle behandlingsmetoder (2,3,4).

Helsepersonell i tredelt turnus er en gruppe som er utsatt for døgnrytmeforstyrrelser. Normal tretthet blant unge mennesker i 15-30-årsalder forekommer ofte først ved 03-tiden om natten, til tross for at den unge har lagt seg for å sove flere timer tidligere. Eldre mennesker kan ha det motsatte problemet. Slike døgnrytme-forstyrrelser kan få både sosiale og samfunnsmessige konsekvenser. (5,6,7,8,9).

Helsepersonells sentrale oppgave er å formidle sin støtte til pasienter som lider av søvnforstyrrelser, men også å ta ansvar for sin egen helse.

Økt kunnskap

Hensikten med denne litteraturoversikten er å skape økt kunnskap om menneskets biologiske klokke, samt å skape en diskusjon om hvordan pasienter og helsepersonell bedre kan støttes i samband

med forstyrrelser i den biologiske klokken. Litteraturoversikten baseres i aktuell og for tematikken relevant forskningslitteratur.

A- og B-mennesker

De fleste mennesker kjenner noen som er typiske «morgenfugler» eller «nattugler» - individer som er morgen- eller kveldstrette. «Morgenfugler» eller A-gruppens mennesker våkner tidlig om morgnen og legger seg tidlig for å sove, mens «nattugler» eller B-gruppens mennesker driver med aktiviteter langt utover på natten (3,4,10). Forskningsstudier viser at forskjellige søvnrytmer blant mennesker som lever i parforhold kan utsettes for påkjenninger. De har mindre felles tid, snakker mindre med hverandre, har flere uavklarte konflikter og bruker mindre tid til seksuell aktivitet. Det samme kan konstateres om barnets biologiske klokke viser store variasjoner i forhold til foreldres døgnrytme (2,11,12).

Når klokken må justeres

Det er relativt vanlig at menneskets biologiske klokke går for fort eller for langsomt i forhold til gjennomsnittet. Forstyrrelser i den biologiske klokken forekommer ofte blant studenter som studerer på nattetid. Den biologiske klokken kan justeres ved hjelp av kortvarige sovemedisiner, små mengder av det endokrine hormonet melatonin og lysbehandling. Menneskets biologiske rytme er vanligvis 24,8 timer, men for eksempel blant deprimerte er den biologiske klokken innstilt på 22 timer og 45 minutter, hvilket betyr at deprimerte pasienter eldes

hurtigere enn ikke-deprimerte (5, 8,9,13,14).

Det er vanlig å begynne justeringen av den biologiske klokken med lysbehandling. På denne måten fortelles menneskekroppen at det fremdeles er dagtid. Unge mennesker trenger ofte sterkere og lengre lysbehandlingstid. Den biologiske rytmen kan stabiliseres innen noen få dager, men garantier for langvarig effekt finnes ikke (15). Med hjelp av medikamentell behandling, støttes pasientenes egen hormonelle syklusvirksomhet. Mengden av melatonin i blodet er høyest fra klokken 19 til 04. Melatonin gir kroppen signaler om at det er natt, senker kroppstemperaturen og bidrar til å senke generelt aktivitetsnivå (2,13,16). Mennesker i Norden sover kortere tid på våren og sommeren og kvaliteten på søvnen er i de lyse årstidene bedre enn på høsten og om vinteren. I de lyse vår- og sommertidene oppnås dype søvnfaser relativt raskt etter innsovning og nattlige våkenhetsperioder blir kortere. Forskere tror at mørke årstider kan påvirke at sekresjonen av melatonin er for høy blant enkelte individer, hvilket kan være årsaken til tretthet og nedsatt interesse for fysisk aktivitet. Å tilpasse seg til justeringen av sommer- og vintertider ser ut til å være vanskeligere på våren enn på høsten. På våren innstilles den biologiske klokken å gå raskere enn på høsten, ettersom Greenwich-tiden justeres til en time tidligere. Justeringen av Greenwich-tiden forårsaker vanskeligheter for mennesker verden over: ulykkene øker, livsrytmer hos barn forstyrres og dyr blir forvirret (3, 8, 13).

nattugle?



Illustrasjonsfoto: Colourbox.com

Vanskelig turnusarbeid

Turnusarbeid er utfordrende for mennesket og kan lede til flere helsemessige forstyrrelser. Nattarbeid oppleves av mange som slitsomt på grunn av tretthetsfølelsen under nattevakter. Flere nattarbeidere får ikke sove på dagtid når man burde sove og hvile seg for neste vakt. Å justere den biologiske klokken kan dermed være komplisert. Arbeid i tredelt turnus forårsaker at sove-mønstret aldri stabiliseres. Dette fører til at flere turnusarbeidere alltid føler seg trette. Langvarig mangel på søvn leder til kronisk tretthet. Uregelmessige sovetider på grunn av arbeidets karakter medfører konsekvenser for det sosiale livet (9,17,18). Hvis mennesker som arbeider i tredelt turnus prøver å ha mest mulig regelmessige vaner, for eksempel spisevaner, klarer de seg best, ifølge internasjonale forskningsstudier. Optimal tredelt turnus er planlagt slikt at individuelle og menneskelige faktorer betones. Ukentlige vaktvariasjoner burde minimaliseres eller fjernes, slik at det ikke er dag-, kveld- og nattevakter i løpet av samme uke. Flest mulig antall like vakter over en lengre periode er det beste for menneskets fysiske, psykiske og sosiale helse (6,7,15,19).

Problemer med tidssoner

Helsepersonell som transporterer syke pasienter verden over kjenner til hvordan hurtig flytting fra en tidssone til en annen føles i kroppen, når den egne biologiske klockens tid ikke stemmer med den lokale tiden. Menneskets kropp har vanskeligheter å tilpasse

seg til plutselige forandringer: Jo større tidsforskjellen er, desto mer kreves det av kroppen. Korte reiser påvirker ikke kroppen i samme grad som lengre reiser. Hvis det er mulig kan det være lurt å forholde seg til hjemlandets døgnvariasjoner i samband med korte reiser. Lengre reiser kan for enkelte individer medføre somatiske symptomer i form av hodepine, mavesmerter, pusteproblemer og nedsatt appetitt. Konsentrasjonsproblemer forekommer lettere og reaksjonshastigheten forlenges. Det er dermed begrunnet ved lengre reiser å forsøke å tilpasse seg snarest til destinasjonslandets døgn tid. Forskningsstudier viser at kroppen trenger lengre tid til å tilpasse seg til lokal tid når forflyttingen mellom tidssoner er mot vest enn mot øst (5,17,18,19).

Trivsel viktig

Hensikten med denne artikkelen har vært å skape økt kunnskap om menneskets biologiske rytmer og vekke diskusjon om pasienters og helsepersonells behov av støtte i samband med justeringen av den biologiske klokken. Ledere på forskjellige nivåer innen helseadministrasjon burde være oppmerksomme på problemet. Majoriteten av helsepersonell arbeider i tredelt turnus, og mulighet for å ønske sin egen turnus vil være til hjelp for mange. Slike tiltak er nødvendige ved optimalisering av pasientsikkerheten og kvalitet på ulike helsetjenester. Helsepersonells helhetlige trivsel og velbefinnende bør forstås som det viktigste momentet ved styring av helseorganisasjoner.

LITTERATURLISTE

1. Härmä M, Sallinen M. Univaje terveysriskinä. *Duodecim* 2000; 116 (20): 2267-2273.
2. Davis FC, Heller HC, Frank MG. Ontogeny of sleep and circadian rhythms. In: Turek FC, Zee PC (eds). 1999. Regulation of sleep and circadian rhythms. Marcel Dekker Inc., New York.
3. Härmä M, Ilmarinen J. Towards the 24-hour society – New approaches for aging shift workers? *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health* 1999; 25 (6): 610-615.
4. Partonen T. Sisäiset kellot. *Duodecim* 2004; 120 (22): 2663-2669.
5. Bjorvatn B, Holsten F. Lysbehandling ved jet lag, nattarbeid og søvnlidelser. *Tidsskr Nor Lægefor* 1997; 117: 2489-2492.
6. Lac G, Chamoux A. Biological and psychological responses to two rapid shiftwork schedules. *Ergonomics* 2004; 47 (12): 1339-1349.
7. Léger D, Guilleminault C, Bader G, Lévy E, Paillard M. Medical and socio-professional impact of insomnia. *Sleep* 2002; 25: 625-629.
8. Sivertsen B, Orvik S, Pallesen S, Nordhus IH, Bjorvatn B. Søvn lidelser hos eldre som bruker sovemiddel hver kveld. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2004; 124: 2600-2602.
9. Åkerstedt T. Sömn som återhämtning efter stress. *Läkartidningen* 2004; 101 (17): 1501-1505.
10. Zee PC, Turek FW. Introduction to sleep and circadian rhythms. In: Turek FW, Zee PC (eds). 1999. Regulation of sleep and circadian rhythms. Marcel Dekker Inc., New York.
11. Anders TF, Sadeh A, Appareddy V. Normal sleep in neonates and children. In: Ferber R, Kryger M (eds). 1995. Principles and practice of sleep medicine in the child. WB Saunders Company, Philadelphia.
12. Boyle J, Cropley M. Children's sleep: problems and solutions. *J Fam Health Care* 2004; 14 (3): 61-63.
13. Kayumov L, Zhdanova IV, Shapiro CM. Melatonin, sleep, and circadian rhythm disorders. *Semin Clin Neuropsychiatry* 2000; 5 (1): 44-55.
14. Spiegel K, Leproult R, van Cauter E. Impact of sleep depth on metabolic and endocrine function. *Lancet* 1999; 358: 1435-1439.
15. Leppämäki S, Partonen T, Lönnqvist J. Bright-light exposure combined with physical exercise elevates mood. *Journal of Affective Disorders* 2002; 72 (2): 139-144.
16. Leppämäki S, Partonen T, Piironen P, Haukka J, Lönnqvist J. Timed bright-light exposure and complaints related to shift work among women. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health* 2003; 29 (1): 22-26.
17. Sallinen M, Härmä M, Mutanen P, Ranta R, Virkkala J, Müller K. Sleep-wake rhythm in an irregular shift system. *Journal of Sleep Research* 2003; 12 (2): 103-112.
18. Åkerstedt T, Knutsson A, Westerholm P, Theorell T, Alfredsson L, Kecklund G. Sleep disturbances, work stress and work hours. A cross-sectional study. *J Psychosom Res* 2002; 53: 741-748.
19. Sack RL. Shift work and jet lag. In: Lee-Chiong TL, Sateia MJ, Carskadon MA (eds). 2002. Sleep medicine. Hanley & Belfus Inc., Philadelphia.



Oddveig Reiersdal (f.v.), Elin S. Helland og Hilde Pettersen Breland
Intensivsykepleiere,
Intensivavdelingen ved Sørlandet sykehus

Sykepleiere bruker ikke smerteskala

Sykepleiere bruker ikke smerteskala for å finne ut hvordan pasienten oppfatter egne smerter. Det er funnet i en ny undersøkelse.

JCAHOs anbefalte standarder:

JCAHOs (Joint Commission on Accreditation Hospitals Organisations) anbefalte standarder for vurdering og behandling av smerte i sykehus:

1. Erkjenn pasientens rett til tilfredsstillende vurdering og behandling av smerte
2. Vurdér tilstedeværelse av smerte og, hvis så, smertens type og intensitet hos alle pasienter
3. Dokumentér resultatene av vurderingen på en enkel og systematisk måte som innebærer regelmessig revurdering og oppfølging.
4. Kartlegg og forsikre deg om de ansattes kompetanse i smertevurdering og -behandling, og sørg for at smertevurdering og behandling inngår i opplæring av alle nyansatte.
5. Etablér rutiner og prosedyrer som støtter en tilfredsstillende foreskriving eller ordinasjon av effektive legemidler mot smerte.
6. Undervis pasienter og deres pårørende i effektiv smertebehandling.
7. Sørg for at pasientenes behov for smertebehandling inneholder en plan for smertekontroll ved utskrivelse.

www.sykepleien.no

Les mer og finn litteraturhenvisninger på
www.sykepleien.no

Søkeord:

Anestesi/intensiv
Smerte

Underbehandling av smerte er et problem i dagens helsevesen (1,2,3). Smerteforskere mener at en stor del av årsaken til at pasientene ikke får den hjelp de har rett på, er manglende kompetanse hos helsepersonell. I tillegg spiller systemet en rolle i form av dårlig organisering og manglende rutiner og standarder for smertebehandling (1).

Vi var tre studenter i videreutdanning i intensivsykepleie som ønsket å undersøke dette nærmere. Vi valgte å undersøke intensivsykepleieres kompetanse i forhold til multimodal postoperativ smertebehandling. Vi foretok en kvantitativ undersøkelse og 58 spørreskjema ble sendt ut, både til sykepleiere og intensivsykepleiere ved en intensiv/postoperativ avdeling ved et middels stort sykehus i Norge. 46 svarte, det vil si en svarprosent på 83 prosent. Dataprogrammet SPSS ble brukt i databehandlingen.

Multimodal postoperativ smertebehandling

De siste års utvikling innen postoperativ smertebehandling har dreiet fra «konvensjonell smertebehandling» som er intramuskulær og/eller intravenøs injeksjoner ved behov til «multimodal smertebehandling».

Multimodal smertebehandling er et behandlingskonsept bestående av infusjon intravenøst eller epiduralt med mulighet for ekstra bolusdoser gitt av pasienten selv eller av sykepleier, og i kom-

binasjon med perifertvirkende analgetika som paracetamol og NSAIDs (Non Steroid Inflammatory Drugs). Behandlingen omfatter også kontinuerlig vurdering av pasientens smerter og effekt av behandlingen (4,5,6).

Akseptabelt nivå?

Intensivsykepleierens kompetanse må være på høyde med et akseptabelt nivå. Hva som er et akseptabelt nivå, kan være vanskelig å definere, men vi valgte å ta utgangspunkt i internasjonale standarder som er anbefalt av «Pain Assessment and Management Standards for Hospitals - JCAHO Requirement 2001», og av retningslinjer utarbeidet på bakgrunn av disse (4,7,8,9). Intensivsykepleieren bør kjenne til og bruke disse retningslinjer i sitt daglige arbeid. (Se faktaboks)

Å følge disse retningslinjene krever kompetente sykepleiere, tilgjengelige retningslinjer, utstyr og smertevurderingsverktøy, dokumentasjonsskjemaer og administrativ støtte (10). Ifølge den anerkjente amerikanske smertespesialisten Margo McCaffery er det kun pasientens tallmessige selvrappport som er den eneste gyldige indikator på smerteintensitet. Oppførsel og vitale tegn bør ikke brukes i stedet for selvrappport (1,11,12). Til hjelp for å kunne registrere pasientens selvrappport systematisk og enkelt bør man da bruke smertebehandlingsverktøy som visuelle eller verbale smerteskalaer (1,11,12,13).

Potensielle bivirkninger til epidural- og opioid smertebehandling

Deltakerne i undersøkelsen ble bedt om å nevne alle kjente potensielle bivirkninger til epidural og intravenøs smertebehandling. Vi ble noe overrasket over at det var så få som nevnte de to mest fryktede bivirkninger/komplikasjoner med epidural, som er epiduralhematom og epiduralabscess (henholdsvis 11 prosent og 24 prosent). Selv om dette er noe som opptrer svært sjeldent, er det viktig at intensivsykepleiere har kunnskap om hva de skal observere for å oppdage en komplikasjon som kan gi så alvorlige konsekvenser for pasienten som varige lammelser.

Forskning viser at den største bivirkningen til epidural er manglende effekt av behandlingen (6,2 prosent), i tillegg til blodtrykksfall/svimmelhet (6 prosent) (5). I vår undersøkelse var det kun 7 prosent av respondentene som oppgav «manglende utbredelse/minus effekt». Hvis intensivsykepleieren har kunnskaper om at manglende effekt er like viktig å sjekke som for eksempel blodtrykket, kan det bidra til at pasienten får en enda bedre oppfølging av sin epidurale smertebehandling. (Se tabell 1)

Når det gjelder bivirkninger til opioidbehandling, kan det se ut som at respondentene hadde relativt gode kunnskaper om opioiders potensielle bivirkninger (se tabell 2).

Det er kun 9 prosent som har

BRUKES IKKE: Bare et fåtall av intensivsykepleierne bruker VAS-skalaen systematisk for å vurdere hvor vondt pasienten har.

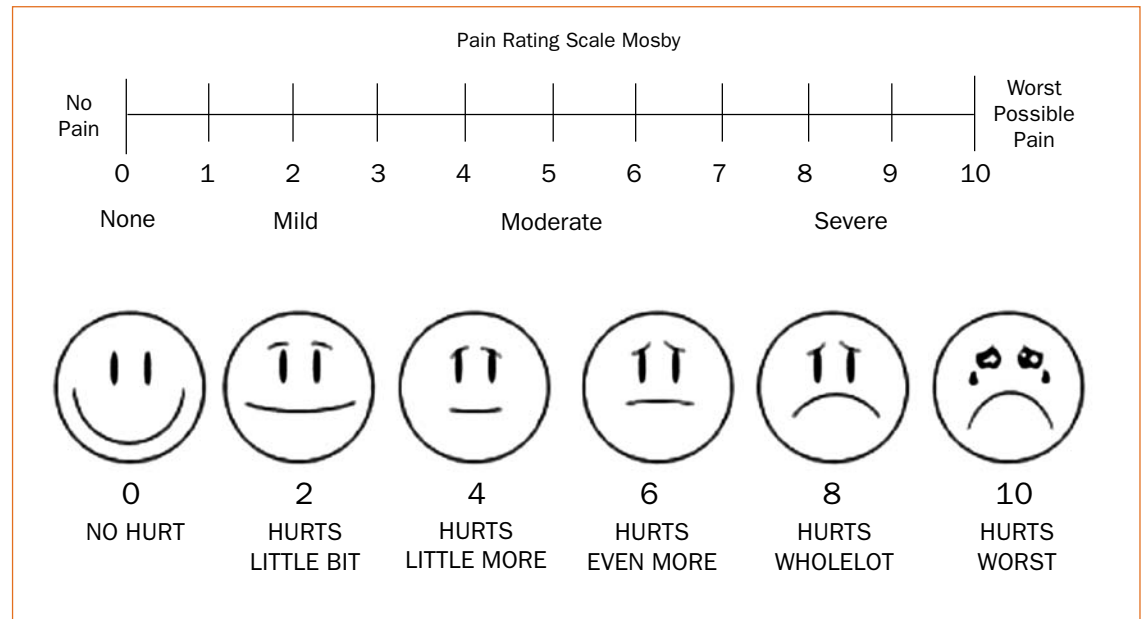
svart «tilvenning/avhengighet» som en potensiell bivirkning til opioid smertebehandling. Dette kan tolkes som negativt ved at det viser dårlige kunnskaper hos sykepleierne - eller det kan tolkes positivt ved å si at sykepleierne ikke har så sterkt fokus på dette i en postoperativ fase. McCaffery sier at redsel for avhengighet er en av hindringene hos mange sykepleiere for å gi pasienten god smertebehandling (11,12).

Epiduralbehandling

På spørsmål om hvor ofte sykepleierne registrerer epiduralens effekt og bivirkninger, sprikte svarene en del. Retningslinjer for observasjon og dokumentasjon av epidural smertebehandling anbefaler kontroll av alle parametre hver 2. time de første 6 timer (på en post operativ avdeling) og hver 4. time etter det (4,14). 54 prosent har svart at de sjekker hver vakt, mens 25 prosent har svart at de sjekker hver 4. time. Ifølge anerkjente retningslinjer er dette ikke godt nok (4).

Perifertvirkende analgetika

Så mange som 75 prosent av de som var med i undersøkelsen har svart at de foreslår perifertvirkende analgetica som «fast grunnsmøring» for legen



«alltid»/«ofte». Dette tyder på at sykepleierne har gode kunnskaper om viktigheten av perifertvirkende analgetica i kombinasjon med epidural og/eller opioider som en multimodal smertebehandling.

Bruker sjelden VAS

På spørsmål om hva sykepleierne gjør for å sjekke effekten av det de gir, svarer samtlige at de spør pasienten. Sykepleierne viser her at det er hva pasienten sier som har betydning for vurdering av effekten. Men kun 10 prosent oppgir at de bruker VAS-skala «som oftest» for å sjekke effekten av gitt smertebehandling. 23 prosent sier «av og til < . 67

prosent svarer at de «sjelden» eller «aldri» bruker VAS-skala i det daglige arbeid. (Se tamell 3) Siden det kun er pasientens tallmessige selvrappport som er den eneste gyldige indikator på smerteintensitet, burde det være en selvfølge at dagens sykepleiere gjorde seg bruk av VAS-skala i sitt daglige arbeid (1,11,12).

I JCAHOs anbefalinger for smertebehandling i sykehus heter det «standard for vurdering og behandling av smerte»(7). Vurdering av pasientens smerter er like viktig som selve smertebehandlingen. Etter vår mening burde alle intensivsykepleiere og sykepleiere bruke VAS-skala, da dette er i tråd med anbefalte retningslinjer

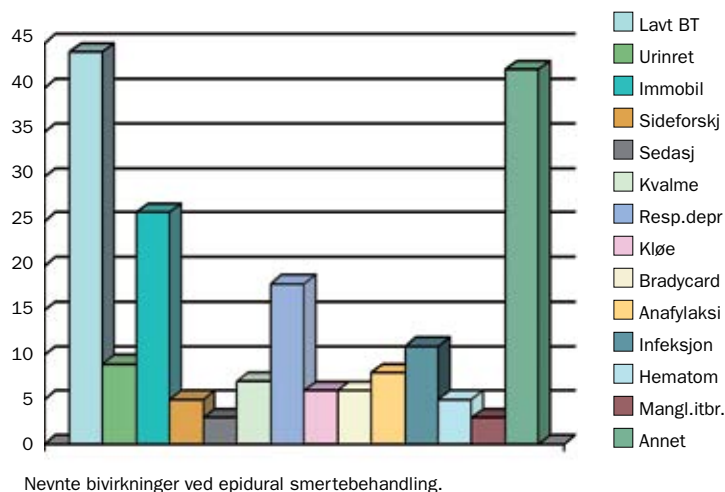
for smertebehandling. Smertebehandlingen basert på den enkelte sykepleiers evne til å tolke og forstå pasienten, kan bli for avhengig av den enkelte sykepleiers personlige kompetanse

Vi synes det er positivt at ingen har oppgitt «manglende tid» som eneårsak til at de ikke bruker VAS-skala. Men svært mange (78 prosent) har oppgitt «ikke rutine på avdelingen» som hovedårsak eller delårsak til at ikke de bruker smertescore. Dette sier noe om hvor sterke føringer ledelsen legger og hvilke muligheter de har.

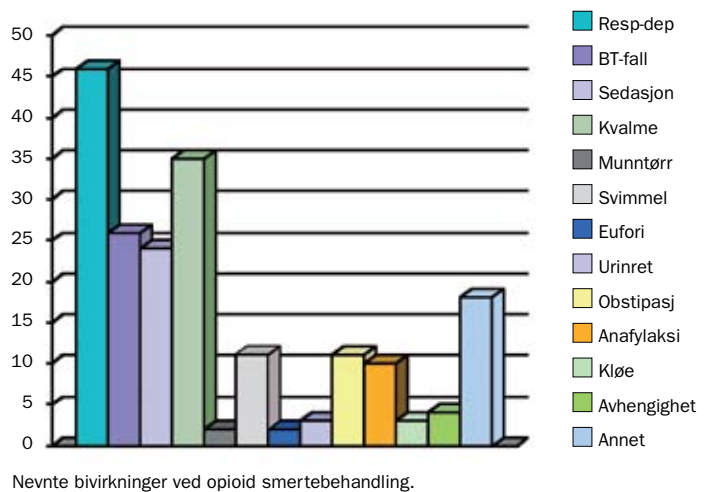
Bruker ikke internett

Når det gjelder sykepleiernes vurdering av egne kunnskaper innen

Tabell 1



Tabell 2



moderne postoperativ smertebehandling var det 13 prosent av respondentene som svarte at de hadde «svært gode» kunnskaper og 79 prosent som sa «ganske bra». 8 prosent har svart at de vurderer egne kunnskaper som «dårlige». En lignende undersøkelse av Skauge et. al oppga 32 prosent av sykepleierne sin kunnskap/kompetanse som svært/ganske bra, 38 prosent bra og 30 prosent som ganske/svært dårlig (15).

Undersøkelsen vår sa også noe om hvordan den enkelte sykepleier holder seg faglig oppdatert. Av 46 spurte var det kun 6 sykepleiere som svarte at de brukte internett for å tilegne seg siste og nyeste kunnskaper. 5 svarte at de oppdaterer seg i liten grad. 41 av sykepleierne svarte at de oppdaterer seg via avdelingens leger, og 37 sier at de lærer av andre sykepleiere på avdelingen (16).

Smerte som det 5. vitale tegn

Den enkelte sykepleiers kompetanse innen moderne postoperativ

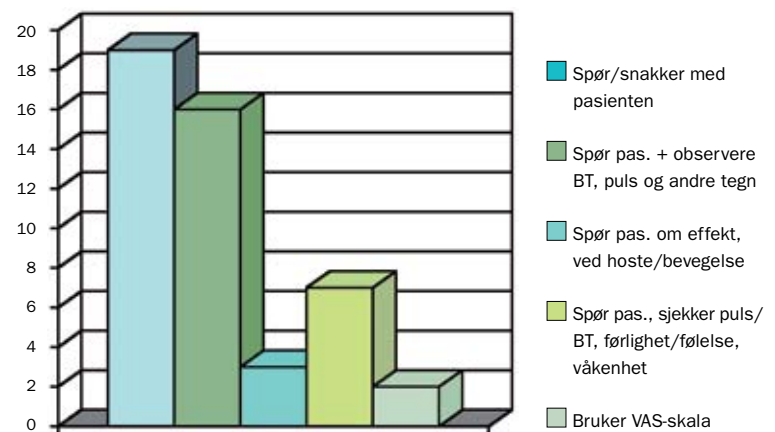
smertebehandling påvirker kvaliteten på den smertebehandling som pasienten opplever å få. En adekvat smertebehandling krever at den enkelte sykepleier holder seg faglig oppdatert og tar ansvar for sitt behov for etterutdanning. Å skulle tilegne seg ny kunnskap, nye behandlingsmetoder, standarder og retningslinjer er ikke alltid like lett å få gjennomført for den enkelte, i en travelt hverdag. Dette ansvaret ligger ifølge lovverket også hos organisasjonsledelsen (17). Pkt 4 i JCAHOs anbefalte standarder for smertebehandling i sykehus er adressert til ledelsen: «Kartlegg og forsikre deg om de ansattes kompetanse i smertevurdering og behandling, og sørg for at smertevurdering og behandling inngår i opplæring av alle nyanstatter» (7).

Innføring av de gjeldende retningslinjer medfører opplæring av sykepleiepersonellet og legene. Vi mener at systematisk vurdering og registrering av pasientens smerter bør innføres som

standard på intensiv- og postoperativ avdelinger. Det forutsetter dokumentasjonsskjema med rubrikk for systematisk registrering av pasientens smerte og effekt av gitt smertebehandling. Vurdering og dokumentasjon bør gjøres på linje med de vitale tegn

som blodtrykk, puls, respirasjon og temperatur. Hvorfor ikke la smerte bli pasientens 5. vitale tegn? I California ble dette innført ved lov i 2001 (18).

Tabell 3



Hvordan sjekker sykepleierne effekten av det de gir?

LITTERATUR

- McCaffery M, Pasero C. Pain Clinical manual. Second Edition. St. Louis, Missouri: Mosby Inc., 1999
- Hurst K. Relief for patients in pain. [Online]. Web-adresse: <http://www.nurse.com/NurseContent/Community/NurseCommentary/Pain.htm> [28.01.05]
- Brennan F, Cousins MJ. Pain Relief: a Human Right. Pain 2004;114: 1-4.
- Rotbøll P. Postoperativ smertebehandling. HS Rigshospitalet, København. [Online]. Web-adresse: [http://www.an-rh.dk/smerte/Postoperativ smertebehandling vers.1.pdf](http://www.an-rh.dk/smerte/Postoperativ%20smertebehandling%20vers.1.pdf) [21.01.05]
- Flisberg, P, et.al. Pain relief and safety after major surgery. A prospective study of epidural and intravenous analgesia in 2696 patients. Acta Anesthesiologica Scandinavica 2003; 47: 457-465.
- City of hope - Pain management. Balanced Analgesi of Multimodal Therapi. September 2001. [Online]. Web-adresse: [http://www.cityofhope.org/prc/pdf/Balanced prosent20Analgesia prosent20or prosent20Multimodal prosent20Therapy.pdf](http://www.cityofhope.org/prc/pdf/Balanced%20Analgesia%20prosent20or%20prosent20Multimodal%20Therapy.pdf) [20.01.05]
- Joint Commission Resources Requirement. Pain Assessment and Management Standards-Hospital. [Online]. Web-adresse: <http://www.jcinc.com/subscribers/printview.asp?durki=3243> [16.02.05]
- Svenska Läkaresällskapet. Behandling av postoperativ smärta. Riktlinjer og kvalitetsindikatorer, 2001.[Online]. Web-adresse: <http://www2.svl.se/cs-media/xyz/000002463.pdf> [07.02.05]
- Den Norske Lægeforening. Retningslinjer for smertebehandling i Norge. [Online]. Web-adresse: <http://www.legeforeningen.no/utskrift.gan?id=43266&subid=0> [06.02.05]
- Dahl J. «New JCAHO Pain Standards Are Approved». APS American Pain Society. . [Online]. Web-adresse: www.ampainsoc.org [21.01.05]
- McCaffery M, Beebe A. Smerter. Lærebok for helsepersonell. Oslo: ad Notam Gyldendal AS, 1996.
- McCaffery M, Ferrell, Betty R. Opioids and pain management. What do nurses know? Nursing, mars 1999
- Stanik, Julie A. Pain management in the critically ill. [Online]. Web-adresse: http://ccn.aacnjournals.org/cgi/content/full/23/2/99?maxtoshow=&HITS=10&hits=10&RESULTFORMAT=&fulltext=pain+management&se archid=1106926192313_344&stored_search=&FIRSTINDEX=0&sortspec=relevance&journalcode=ccn [28.01.05]
- Rikshospitalet Universitetsklinikk HF. Retningslinjer for epidural analgesi etter operasjon. Anestesiavdelingen, smerteseksjonen. 28.08.01
- Skauge M, Borchgrevink P, Kåsa S. Vurdering av egen kunnskap og kompetanse om behandling av smerter. Tidsskr Nor Lægefor 1998; 118: 536-540.
- Stubberud D. Rett person på rett plass. [Online].Web-adresse: <http://www.sykepleien.no/View/ViewPage.asp?Type=I&URL=\artikler\2000\20a03\art...> [09.01.04]
- Lov om spesialisthelsetjenestene. [Online]. Web-adresse: <http://www.lovdatab.no/all/ni-19990702-061.html> [08.02.05]
- McCaffery M, Pasero C. A Nurs's Guide to pain Management. Quality continuing education provided by the publisher of NurseWeek. Revised 2003 99?maxtoshow=&HITS=10&hits=10&RESULTFORMAT=&fulltext=pain+management&se archid=1106926192313_344&stored_search=&FIRSTINDEX=0&sortspec=relevance&journalcode=ccn



Finn din faggruppe:

Akutt

NSFs Landsgruppe av Sykepleiere i Akuttmottak, AMK og Ambulansetjeneste:
Ulrika Eriksson, Klinikk for anestesi og akuttmedisin, St Olavs Hospital, 7006 TRONDHEIM
Tlf. privat: 934 20 760. Tlf. jobb: 73 86 90 92/
913 88 601 E-post: ulrika.eriksson@stolav.no

Anestesi

Anestesisykepleiernes landsgruppe av NSF:
Anne Marie Gran Bruun, Aker gård, 3170 SEM
Tlf. privat: 33 33 23 87 og 905 32 387
Tlf. jobb: 33 03 12 89 E-post: annemarie.bruun@c2i.net

Astma, eksem og allergi

NSF faggruppe innen allergi, eksem og lungesykdom hos barn og unge:
Sølvi Heimestøl, Barnepoliklinikken/Lærings- og mestringssenteret, Postboks 2170, 5504 HAUGESUND.
Tlf. privat: 53 74 06 73 og 996 29 365.
Tlf. jobb: 52 73 23 50 og 52 73 28 80
E-post: solvi.heimestol@helse-sona.no

Barn

Barnesykepleierforbundet NSF:
Anne-Berthe Bjerknes, Fossåsveien 24, 3132 HUSØYSUND. Tlf. privat: 33 38 62 07 og 452 30 511. Tlf. jobb: 33 34 22 70 og 33 34 22 80. E-post: bfbjerkni@online.no

Bedriftssykepleie

NSFs landsgruppe av bedriftssykepleiere:
Kari Gaarder Osnes, Diakonhjemmets Sykehus, Vindern, 0319 OSLO.
Tlf.: 957 33 447
E-post: kari.g.osnes@diakonysyk.no

Diabetes

Faggruppe for Diabetessykepleiere, NSF/FFD:
Åse Rohde Paulsen, Hølleveien. 171, 4640 SØGNE.
Tlf. privat: 38 05 02 60 / 970 38 423
Tlf. jobb: 38 05 33 34.
E-post: aase.rohde.poulsen@sogn.kommune.no

Gastro

NSF Faggruppe av sykepleiere i gastroenterologi:
Elin Sæther, Langnesveien 51, 9016 TROMSØ.
Tlf. privat: 77 65 50 47 og 905 71 755.
Tlf. jobb: 76 62 83 85. E-post: elinsaether@yahoo.no

Geriatrici og demens

NSFs faggruppe for sykepleiere i geriatri og demens:
Anni Særnmo, Elveveien 17, 4823 NEDENES.
Tlf. privat: 37 09 49 15 og 920 48 264
Tlf. jobb: 37 25 64 19.
E-post: annikarlsen@hotmail.com og anni@nsfgeriatricidemens.no

Helsesøster

NSFs landsgruppe av helsesøstre:
Astrid Grydeland Ersvik, Postboks 272, 6501 KRISTIANSUND. Tlf. privat: 71 67 00 63/
988 53 496 Tlf. jobb: 71 58 63 60/66
E-post: astrid.grydeland@bluezone.no

Hud

NSFs Faggruppe for Sykepleiere i Dermatologi:
Aina Nygård, Munkvoldv. 57, 7021 TRONDHEIM.
Tlf. privat: 45 20 40 48 Tlf. jobb: 73 86 89 42
E-post: aina.nygard@stolav.no

Hygiene

NSF Faggruppe av Hygiene Sykepleiere:
Anne Dalheim, Senter for Smittevern Helse Bergen, 5021 BERGEN.
Tlf. privat: 98 60 97 37. Tlf. jobb: 55 97 54 04
E-post: anne.dalheim@helse.bergen.no

IKT og dokumentasjon

Sykepleiernes forum for IKT og dokumentasjon NSF ID:
Mari S. Berge, Fløenbakken 86, 5009 BERGEN.
Tlf. privat: 55 31 83 11 og 907 52 646
E-post: ms.berge@online.no og mber@hib.no

Intensiv

NSFs landsgruppe av intensivsykepleiere NSF LIS:
Hildegunn Synnevåg, Ortuflaten 68 5143 FYLLINGSDALEN.
Tlf. privat: 55 16 66 54 og 926 37 123
E-post: hi-syn68@online.no og hildegunn.synnevaag@helse-bergen.no

Jordmor

Jordmorforbundet NSF:
Bente Dahl Spidsberg, Solvindveien 11, 3113 TØNSBERG.
Tlf. mobil: 906 26 991
E-post: bente.dahl.spidsberg@sykepleierforbundet.no

Kardiologi

NSFs landsgruppe av kardiologiske sykepleiere:
Marit Mørkved Larsen, Nils Bays vei 57C, 0855 OSLO.
Tlf. privat: 22 23 48 26 og 922 68 706
Tlf. jobb: 23 07 07 62 og 23 07 19 40
E-post: marit.morkved.larsen@rikshospitalet.no

Kreft

NSF Forum for kreftsykepleie: NSF FKS
Ingrid Lotsberg Norås, Heimtjenesta Klepp kommune, Postboks 25, 4358 KLEPPE.
Tlf.: 51 42 99 00 / 991 67 002
E-post: ingrid.lotsberg.noras@klepp.kommune.no

Ledere

NSFs landsgruppe av sykepleieleidere:
Linda Warelius, Dalsrudåsen 29, 3070 SANDE.
Tlf. privat: 33 77 69 56 og 911 40 759
E-post: lin-war@online.no

Lunge

NSFs faggruppe av lungesykepleiere:
Heidi Ø. Markussen, Falkangerv. 11, 5108 HORDVIK.
Tlf. privat: 55 19 02 62 og 982 00 177
Tlf. jobb: 55 97 35 49
E-post: heidi.markussen@helse-bergen.no

Nyre

NSFs faggruppe for nyresykepleiere:
Anne Rasmussen, Artillerivollen 19, 4616 KRISTIANSAND.
Tlf. privat: 38 02 59 28 og 977 39 740
Tlf. jobb: 38 07 37 60.
E-post: anne_v_rasmussen@yahoo.no

Operasjon

NSFs landsgruppe av operasjonssykepleiere:
Liv-Marie E. Loraas, Jomfrubråtveien 72 A, 1179 OSLO.
Tlf. privat: 22 28 29 83 og 988 87 626
E-post: nsflos@sykepleierforbundet.no

Ortopedi

Norsk Forening for Sykepleiere i Ortopedi – faggruppe i NSF:
Edel Bruun Bastøe, Notveien 7, 1655 SELLEBAKK.
Tlf. privat: 69 34 70 78 og 414 49 414
E-post: edebas@online.no

Psykiatrici

NSFs landsgruppe av psykiatriske sykepleiere:
Unn Elisabeth Hammervold, Bruvikveien 12d, 4017 STAVANGER. Tlf. privat: 51 58 96 36 og 90 93 67 40. Tlf. jobb: 51 53 04 70
E-post: unnhvold@online.no

Rehabilitering

NSF faggruppe av sykepleiere i Rehabilitering:
Monica Selven, Valhallveien 11, 1454 FAGERSTRAND.
Tlf. privat: 66 96 01 74 og 936 52 329.
Tlf. jobb: 66 96 95 75. E-post: monicas@bluezone.no

Revmatologi

NSFs faggruppe for sykepleiere innen revmatologi:
Bente Hamnes, Revmatismesykehuset AS, Margrethe Grundtvigsvei 6, 2609 LILLEHAMMER.
Tlf. privat: 928 32 549, Tlf. jobb: 61 27 95 00
E-post: Bente.Hamnes@revmatismesykehuset.no

Slag

NSFs landsgruppe i slagsykepleie:
Anne Evy Ødegard, Alvyntun 11, 1722 SARPSBORG.
Tlf. privat: 69 15 26 45. E-post: Ann-oed@spray.no

Stomi

NSFs faggruppe av sykepleiere i stomiomsorg SIS:
Ragne Gjestrum Larsen, Lillestien 2, 3267 LARVIK.
Tlf. privat: 957 94 808.
Tlf. jobb: 33 13 08 80. E-post: ragne@medicus.no

Sykepleieforskning

Norsk selskap for sykepleieforskning:
Inger Marie Flakstad, Sykehuset i Vestfold, Medisinsk klinikk, Postboks 2168 Postterminalen, 3103 TØNSBERG. Tlf. privat: 950 33 891,
Tlf. jobb: 33 34 20 00/dir. Dir:2847
E-post: inger.marie.flakstad@siv.no

Undervisning og fagutvikling

NSFs faggruppe for sykepleiere i undervisning, forskning og fagutvikling:
Sissel Tollefsen, Grendatunvegen 34, 5259 HJELLESTAD. Tlf. privat: 55 22 68 68 og 909 80 893. Tlf. jobb: 55 58 55 22
E-post: sissel.tollefsen@hib.no

Urologi

NSFs faggruppe av sykepleiere i urologi FSU:
Inger Johanne Stokkan, Nertrøa 31, 7089 HEIMDAL.
Tlf. privat: 72 84 51 04 og 452 05 090.
Tlf. jobb: 73 86 95 68
E-post: inger.stokkan@stolav.no

Veiledere

NSFs faggruppe for veiledere:
Frank Oterholt, Terneveien 23, 4876 GRIMSTAD.
Tlf. privat: 37 04 26 14 og 916 26 225
E-post: frank.oterholt@gktv.no

Videregående opplæring

NSFs faggruppe i videregående opplæring:
Bjørng Ranang, Fjellveien 49 E, 1410 KOLBOTN.
Tlf. privat: 66 80 05 08 og 917 06 192
Tlf. jobb: 22 04 31 39
E-post: bjorg.ranang@sykepleierforbundet.no

Øye

Faglig gruppe av øyesykepleiere NSF:
Astrid Thorstad, Engbrets vei 6 B, 0275 OSLO.
Tlf. privat: 22 50 65 74, Tlf. jobb: 22 45 37 65
E-post: Astrid.Thorstad@su.hio.no

Leder sentralt fagforum:

Målfrid Bogen, Geitastrandveien 14, 7300 ORKANGER
Tlf. privat: 413 06 313 og 72 48 63 39
E-post: malfrid.bogen@sykepleierforbundet.no



Av Kristin Kleveland
Stomisykepleier ved
Barne- og Ungdomsklinikken,
St. Olavs Hospital

Foreldre synes det er skjæmmende med en 5-6-åring som bæsjer i bukse.

www.sykepleien.no

Les mer og finn litteraturhenvisninger på
www.sykepleien.no

Søkeord:
Barn/ungdom
Ernæring

Alvorlige senvirkninger hos barn med forstopp

Barn som ikke får løst sitt avføringsproblem fortsetter ofte å ha alvorlige problemer med forstoppelse, og kan få betydelig redusert livskvalitet både i ungdommen og som voksne.

Funksjonell forstoppelse er den vanligste form for forstoppelse hos barn (1).

Tilstanden forekommer hyppig, og representerer som regel sammensatte problemstillinger hvor psykiske faktorer, forhold ved mat- og væskeinntak og foreldre forventninger ofte er av betydning.

Vellykket behandling betinger at organisk årsak kan utelukkes, en tidlig diagnose og et engasjert behandlingsteam (2,3). Behandlingen er flytende laxantia i miksturform, klyster, kostholdsveiledning, adferdsterapi og oppfølging (1,4). Behandlingen innebærer ofte et nært samarbeid mellom barn, foreldre og helsepersonell. Behandlingen er ofte langvarig og forutsetter et kvalifisert helsepersonell som kan følge barnet og foreldre over tid (1). Kronisk forstoppelse hos barn medfører betydelig redusert livskvalitet både hos barnet og dets foreldre (5). Vellykket initial behandling er viktig, ettersom barn som ikke får løst avføringsproblemet sitt, synes å fortsette å ha alvorlig problem med forstoppelse ut over puberteten og inn i voksenalder

Utbredelse

Funksjonell forstoppelse er årsak til 3 prosent av pediatrike polikliniske konsultasjoner og 25 prosent av konsultasjonene hos en pediatrik gastroenterolog (1,6,7). Forstoppelse kan berøre opp til 3 prosent av førskolebarn, mens utbredelsen er 1-2 prosent av skolebarn (6). Det kan se ut som det er mer vanlig hos gutter enn hos jenter (8). Vanligvis oppstår forstoppelsesproblematikken idet barnet begynner toalett-trening, eller når hun/han begynner på skolen (6,7). Urininkontinens kan også forekomme samtidig, fordi avføringsmassen presser på urinblæren. Urinveisinfeksjon sekundært til lekkasjen er også vanlig (7). Mindre enn 5 prosent av barna har en bakenforliggende organisk eller anatomisk årsak til sin forstoppelse. For eksempel er Hirschsprungs sykdom funnet hos mindre enn 1 prosent av barn med forstoppelse (1).

Hva er funksjonell forstoppelse?

Forstoppelse er et symptom, og ikke en sykdom (1,4). Diagnosen krever eksklusjon av eventuell bakenforliggende organisk og metabolsk årsak (2,3). Studier vi-

ser at det tar fra 1-5 år, eller lengre å få stilt diagnose (1). Barn under 10 år kan ha problemer med å forstå og forklare seg om sitt avføringsmønster og hvordan avføringen ser ut (2). Det kan være ulike oppfatninger rundt definisjonen på forstoppelse (1).

Definisjonen:

Avføring sjeldnere enn hvert 3. døgn betraktes som en forstoppelse, om pasienten samtidig har ubehag av sin tarm (9).

Typisk for et barn som er forstoppet, er at avføringen er hard, tørr og liten med varighet over 2 uker (1).

Forstoppelsen medfører ofte rumling i magen forbundet med smerte, eller retensjon av avføring med eller uten encoprese eller soiling, selv om avføringshyppigheten er mer enn 3 ganger per uke (1,6,7,9).

Soiling er definert som ufrivillig lekkasje av små mengder avføring, som flekker undertøy (7).

Encoprese er en frivilling eller ufrivillig tarmtømming over tid på et annet sted enn toalettet, etter fylte 4 år, uten organisk forklaring (7). Med funksjonell forstoppelse generelt menes forstoppelse

else

uten bakenforliggende organisk årsak/misdannelse eller medikamentbruk (1,6,7,9). Funksjonell forstoppelse er den vanligste formen for forstoppelse, som er årsak til at tarmpassasjen blir langsommere gjennom kolon og at defekasjonsrefleksen ikke utløses normalt. Man skiller mellom to typer forstoppelse, rektumobstipasjon og kolonobstipasjon. Det kan være vanskelig å skille disse to typene fra hverandre, og en kombinasjon kan forekomme (10). Funksjonell forstoppelse, også kjent som ikke organisk eller idiopatisk obstipasjon, er årsak til 90-95 prosent av alle avføringsproblemene hos barn (4).

Normalt avføringsmønster

Barn > 3 år har vanligvis en avføring om dagen (6). Dette er gjennomsnittet, og det er variasjoner som ikke nødvendigvis kalles for obstipasjon (6). Avføringsfrekvensen varierer fra tre ganger per dag til en gang hver tredje dag (6,7,9).

Årsaker til forstoppelse

De to mest vanlige årsakene til forstoppelse hos barn er tømningstvanger og at avføringen på

grunn av for lite væske blir uttørket i kolon (1). Et barn som opplever smertefull defekasjon av en stor, hard avføring, vil som oftest senere holde tilbake avføringen ved å kontrollere analsphincter og glutealmusklene. Opphopning av avføring i kolon oppstår ofte som et resultat av væskeabsorpsjon, og det blir større og hardere avføringer. Over tid vil rektum bli tilpasset store mengder med avføring, og trangten til defekasjon forminskes (1,6). Resultatet blir at anal-sphincter svekkes (1). En vond sirkel hvor store, harde

avføringer fører til mer smerte og ytterligere redsel hos barnet, fører til at barnet holder tilbake avføringen. Dermed fører det også til at barnet får vegring mot å gå på toalettet (1,6).

Diagnose

En riktig og tidlig diagnose er avgjørende for en vellykket behandling (1,2).

Anamnese er viktig

- Ved hvilken alder startet obstipasjon (viktig å utelukke Mb Hirschsprung)

- Blødning
- Encoprese
- Kostanamnese
- Familieanamnese (malabsorpsjonssykdommer i familie) (4)

Klinisk undersøkelse og status

- Full undersøkelse, ikke bare anamnese
- Høyde/vekt/percentilskjema (4)
- Inspeksjon av anogenitalområdet (hemorrhoider, fissurer, abscesser er sjelden hos barn) (1)
- Eksplorasjon/palpasjon av abdomen (4)



VIKTIG PROSESS: Forstoppelsesproblemer oppstår ofte i forbindelse med dotrening. Tidlig diagnose er da viktig. Alle illustrasjonsfoto: Colourbox.com

Tabell. Fiberinnhold i en del matvarer (15)

BRØD. RUNDSTYKKER	per 100 g	porsjonsvekt	per porsj.
grovbrød 100 % samm. 1 sk	8,4	40 g	3,4
fiberbakst, 1 skive	6,6	40 g	2,6
birkebeinerbrød, 1 skive	6,2	40 g	2,5
kneip, 1 skive	4,4	30 g	1,3
helkorn 20% samm. 1 skive	4,0	30 g	1,2
loff, 1 skive	3,6	25 g	0,9
rundstykker grove, 1 stk	4,6	50 g	2,3
rundstykker fine, 1 stk	2,9	40 g	1,2
KNEKKEBRØD, KJEKS			
knekkebrød, ekstra fiber	26,0	15	3,9
knekkebrød, rug, grovt 1	6,3	12	2,0
havreknekke	10,3	12	1,2
lyse frokostknekkebrød	6,0	13	0,8
skonokk, grov	9,0	12	1,1
havrekjeks	5,9	8	0,5
GRYN			
hvetekli	50,7	1 ss = 5 g	2,5
All-bran plus	29,0	1 dl = 15 g	4,3
All-bran regular	15,0	1 dl = 15 g	2,3
havregryn	15,0	1 dl = 40 g	6
frokostblanding	9-11	1 dl = 50 g	4,5-5,5
God morgen kornblanding		1 pk = 45 g	
TØRKET FRUKT OG NØTTER			
aprikos	21,6	1 stk = 5 g	1,1
svisker	14,5	1 stk = 8 g	1,2
fiken	12,4	1 stk = 20 g	2,5
rosiner	6,1	1 ss = 9 g	0,6
hassel nøtter	8,9	1 dl = 60 g	5,3
peanøtter, ristet og saltet	6,9	1 dl = 60 g	4,1
FRUKT			
pære, 1 stk	4,5	125	5,6
eple, 1 stk	2,5	105	2,6
fersken, 1 stk	2,1	150	3,15
plomme 1 stk	2,0	22	0,5
appelsin, 1 stk	1,9	105	2,0
banan, 1 stk	1,6	110	1,7
pære, hermetisk	1,5	1/2 = 45 g	0,7
fruktcocktail, hermetisk	0,9	1 dl = 110	1,0
GRØNNSAKER			
brokkoli	3,0	bukett: 45 g	1,35
gulrot	2,7	65	1,8
hodekål, kålrot	2,6	50	1,3
rosenkål	4,5	12	0,5
frossen gr. sakbl.	3,5-4,6	1 dl = 70 g	2,5-3,2
erter, bønner	6,0		
sukkererter, snittbønner	3,0		



Supplerende undersøkelser

- Laboratoriestatus
- Røntgen- oversikt abdomen
- Røntgen kolon
- Rektoskopi
- Koloskopi
- Anorektal manometri
- Defekografi m/videoregistrering
- Intestinal transit- tid (10)
- Elektromyografi (EMG) av analsphinkter (veldig sjelden) (4)

Best før 2 års alder

Generelt sett er behandling vanskeligere, jo lengre tid det tar før diagnosen blir stilt (2).

Studier i USA viser at det er viktig å behandle forstoppelse så tidlig som mulig, fordi barn under 2 år responderer bedre på behandling enn de over 2 år (2). En adekvat og vellykket behandling må planlegges for den enkelte pasient (4) og vil som regel innebære tiltak som:

- Klyster- og laxantiabruk
- Endring av kosthold
- Mer fysisk aktivitet
- Dotrening (endre adferdsmønster)

Behandlingsplanen bør inneholde opplæring av foreldre og barn, klystergivning, som ved siden av bruk av laxantia over lang tid, informasjon om obstipasjon (ofte langvarig problem over måneder til år), kostholdsveiledning, oppfølging og betoning av gunstig

effekt av fysisk aktivitet og dotrening er de viktigste elementer (1,2,4). Godkjente stomisykepleiere får under utdanningen en kompetanse som er velegnet til å behandle og følge opp slike barn og deres foreldre (11). Stomisykepleiers funksjon kan deles inn i fire hovedområder:

- Klinikk
- Undervisning, veiledning, rådgivning, informasjon
- Fagutvikling, forskning
- Koordinering, administrasjon

Formålet med en slik stilling er at stomisykepleieren skal bidra til at pasienten i møte med en ny livssituasjon, ved egne og pårørendes ressurser skal oppnå optimalt nivå av:

- Mestring
- Egenomsorg
- Livskvalitet

Disse tre begrepene er viktige områder å ivareta hos et barn med funksjonell forstoppelse og deres foreldre. Ett av kvalifikasjonskravene hos stomisykepleieren er å ivareta, det vil si å gi støtte og veiledning til pasienter med avføringsproblematikk, inkontinens og obstipasjon (11). Funksjonell forstoppelse hos barn er som tidligere nevnt et langvarig problem som varer fra måneder til år. Barna og dets foreldre



En vond sirkel hvor store, harde avføringer fører til mer smerte og ytterligere redsel hos barnet, fører til at barnet holder tilbake avføringen.

trenger således oppfølging over lengre tid, og stomisykepleieren med sin faglige kunnskap bør her få en sentral rolle. Den didaktiske relasjonsmodell kan være et redskap i forhold til opplæring av barn og foreldre, for å komme til et felles mål. Modellen har vist seg nyttig for så vel pedagogisk refleksjon, som for praktisk-pedagogisk handling. Den fanger opp hvilke faktorer som bør stå sentralt i opplæringen (12,13, figur).

For eksempel er det viktig som modellen viser, at stomisykepleier vet hvilke læreforutsetninger barnet har. Hvor gammelt er barnet? Har det forutsetning for å forstå informasjonen?

Et annet viktig punkt som den didaktiske modellen sier noe om, er det å ha et mål med informasjon/opplæringa. Vurdering underveis er et annet viktig punkt. Rammefaktorer, det vil si et uforstyrret rom og tid nok til informasjon, er nødvendig for å lykkes med opplæring av barn og foreldre slik modellen viser. Stomisykepleier vil kunne legge til rette for en individuell oppfølging, og følge barnet både inneliggende og poliklinisk.

I praksis bør forslagsvis stomisykepleier følge barna tett i begynnelsen, og med lengre tidsintervaller mellom konsultasjonene etter hvert. Ved første gangs konsultasjon bør en sette av god tid for å gjøre seg godt kjent med barnet

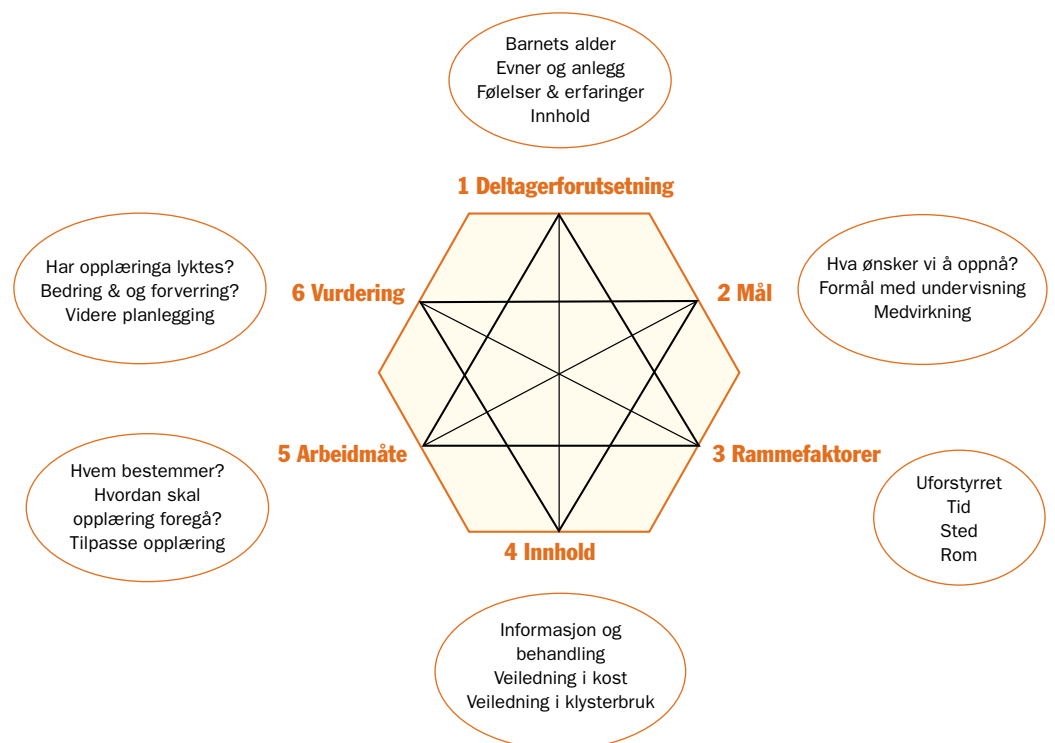
og foreldrene, og for å få en god plan på behandlingen. Tidsintervallene er to-tre uker mellom første og andre konsultasjon, deretter 1 måned, 3 måneder og etter 6 måneder. Hvor hyppig og hvor lenge barnet følges er naturligvis individuelt, alt etter hvor lang tid det tar før problemet blir løst. Det er selvfølgelig viktig at lege og stomisykepleier har et godt samarbeid, og at legen henviser

barnet til stomisykepleier etter at diagnosen er stilt. I enkelte vanskelige tilfeller hadde det vært ønskelig med et tverrfaglig team, bestående av lege, stomisykepleier, pleier på post, ernæringsfysiolog, fysioterapeut og psykolog.

Positivt fokus

I behandlingen er det viktig å bygge på styrke og ikke svakhet, slik at foreldrene ikke får dårlig

samvittighet og nederlagsfølelse. For eksempel er det mange foreldre som får dårlig samvittighet fordi de ikke har skjønnet at barnet er forstoppet. Tillitsforhold mellom helsepersonell og barn/foreldre kan lett brytes dersom barn/foreldre får følelsen av at de ikke har gjort nok for barnet sitt. De krav samfunnet stiller til det å være normal, kan kaste skygge over vårt daglige samvær med an-



Figur. Didaktisk relasjonsmodell (12)

Økt fiberinntak fører til mykere, løsere avføringsmasse.

dre mennesker. Foreldre synes det er skjellig med en 5-6-åring som bæsjer i buksa. Det blir da i behandlingen viktig å fokusere på positive ting som barnet mestrer, slik at det ikke mister selvtiliten (13).

Rundt skolealder er evnen til bevisst å søke etter, ordne og systematisere informasjon utviklet. De fleste barna har opparbeidet evnen til å fokusere oppmerksomheten rundt det de holder på med (8). Det blir da viktig å ta barnet med på opplæring/informasjonen. Mindre barn kan leke, mens man snakker med foreldrene.

Langvarig behandling

Det er viktig at foreldrene i starten får informasjon om varigheten av behandlingen, da den som før nevnt er langvarig og i gjennomsnitt varer fra 6 til 12 måneder. En unngår da å skape urealistiske forhåpninger om en rask behandling.

Behandlingen starter med klystergivning for å få tømme tarmen, samt per os laxantia som vedlikehold. I vår praksis har vi til nå hatt god erfaring med lactulose

som standard, eventuelt rensed parafin. Nylige rapporter, også i tråd med vår egne erfaringer, anfører også utmerkede resultater med polyetylen glykoler (14). Prinsippet består i å starte med lav dose, for så å øke dosen til effekt. Ofte må man gjennom en opp- og nedtrappingsperiode for å finne den rette dosen. Nedtrapping til vedlikeholdsdose må skje gradvis, og vedlikeholdsdosen bør gis daglig for å hindre residiv. Tømningen kan enten skje inneliggende eller poliklinisk. Kostveiledning og informasjon om rutiner, praktiske ting som riktige stillinger skjer også ved oppstartingen av behandlingen (1). Betydningen av at barnet får sitte uforstyrret uten masing på toalettet understrekes. Dersom belønningssystem innføres, må dette gradvis taes vekk, når forstoppelsesproblematikken er over (1).

Viktig fiber

Betydningen av fiberrikt kosthold bør understrekes. Barn med obstipasjon har vanligvis for lavt

inntak av fiber. Anbefalt daglig dose med fiber i gram for barn eldre enn 2 år er alder pluss 5 inntil 20 år: Alder + 5 = antall gram i fiber/døgn (1).

Økt fiberinntak fører til mykere, løsere avføringsmasse som går hurtigere gjennom tarmkanalen. Allsidig kosthold er viktig. Grovt brød, fersk frukt og grønnsaker er viktige fiberkilder (1). Fordi økt fiberinntak øker væske-retensjon i avføringen, som fører til mykere avføring, må også væskeinntaket økes (1). Brosjyrer som inneholder tabeller som viser fiberinnhold i en del matvarer kan her brukes som effektive verktøy for å øke foreldres kunnskap om fiberinnhold i ulike matvarer (Tabell) (15).

Kompleks tilstand

Funksjonell forstoppelse hos barn gir betydelig sykkelighet og påvirket livskvalitet hos barnet og dets foreldre (2). Ikke desto mindre tar det ofte lang tid før man stiller diagnosen (1). Nylige oppfølgingsstudier viser at

mange barn som ikke får løst sitt problem initialt, forsetter å ha alvorlig problem med forstoppelse ut over puberteten og inn i voksenalder (2,16). Tilstandens komplekse natur krever en ofte langvarig planmessig oppfølging og behandling av barnet og dets foreldre av kvalifisert helsepersonell (1,2). De avgjørende elementene i en slik behandling vil være initial bruk av klyster med påfølgende vedlikeholdsdosering av laxantia per os, opplæring og informasjon, kostveiledning og innarbeiding av rutiner (1). De viktigste ressurspersonene når det gjelder motivering i hverdagen og barnas evne til mestring, er støttende og motiverte foreldre. Det oppnås best når foreldre har fått god innsikt i tilstanden gjennom hensiktsmessig opplæring av kvalifisert helsepersonell. Stomisykepleier med sin bakgrunn, erfaring og krav til kvalifikasjoner vil kunne formidle en slik opplæring og behandling (11).

LITTERATUR:

1. Matson D, Tobias N, Lutkenhoff M, Stoops M, Ferguson D. The APN's guide to pediatric constipation Management. *The nurse Practitioner* 2004; 7 : 13-23.
2. Benninga MA. Children with constipation: What happens to them when they grow up?. *Scand J Gastroenterol* 2004; 39 : 23-36.
3. Fabbro MA, D'Agostina S, Romanini MV, Cracco A, Musi L, Pigato E., Constantini A. The pediatric bowel management clinic in children with severe chronic constipation. Personal experience. *Ped Med Chir (MedSurg)* 2001; 23 : 175-178.
4. Lindquist B. Constipation in children. *Pediatrics food allergy, gastroenterology and nutrition. The Mead Johnson Nutritional Journal of Pediatrics* 2001; 4: 2-6.
5. Youssef NN, Langseder AL, Verga BJ, Mones RL, Rosh JR. Chronic childhood constipation is associated with impaired quality of life: a case-controlled study.
6. Bell EA Wall GC. Pediatric constipation therapy using guidelines and polyethylene glycol 3350. *Ann Pharmacother* 2004; 38: 86-93
7. Lorenzo CD, Benninga MA. Pathophysiology of pediatric fecal incontinence. *Gastroenterology* 2004; 126: 33-40.
8. Grønseth R. *Pediatri og pediatrik sykepleie*. Bergen: Fagbokforlaget, 1998.
9. Öhlen K. Effekten av polyetylen glykol vid kronisk förstoppningotillräkligt utvärderad. *Läkartidningen* 2004 ; 34: 2568-2572.
10. Benninga Ma, Büller HA, Heymans HSA, Tytgat GNJ, Taminiou JAJM. Is encopresis always the result of constipation. *Archiv Dis Child* 1994; 71: 186-193.
11. Stange M. Funksjonsbeskrivelse for stomisykepleier. Rikshospitalet, Oslo, 1998.
12. Hiim H, Hippe E. En studiebok i didaktikk. Oslo. Universitetsforlaget. 1998.56-72.
13. Dalland O. Pedagogiske utfordringer. For helse- og sosialarbeidere. Oslo. Gyldendal Norske Forlag AS. 2001.57-155.
14. Dupont C, Leluyer B, Amar F, Kalach N, Benhamou PH, Mouterde O, Vannerom PY; and a Multicenter Group. A dose determination study of polyethylene glycol 4000 in constipated children : Factors influencing the maintenance dose. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2006; 42 (2):178-185
15. Spinalenheten. Fordøyelse og tarmfunksjoner ved ryggmarksbrokk. Helse Bergen. Haukeland Universitetssykehus. Hustrykkeriet HUS. 15 th september, 2004.
16. Lamers CBHW. 18th highlights in gastroenterology and hepatology. *Scand J Gastroenterol* 2004 (Suppl 241): 1-3.

STORE NORSKE LEKSIKON

Ny komplett utgave i 16 bind. I SALG NÅ!



Leser du én artikkel i Store Norske Leksikon hver dag, vil du om ett år vite 365 ting du ikke vet i dag. Det er en god vane, det!

Om 100 år er allting glemt sies det. Slik er det ikke med innholdet i leksikonet. I dag – om lag 100 år etter at det første konversasjonsleksikonet ble utgitt i Norge –, kan vi fremdeles glede oss over hvordan verden den gang ble dokumentert. Leksikonet er et utdrag av hva som er viktig i vår tid. Det opptar seg ikke med døgnfluer, men gir oss det som har gått eller kommer til å gå inn i historien.



Nå komplett!

Kun kr 390,- per mnd.

Alt dette får du:

- Fjerde utgave av STORE NORSKE LEKSIKON i 16 bind som er innbundet i sort skinn med toppsnitt i gullfolie. I tillegg er hvert bind smykket med et ikon på forsiden.
- Over 150.000 artikler og like mange oppslagsord gir over 300.000 oppslagmuligheter
- Du får med GRATIS tilgang til STORE NORSKE LEKSIKON på Internett i 3 år. Norges største kunnskapsbase på Internett oppdateres jevnlig.
- Bestiller du innen 14 dager får du også med NORSK-ENGELSK OG ENGELSK-NORSK STOR ORDBOK i 2 bind til en samlet verdi av kr 1794,-
- Du betaler kun kr 390,- per mnd. i rentefrie avbetalinger i 36 mnd (totalt kr 13.900,-)

Hurtigvarspremie!

Svar innen 14 dager og motta NORSK-ENGELSK OG ENGELSK-NORSK STOR ORDBOK i 2 bind til en samlet verdi av kr 1496,-



Bøkene inneholder til sammen 217.000 oppslagsord

BESTILLINGSKUPONG Bestill i dag – porto er betalt!

JA, takk jeg bestiller Aschehoug og Gyldendals **STORE NORSKE LEKSIKON** i sort skinninnbinding. Jeg får også med 3 års GRATIS tilgang til STORE NORSKE LEKSIKON på Internett, verdi kr 1.794,-

JA, jeg har bestilt innen 14 dager, og får NORSK-ENGELSK OG ENGELSK-NORSK STOR ORDBOK i hurtigvarspremie.

Jeg ønsker å betale slik:

Kr 390,- per mnd. i rentefri avbetaling (36 mnd.)

Alt på én regning (kr 13.900,-)

Navn: _____
Adresse: _____
Postnummer: _____ Poststed: _____
Fødselsdato: _____ Telefon: _____
Dato: _____ Signatur: _____

Bøkene sendes fraktfritt i to forsendelser over hele landet, og det er 14 dagers kostnadsfri returrett.

Adressaten betaler for sending i Norge

Distribueres av Posten Norge

Kunnskapsforlaget
Aschehoug og Gyldendal

KUNNSKAPSFORLAGET
SVARSENDING 2259
0091 OSLO



Av Kristin Myhre og Laila Hagen
begge høyskolelektorer ved Høgskolen i Østfold, avdeling for helse- og sosialfag, sykepleierutdanningen

Sykepleierutdanningen skal fremme flerkulturell forståelse.

En uke for mangfoldet

Det holder ikke lenger med chartertur til Syden når sykepleierstudentene i Østfold skal gjennomføre internasjonal uke.

Pasienter er mennesker med ulik bakgrunn, og det krever at studentene etter endt utdanning også har en kulturell kompetanse. For å møte denne utfordringen har vi ved sykepleierutdanningen ved Høgskolen i Østfold (HiØ) innført en selvstendig enhet i studieplanen som heter internasjonal uke. Kort beskrevet er uka bygget opp på to alternative måter. Studentene kan velge å reise på egenorganisert studietur eller følge internasjonal uke på skolen.

Klare føringer

Studenter ved vår skole har reist på studietur i snart 20 år. Det var tidligere vanlig at studentene dro på tur, ofte til «Syden» uten annet krav til innhold enn et studiebesøk ved en helseinstitusjon. Mange sykepleiere har gode minner fra studieturen, som felleskap med medstudenter, fremmede omgivelser og nye mennesker. Mange har hatt sterke opplevelser i møtet med et annerledes helsevesen. Vi ønsket derfor å beholde studieturen, men å tydeliggjøre mål og hensikt. I ICNs etiske regler for sykepleiere slås det fast at «sykepleie ytes uavhengig av alder, hudfarge, trosoppfatning, kultur, funksjonshemming eller sykdom, kjønn, nasjonalitet, politisk oppfatning, etnisk bakgrunn eller sosial status». Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere sier videre at «sykepleieren ivaretar den enkelte pasients integritet, herunder ret-

ten til en helhetlig omsorg, retten til å være medbesluttende og retten til ikke å bli krenket» (1). Dette er sterke og klare føringer for holdningsgrunnlaget og fagutøvelsen i sykepleie, og har vært styrende for mål og innhold i internasjonal uke.

Bidrag til utveksling

Sykepleierutdanningen skal fremme flerkulturell forståelse av helse og sykdom (2). En måte å bidra til å realisere noe av dette på er å gi studentene mulighet til å reise ut og oppholde seg i en annen kultur og gjøre seg egne erfaringer. Kvalitetsreformen av høyere utdanning fokuserer også på internasjonalisering (3). Vi ser på internasjonal uke som et viktig bidrag til å rekruttere studenter til utvekslingsprogrammene vi deltar i. På den måten bidrar uka til å nå mål i institusjonens strategiske planer. I internasjonal uke står derfor den tradisjonelle studieturen fortsatt sentralt.

Mange av våre studenter kommer fra regionen, bor i egen bolig og har familie med tilhørende forpliktelser. Dette gjør at mange ikke har sett seg i stand til å delta på egenfinansierte studieturer. Før innføring av internasjonal uke hadde disse studentene gjerne ekstravakter og studier av velkjente korridorer.

Planleggingsfasen

Høsten 2004 ble det opprettet en arbeidsgruppe som fikk i oppdrag

å utvikle et pedagogisk tilbud til de studentene som valgte å bli hjemme (4). Det var viktig å gjøre målene for uka tydelige, samtidig som de ikke ble bremsekloss for studentkreativiteten. Arbeidskravene knyttet til uka er å levere inn relevant litteratur av et gitt omfang. Videre kan studentene skrive et notat på bakgrunn av erfaringer de gjør seg. Dette kan studentene arbeide videre med i en senere blokk. Notatet blir da utgangspunkt for et mappebidrag som kan trekkes ut til eksamen. Slik sett er det direkte eksamensrelevant for studentene å jobbe med notatet.

Gjennom tre år i studiet skal studentene forberedes på å møte «virkeligheten», og det er fokus på empati og respekt for andre. Vi deler Joyce Travelbees oppfatning av at for å forstå og ha empati med andre vil det være verdifullt med egne erfaringer på området (5). Slik kan bevissthet om egen kulturell identitet hos den enkelte utvikles. Ett av hovedmålene for internasjonal uke er nettopp at studenten utvikler dette gjennom møte med andre (4).

Arbeidsgruppen ønsket å bruke lokalmiljøets ressurser for å nå målene. Fredrikstad kommunes flerkulturelle kontaktutvalg ble kontaktet. Dette er et lokalpolitisk organ med bred kontaktflate som har til mandat å sette søkelys på flerkulturelle spørsmål. Tanken var å finne frem til

www.sykepleien.no

Les mer og finn litteraturhenvisninger på www.sykepleien.no

Søkeord:

Sykepleiefag generelt
Internasjonal uke



UT PÅ TUR: Mange studenter reiser ut av landet under internasjonal uke i ved sykepleierutdanningen ved Høgskolen i Østfold. Illustrasjonsfoto: Bjørn Sigurdsøn/Scanpix

enkeltmennesker med flerkulturell bakgrunn som ville gjennomføre et personlig møte med studentene. Som Allen og Ogilvie (6) påpeker vil gjensidig nytte av hverandre, kjennskap til og kunnskap om hverandres ståsted bidra til å senke terskelen for å forholde seg til «annerledeshet.» Det er jo ikke slik at vi må reise ut av eget land for å lære av og om andre. I vårt nærmiljø er det mange ressurser. Verdifulle bidragsytere ble Veumalleen Asylmottak, Fredrikstad Internasjonale Skole og Flyktningeavdelingen. Gjennom et slikt samarbeid knyttes det tettere bånd mellom høgskolen og nærmiljøet som gir flere positive ringvirkninger.

Gjennomføring

Ved første gjennomføring av internasjonal uke valgte 70 studenter reisemål i Sverige, Polen, Tsjekkia, Romania, Egypt, Ungarn og Nord-Irland. 50 studenter gjennomførte internasjonal uke hjemme.

Internasjonal uke hjemme ble til et heldagsseminar med tittel: «Kulturelle møter i et helseperspektiv» og to påfølgende dager med personlige møter. Innledere på seminaret var personer vi kom i kontakt med gjennom samarbeidet med kontaktutvalget. De presenterte ulike perspektiver på helse og sykdom og ulike erfaringer med helsevesen i eget hjemland og i Norge. Her fikk studen-

tene blant annet høre: «Jeg har hørt uttalelser fra helsepersonell som «åh du vet, de er så pysete» – fordi pasienten har kommet rett til legen på grunn av høy feber. Det man ikke tenker på er at de kanskje kommer fra et land der malaria er utbredt og hvor man alltid har fått høre at når feberen stiger, må man straks kontakte lege for å få medisin.»(7).

Seminaret ble annonsert som åpent og gratis i lokalpressen

og på HIØs websider. Pressen var også invitert. Kommunen hadde på det aktuelle tidspunkt besøk fra vennskapsbyen Patzun i Guatemala. En av innlederne var sykepleierstudent i Guatemala og presenterte en annerledes måte å tenke om helse og sykepleie på ved bruk av naturmedisin.

På andres hjemmebane

Etter seminaret ble det arrangert personlige møter mellom studenter og flerkulturelle. Veumalleen Asylmottak og Fredrikstad Internasjonale Skole var arena for møtene. Den personlige erfaringen med å møte en fra en annen kultur vurderte vi som sentral for å nå målene. I et personlig møte på en fremmed arena fikk studentene erfaring med å være på andres

hjemmebane; å selv være «annerledes».

«Vi som sykepleierstudenter sitter etter dette møtet igjen med større bevissthet på hvor stor forskjell det kan være mellom vårt syn på andre kulturer og hvordan de igjen opplever oss».

Her er noen andre studentrefleksjoner:

«Vi ble veldig overrasket over at deres mest utbredte sykdommer var veldig like våre».

«Vi ble veldig overrasket over at deres mest utbredte sykdommer var veldig like våre».

Student ved HIØ

«Jeg har fått et mer tolerant syn på fremmedkulturelle, tror det vil bli lettere å se individet/personen bak de forskjellige klærne, hudfargen eller språket. Fått en følelse på kroppen av at her er jeg annerledes og ikke minst tørre å nærme meg det ukjente på en helt annen måte.»

Vi mener at målene for uka er oppnåelige i den utformingen som internasjonal uke har fått. Vi erfarte i etterkant at flere studenter tilkjennega holdningsendring i både ord og handling.

Ressursene som ble investert fra skolens side i utviklingen av det pedagogiske tilbudet var relativt små. En planleggingsgruppe med fire lærere stod for idedugnad og to lærere videreutviklet og gjennomførte uka i samarbeid med Fredrikstad

flerkulturelle kontaktutvalg. Alle involverte instanser evaluerte seminaret og de personlige møtene som verdifulle, og ønsker å videreføre samarbeidet med skolen. Studentevalueringene var overveiende positive.

Internasjonal uke har gitt læringsutbytte for skolens studenter, bidratt til å realisere mål i sykepleierutdanningens studieplan, høgskolens strategiske planer og gitt verdifulle erfaringer for samarbeidspartnerne.

LITTERATUR:

1. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, NSF- serien 2/ 01
2. http://www.odin.dep.no/filar-kiiv/215887/Rammeplan_sykepleierpl._23.juni_04_ny_.pdf
3. St.meld. nr. 27(2000 -2001)Gjør din plikt - Krev din rett. Kvalitetsreform av høyere utdanning
4. Studieplan for bachelor i sykepleie 2004- 2007, HIØ
5. Travelbee J. Mellommenneskelige forhold i sykepleie. Oslo: Universitetsforlaget, 1999.
6. Allen M, Ogilvie L. Internationalization of higher education: potentials and pitfalls for nursing education. International Nursing Review Jun2004; 51(2): p73.
7. <http://www.f-b.no/apps/pbcs.dll/article?AID=200561574399>

Marie Aakre om Helsetilsynets vurdering av åndelig omsorg i sykepleiepraksis

Leder, Rådet for sykepleieetikk, skriver hver måned i Sykepleien

Alder: 59 år

Fra: Trondheim

Utdannet sykepleierleder, -lærer og -veileder



Skal vi be med pasienten?

Rådet for sykepleieetikk mener Helsetilsynet er på etisk villspor når de kritiserer sykepleieren som ba sammen med en pasient på dødsleiet.

Pårørende til en døende kreftsyk kvinne sendte klage på sykepleiers atferd til kommunens ledelse. Bakgrunnen var flere episoder der sykepleieren samtalte, leste fra Bibelen og ba sammen med kvinnen. De pårørende mener dette medførte forsterket dødsangst hos kvinnen. De sier også at påkjenningene for familien ble sterkere etter dette. De betegner sykepleierens atferd som overgrep og etterlyser retningslinjer for hvordan helsepersonell skal oppføre seg. De forventer seg en uforbeholden unnskyldning fra de ansvarlige i kommunen. Klagen ble skrevet fem dager før kvinnen døde. Saken er besvart både av kommunen og av Helsetilsynet.

Dårlig rolleforståelse?

Sykepleieren er meget erfaren og har vært ansatt i kommunal helsetjeneste i mange år. Hun beskriver seg selv som bevisst og engasjert og får stadig gode tilbakemeldinger på sin praksis. I sin kommentar til saken beskriver hun sitt helhetssyn, og at hun strekker seg langt for å møte den sykes behov. Hun har selv en kristen tro og understreker at hun aldri har snakket med pasienter om Gud dersom de ikke selv har tatt initiativ til dette.

Kommunen gir i sin uttalelse i hovedsak støtte til sykepleierens atferd og mener den er forenlig med kommunens krav til kvalitet og gjeldende bestemmelser. Helsetilsynet konkluderer med at sykepleieren ikke har vært bevisst nok i sin forståelse av egen rolle og at hennes atferd var faglig forsvarlig, men ikke i samsvar med god praksis.

Ønsker debatt

Sykepleieren sender deretter saken til Rådet for sykepleieetikk. Vi finner Helsetilsynets konklusjon provoserende, og ønsker bred debatt om saken da den

berører både faglige og etiske sider av sykepleiepraksis.

Den åndelige, eksistensielle omsorgen er kanskje det mest sårbare og tilfeldige felt i helse-tjenesten. Denne type praksis kan ikke standardiseres, kvantifiseres eller lovbestemmes. Den må tufes på et omforent menneskesyn og utøves etter gode retningslinjer og moden dømmekraft.

Sykepleiens grunnlag

I Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (YER) heter det: *Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende ver-*

dighet. Sykepleie skal baseres på barmhjertighet, omsorg og respekt for grunnleggende menneskerettigheter.

Respekten for denne kvinnens liv og verdighet tilsier i praksis å komme henne i møte. Kvinnen hadde mye uro, og var trolig i en traumatisk og eksistensiell krise basert på alvorlige livstruende sykdom med kort sykehistorie. Det er naturlig å regne med at åndelige og eksistensielle spørsmål forsterkes. Både hun og familien var i sorg og i en endret livssituasjon med mye usikkerhet.

Sykepleie baseres på barmhjertighet, omsorg og respekt for grunnleggende menneskerettigheter. Det er en menneskerett å bli møtt på åndelige behov, ikke minst nær døden. Dette bør skje med samme krav til kartlegging, kompetanse og grundighet som på de fysiske og psykososiale områder.

Helhetlig sykepleie

I YER punkt 2 heter det: *Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients integritet, berunder retten til en helhetlig omsorg, retten til å være medbesluttende og retten til ikke å bli krenket.*

Helhetlig omsorg baseres på et helhetlig syn på mennesket. I denne saken kan det se ut til at Helsetilsynet baserer seg på en annen definisjon av helhet enn det som er vanlig for sykepleiere og annet helsepersonell. Helsetilsynet har ikke den åndelige dimensjon tydelig med i sin beskrivelse. De sier riktignok at hvis fysiske, psykiske og sosiale behov ivaretas kan det innebære



Arkivfoto: Lars-Erik Volden

Den åndelige, eksistensielle omsorgen er kanskje det mest sårbare og tilfeldig felt i helsetjenesten.



MÅNEDENS DILEMMA

Skal sykepleiere gi åndelig omsorg?

Send din mening til interaktivt@sykepleien.no, eller Sykepleien, boks 456 Sentrum, 0104 Oslo. Du kan også lese inn din reaksjon på telefon 22 04 33 65. Reaksjoner fra leserne trykkes i neste nummer.

at en legger til rette for pasientens ønsker og behov når det gjelder å ivareta eksistensielle spørsmål.

Helsetilsynets mener omsorgen må skje uavhengig av egen tro og religiøs overbevisning. Men vi tror ikke det er mulig å «legge seg selv til side» i en omsorgssituasjon. God helhetlig omsorg forutsetter tilstedeværelse på en empatisk og respektfull måte, der hjelperen har god selvinnsett på hva som er «mitt og ditt». Svært mange syke finner det dessuten vanskelig å ta opp åndelige spørsmål i en presset situasjon. Ingen ønsker å dele det dypeste i sitt liv med hvem som helst og velger seg gjerne en hovedfortrolig hvis det er mulig. Helsetilsynets kommentar angår mennesker med åndelige behov fra ulike religioner og livssyn. Både kristne, humanetikere, agnostikere, jøder, hinduer, muslimer, ateister har rett til å bli møtt på en helhetlig måte.

Overgrep å spørre?

Pasientens rett til å være medbestuttende handler om at den som skal hjelpe må forsøke å forstå den andres livsverden og behov. Hva er viktig for deg NÅ? Dette er etter vårt syn en av de mest krevende oppgaver i sykepleiepraksis og forutsetter moden lyttekompetanse, faglig trygghet og etisk dømmekraft.

Det er en sykepleiefaglig plikt å

kartlegge åndelige behov og iverksette tiltak også på dette området. Hvordan kan vi få tak i hva pasienten vil og har behov for hvis det er et overgrep å spørre?

Åndelige/eksistensielle spørsmål er både tabubelagt og privatisert i norsk kultur og helsevesen, og for de fleste noe av det mest sårbare å dele med andre. Noen pasienter etterspør denne hjelp tydelig og klart, særlig mennesker med et klart definert livssyn. «Åndelig smertelindring» er i særlig grad viktig der det er mye dødsangst og stort behov for å dele spørsmål om tro og tvil. Hva som kan lindre dødsangsten og gi god trøst må verbaliseres og tilpasses den enkelte.

Ble denne kvinnen krenket? Var dette et åndelig overgrep? Ble hun overtalt, manipulert, utnyttet, styrt av sykepleieren til å motta åndelig omsorg fordi sykepleieren var en kristen og hadde behov for å evangelisere? En særlig bevissthet på forvaltning av godhetsmakt er viktig, da det gode nærvær ikke er lett å avvise. Men det er også grunn til å spørre om det motsatte ville vært krenkende; at hun ikke hadde blitt møtt i sin tydelige uro, ikke fått samtalen, ordet, bønnene?

Hensynet til pasienten

I YER punkt 3 heter det *Sykepleieren viser respekt og om-*

sorg for pårørende. Og i punkt 3.2 heter det:

Dersom det oppstår interessekonflikt mellom pårørende og pasient, skal hensynet til pasienten prioriteres.

Respekt for pårørende handler om åpen samhandling. Hvordan hadde de pårørende det i en vanskelig og kaotisk livssituasjon? Hvor åpent kommuniserte familien om den alvorlige kreftdiagnosen, døden og troen? Visste de pårørende at det er ganske vanlig at mennesker i krise kan velge seg fortrolighetspersoner som er andre enn de nærmeste familiemedlemmer.

De pårørende kan i sin sorg oppleve det både provoserende og truende med sjelesorg som ikke stemmer med det de er kjent med hos den syke fra før. De som reagerte ga ikke tilkjennelse sin misnøye direkte, men i etterkant.

Det er positivt at de pårørende gir tilbakemeldinger, men konsekvensen burde ikke nødvendigvis medføre kritikk av sykepleieren. Noen pårørende er så fortvilte at de har behov for å plassere frustrasjon og skyld hos hjelperne. I etterpåklokskapens lys kan vi støtte at en familiesamtale kunne vært viktig. Vi mener det uansett var riktig av sykepleieren å vektlegge den sykes ønsker og behov fremfor de pårørendes.

God praksis

Rådet for sykepleieetikken mener sykepleieren ivaretok sin faglige og etiske forpliktelse om å møte pasientens åndelige behov på en profesjonell og god måte. Vi finner ikke noe i denne saken som sår tvil om god praksis. Vi kan heller ikke se noe som indikerer at hun har forsterket pasientens dødsangst med sine tiltak. Vi mener sykepleieren har fått urimelig tilbakemelding fra Helsetilsynet

på sin modige og ansvarlige sykepleiepraksis.

Møtet mellom mennesker påvirkes av begge parter verdisyn og livssyn. Helsetilsynets tro på at åndelig eksistensiell omsorg kan utøves uavhengig av egen tro og religiøs oppfatning er en farlig forenkling. Religiøs assistanse er en aktivitet som involverer sykepleierens eget trosliv og kjernen i hennes eget livssyn. Å hevde noe annet ville faktisk være ensbetydende med en forflating og teknifisering av religiøse handlinger. Det kan se ut til at behovet er stort for å sikre nødvendig grad av religiøs toleranse hos offentlig ansatte og tilsynsmyndighetene.

Dette er en sak av stor prinsipiell betydning. Rådet ønsker en mest mulig åpen og prinsipiell debatt om tema. Helsetjenesten har påtatt seg oppgaven å følge mennesker til døden, og det gjelder flere tusen mennesker og deres pårørende hvert år. Hvis den åndelige og eksistensielle omsorgen skal ha så marginalisert handlingsrom som denne saken illustrerer vil mange mennesker bli krenket og sviktet på sitt dødsleie, og sykepleiere vil bli hindret i å utøve sin profesjonsetikk.

På neste side finner du historien om en annen sykepleier som har hatt samme dilemma.





Av **Heidi Schmidt**,
Hjemmesykepleier, Klinisk spesialist
i sykepleie med diakonal bakgrunn,
Nes Kommune

Lowerket slår fast at sykepleier har plikt til å respektere pasientens tro og skikker

Pasient med religi

Jeg hadde en gang en gammel pasient.

Først etter å ha besøkt denne pasienten i flere år, forstod jeg hvor mye hennes tro betydde for henne og hvor viktig det var for henne at vi ba «Fader Vår» sammen med henne om kvelden. Da jeg ønsket å rapportere dette, oppdaget jeg at det ikke fantes noen naturlig rubrikk for dette i rapporteringssystemet vårt, og at det heller aldri hadde vært etterspørsel etter det.

På dagsorden

Gjennom studier av lovverk og sykepleielitteratur har jeg forsøkt å belyse temaet. Den viktigste kilden er likevel alle de årene, snart 30, som jeg har jobbet som sykepleier, alle pasientmøtene og alle samtaler jeg har hatt. Mange detaljer er nok glemt, men erfaringene danner et grunnlag som alltid vil ligge i bunnen. Med mer kunnskap og en refleksjon over noen av disse erfaringene håper jeg å bidra til å sette dette tema på dagsorden.

Min erfaring er at eksistensielle behov og åndelige behov ofte smelter sammen. Eksistensielle spørsmål tolkes ofte inn i en åndelig referanseramme. I min rolle som sykepleier opplever jeg at det viktigste for meg er å lytte til hva pasienten er opptatt av og ønsker å bli møtt på. Når jeg derfor i denne oppgaven bruker uttrykket «åndelige behov», bruker jeg det i vid forstand, også når det gjelder behov for mening og for svar på eksistensielle spørsmål.

Sykepleieteoretiker og lovverk?

De fleste sykepleierteoretikere har vært opptatt av å gi pasien-

ten helhetlig omsorg. Flere beskriver åndelig omsorg som en del av helhetlig omsorg. Her peker jeg spesielt på Virginia Henderson og Joyce Travelbee (1,2). I korthet handler det om å hjelpe pasienten til å dyrke sin tro når dette er viktig for ham og når pasienten selv ikke har krefter til det og om å bruke seg selv terapeutisk, slik at vi fanger opp pasientens behov.

Lowerket slår også fast at sykepleier har plikt til å respektere pasientens tro og skikker og til å gi faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp. Både i FNs menneskerettighetserklæring, Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, Pasientrettighetsloven, Helsepersonelloven og den nye Stortingsmelding 25 (3,4,5,6,7) kan vi lese om dette. FNs *Erklæring om døendes rettigheter* sier blant annet:

Jeg har rett til å drøfte og gi uttrykk for mine religiøse og/eller åndelige opplevelser, uansett hva de betyr for andre. - Jeg har rett til å bli tatt hånd om av omsorgsfulle, innfølelse, kyndige mennesker som vil prøve å forstå mine behov og som vil oppleve det som givende å hjelpe meg til å møte min død (8).

Hva innebærer åndelig omsorg?

Innledningsvis fortalte jeg om en pasient jeg besøkte i flere år. Da jeg endelig oppfattet hvor mye det betydde for henne å be Fader Vår sammen etter kveldstellet, skjedde det noe i samspillet mellom oss. Hun åpnet seg på en helt ny måte for meg. Hun fortalte om tro og tvil, sorg og skuffelser gjennom et langt liv, og hun stilte spørsmål; spørsmål som hun visste at jeg ikke kunne svare på, men som hun kunne løfte frem og dele med meg allikevel. Det kom en ny

dimensjon inn i samværet vårt, og jeg opplevde at jeg møtte henne på flere plan og ga henne en mer helhetlig omsorg. Som Antonovskij skriver i sin bok «Helbredets Mysterium» er opplevelsen av sammenheng viktig for mennesker (9). «Fader Vår» var for henne en slik rød tråd gjennom livet.

Henderson peker på at religionsutøvelse kan ha ekstra betydning når en er syk og at det er viktig at sykepleier respekterer pasientens åndelig behov i enhver situasjon og er åpen for hva som gir pasienten åndelig velvære (1). Travelbee understreker hvor viktig det er å bruke seg selv for å bli kjent med pasienten og se hans behov (2). Det er viktig at pasienten får komme til orde med sin opplevelse av hva som er viktig for ham. En amerikansk studie viste, ifølge Rustøen 2001, at psykososiale variabler var viktigere for livskvaliteten enn for eksempel pustebesvær og smerte hos pasienter med artritt og KOLS (10). Selv har jeg opplevd pasienter som møter meg og min tilmålte tid med utsagn som: «I dag hopper vi over stellet, og tar heller en kopp kaffe!». Den åndelige omsorgen starter ofte med å se, lytte og være til stede.

Identifisere åndelige behov

Virginia Hendersons definisjon av sykepleie er et godt utgangspunkt for å identifisere åndelige behov. Ordene «styrke, vilje og kunnskaper» er knagger å henge data og dokumentasjon på, og en hjelp til å belyse situasjoner (1). Det fins mange skjema for systematisering av sykepleiedata. På min arbeidsplass, har vi et «Skjema for vurdering av behov for pleie og omsorgstjenester i kommunen.» Under siden «Funksjonskartlegging» er det listet

www.sykepleien.no

Les mer og finn
litteraturhenvisninger på
www.sykepleien.no

Søkeord:
Etikk

øse behov



Illustrasjonsfoto: colourbox.com

opp tretten områder som skal beskrive pasientens tilstand og behov. Ingen av disse punktene tar for seg åndelige behov. Skjemaet har heller ingen spørsmål om tro og livssyn.

Dette er en mangel, som avspeiler verdier og prioritering. Datatilsynet sier riktignok at det bare er tillatt å oppbevare data som er saklig begrunnet ut fra behandling og pleiebehov. Men dersom sykepleier ser at åndelig omsorg er viktig i den helhetlige omsorgen, er det viktig at dette blir dokumentert slik at alle som er involvert i pleien er klar over dette. Det viktigste er kanskje ikke under hvilken rubrikk vi plasserer åndelige behov. På den annen side kan den åndelige dimensjonen lett bli neglisjert og forsvinne i datasamlingen hvis den ikke får sin egen rubrikk.

Observasjon er også viktig for å kartlegge åndelige behov. Hvordan pasienten uttrykker seg, hva som henger på veggene eller står i bokhylla, at det ligger en Bibel eller en salmebok fremme, eller Koranen på øverste hylle, hva han lytter til på radio og lydbøker, om han blir hentet til møter; alt dette kan fortelle mye om tro og livssyn. Likevel er det ikke alltid lett å sette ord på åndelige behov og samtale om dette. Mitt møte med den gamle damen som var så glad for å be «Fader Vår», ble i så måte en vekker for meg.

Jeg hadde besøkt henne i flere år og sett veggene i det lille huset, som speilet hennes kristne tro. Rundt omkring i det lille huset hang store bilder av Jesus. På tross av dokumentasjonen i veggene tok jeg ikke noe initiativ til å samtale med henne om hva troen betydde for henne. Hun tok heller ikke noe initiativ. Først etter at jeg ble klar

over at en annen sykepleier hadde bedt aftenbønn med henne, og at det en kveld falt seg helt naturlig med en bønn etter en oppskakende opplevelse med branntilløp hjemme hos pasienten, kom jeg i rutine med å be «Fader Vår» med henne etter kveldsstellet. Hun var svært takknemlig og ga inntrykk av at det betydde svært mye for henne.

Redd for å krenke

Hva var det som hindret meg i å gjøre dette på et tidligere tidspunkt? For mitt vedkommende var det, på tross av min diakonale bakgrunn, en terskel å forsere. Jeg var redd for å trenge meg på, redd for å bli for privat og krenke. Når jeg som hjemmesykepleier kommer hjem til en pasient i hans hus, er jeg svært klar over at jeg trår over en terskel og at jeg ikke har rett til å innvadere den private grensen som pasienten setter (11). Har pendelen svingt litt for langt, og jeg var blitt for forsiktig. Er vi blitt så redd for å krenke at vi kvier oss for å stille spørsmål?

Jeg opplevde heller ikke at det var noen kultur for å ta opp slike spørsmål på min arbeidsplass. Likevel er det vanskelig for meg, når jeg reflekterer over dette i ettertid, å begripe at jeg var så sen til å møte denne pasientens åndelige behov. Det ga meg en smertelig påminnelse om hvor viktig god og åpen kommunikasjon er i forholdet mellom sykepleier og pasient.

Tilrettelegge for åndelig omsorg

Med å tilrettelegge, tenker jeg først og fremst rent praktisk, så pasienten får mulighet til å dyrke sin tro.

God observasjon og kommunikasjon er en forutsetning for å

tilrettelegge på en god måte. Har vi oppfattet pasientens behov? Har vi tolket ham rett? Det er også viktig at vi som sykepleiere i førstelinjetjenesten kan henvise videre og opprette kontakt med andre. En liste over lokale prester og representanter for andre trossamfunn er et nyttig hjelpemiddel. Virginia Henderson skriver at sykepleier bør ha informasjon om ulike trossamfunn (1). Som at en muslim ønsker å dø med ansiktet vendt mot Mekka. Hjelp til å ordne transport og ta telefoner kan også være aktuelt. Har vi Bibel, salmebok og andre religiøse skrifter tilgjengelig? Kan man gjøre noe for å kvalitetssikre åndelig omsorg, rent praktisk?

Noen vil at vi skal be «Fader Vår», slik den gamle damen ønsket. Hvis dette er problematisk, er det viktig å huske at pasientens behov er det sentrale. Noen kunne ikke be med henne, men sa de kunne være hos henne mens hun ba. Det ble akseptert. Kommer vi til kort, kan vi henvise til andre med mer egnet kompetanse. Dette er det lettere å gjøre dersom det er en kultur i miljøet som anser åndelig omsorg som en naturlig del av den helhetlige omsorgen. Dette er en utfordring, ikke bare for ledelsen, men for alle som jobber i helsetjenesten. Ikke minst opplever jeg det som en utfordring selv.

Vi er nå i gang med å kvalitetssikre åndelig omsorg på min arbeidsplass.

LITTERATURLISTE

1. Henderson, V. Sykepleiens Natur. Oslo: Universitetsforlaget, 1998.
2. Travelbee J. Interpersonal Aspects of Nursing. Philadelphia, Pennsylvania: F.A.Davis 1966.
3. FNs verdenserklæring om menneskerettigheter av 1948
4. NSF serien, 2/01: Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere ICNs etiske regler,
5. Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven) Sist endret 29 august 2003 nr 87.
6. Lov om helsepersonell mv. (helsepersonelloven) av 2.7.1999 nr. 64.
7. Stortingsmelding 25, 2006: Mestring, Muligheter og Mening, Framtidas omsorgs utfordringer
8. Vegstein, Jorunn Størdal (1993) Åndelige behov-Sykepleiefaglig ansvar og utfordring. Fordypningsoppgave, Videreutdanning i eldreomsorg, Diakonissehusets Sykepleierhøgskole,
9. Antonovskya A. Helbredets Mysterium. København: Hans Reitzels Forlag, 2000.
10. Rustøen T. Håp og livskvalitet, en utfordring for sykepleieren? Oslo: Gyldendal Akademisk, 2001.
11. Lillestø B, Krenkende omsorg. I : Knutstad U, Nielsen BK (Red) Sykepleieboken
12. Oslo: Akrike, 2005: 101-127. Kirkevoold M. Sykepleieteorier, analyse og evaluering. Oslo: Gyldendal Akademisk 2001

c Remicade «Schering-Plough»

Immunsuppressivt middel.

ATC-nr.: L04A A12

PULVER TIL INFUSJONSVÆSKE 100 mg: Hvert hetteglass inneholder: Infiliksimumb 100 mg, sakkarose, polyisorbat 80, natriumdihydrogenfosfatmonohydrat, dinatriumfosfatdihydrat.

Indikasjoner: *Reumatoid artritt:* Reduksjon av tegn og symptomer, samt forbedring av fysisk funksjon i kombinasjon med metotreksat hos pasienter med aktiv sykdom som ikke har respondert tilfredsstillende på annen sykdomsmodifiserende behandling, inkludert metotreksat. Reduksjon av tegn og symptomer i kombinasjon med metotreksat hos pasienter med alvorlig, aktiv og progredierende sykdom som ikke tidligere er behandlet med metotreksat eller andre DMARD (sykdomsmodifiserende legemidler). I disse pasientgruppene er det, målt ved røntgen, vist en reduksjon i progresjonshastigheten av leddskade. *Crohns sykdom:* Behandling av alvorlig, aktiv Crohns sykdom hos pasienter som ikke har respondert på en fullstendig og adekvat behandling med et kortikosteroid og/eller et immunsuppressivt legemiddel, eller som ikke tolererer eller har kontraindikasjon mot slike behandlinger. Behandling av aktiv fistulerende Crohns sykdom hos pasienter som ikke har respondert på en fullstendig og adekvat konvensjonell behandling (inkl. antibiotika, drenasje og immunosuppressiv behandling). *Ulcerøs kolitt:* Behandling av moderat til alvorlig aktiv ulcerøs kolitt hos pasienter som ikke har respondert tilfredsstillende på konvensjonell behandling med kortikosteroider, 6-merkaptopurin eller azatioprin, eller som ikke tolererer eller har kontraindikasjon mot slike behandlinger. *Ankyloserende spondylitt (Bekhterevs sykdom):* Behandling av ankyloserende spondylitt (Bekhterevs sykdom) hos pasienter med alvorlige aksiale symptomer, forhøyede serologiske markører på inflammatorisk aktivitet og som ikke har respondert tilfredsstillende på konvensjonell behandling. *Psoriasisartritt:* Behandling av aktiv og progredierende psoriasisartritt hos voksne når responsen på tidligere sykdomsmodifiserende antireumatisk behandling ikke har vært tilfredsstillende. Gitt alene (hos pasienter som ikke tåler metotreksat eller hvor metotreksat er kontraindisert) eller i kombinasjon med metotreksat. *Psoriasis:* Behandling av moderat til alvorlig plakpsoriasis hos voksne som ikke har respondert på, eller som har en kontraindikasjon mot eller som ikke tolererer annen systemisk behandling, inkl. ciklosporin, metotreksat eller PUVA. **Dosering:** Igangsettes og følges opp av lege med erfaring i å diagnostisere og behandle en eller flere av de godkjente indikasjonene. Infiliksimumbifusjoner skal gis av kvalifisert helsepersonell som har trening i å oppdage infusjonsrelaterte problemer. Anbefales ikke til bruk hos barn ≤ 17 år, da effekt ikke er fastslått. Den anbefalte infusjonstiden er 2 timer, men hos nøye utvalgte pasienter med reumatoid artritt og som har tolerert 3 initiale 2-timersinfusjoner, kan det overveies å gi påfølgende infusjoner med varighet på minst 1 time. Kortere infusjoner ved doser > 6 mg/kg er ikke undersøkt. Gis som i.v. infusjon. Alle pasienter må observeres i minst 1-2 timer etter infusjonen med hensyn på akutte infusjonsrelaterte reaksjoner. **Voksne: ≥ 18 år:** *Reumatoid artritt:* Ikke tidligere behandlet med infiliksimumb: 3 mg/kg etterfulgt av 3 mg/kg, 2 og 6 uker etter den 1. infusjonen, og deretter hver 8. uke. Klinisk respons oppnås vanligvis innen 12 uker behandling. Ved inadekvat respons eller tap av respons etter denne perioden, bør en vurdere å øke dosen trinnvis med ca. 1,5 mg/kg opp til maks. 7,5 mg/kg hver 8. uke. Alternativt kan det vurderes å gi 3 mg/kg så ofte som hver 4. uke. Dersom tilstrekkelig respons oppnås skal pasienten fortsette med valgte dose eller dosefrekvens. Fortsett behandling bør nøye revideres hos pasienter som ikke viser noen tegn til terapeutisk nytte innen de 12 første behandlingssukene eller etter dosejustering. *Alvorlig, aktiv Crohns sykdom:* 5 mg/kg. Tilgjengelige data støtter ikke videre behandling hos pasienter som ikke responderer på den 1. infusjonen innen 2 uker. Hos pasienter som responderer er de alternative strategiene for fortsatt behandling: Vedlikeholdsbehandling: Ytterligere infusjoner på 5 mg/kg 2 og 6 uker etter den 1. dosen, etterfulgt av infusjoner hver 8. uke. Fornytt behandling: Infusjoner på 5 mg/kg dersom tegn og symptomer på sykdommen kommer tilbake. *Aktiv fistulerende Crohns sykdom:* 5 mg/kg etterfulgt av 5 mg/kg 2 og 6 uker senere. Dersom en pasient ikke responderer etter disse 3 infusjonene, bør det ikke gis ytterligere behandling med infiliksimumb. Hos pasienter som responderer, er de alternative strategiene ytterligere eller fornytt behandling: Ytterligere infusjoner på 5 mg/kg hver 8. uke. Fornytt behandling dersom tegn eller symptomer på sykdommen kommer tilbake, etterfulgt av infusjoner på 5 mg/kg hver 8. uke. Erfaring med fornytt behandling dersom tegn eller symptomer kommer tilbake er begrenset, og sammenlignende data på nytte/risiko for de alternative strategiene for fortsatt behandling mangler. *Ulcerøs kolitt, psoriasisartritt og psoriasis:* 5 mg/kg etterfulgt av 5 mg/kg 2 og 6 uker senere, og deretter hver 8. uke. Klinisk respons hos pasienter med ulcerøs kolitt oppnås vanligvis innen 14 uker behandling (3 infusjoner). Fortsett behandling bør nøye revideres hos pasienter som ikke viser noen tegn til terapeutisk nytte innen denne tidsperioden. Pasienter med psoriasisartritt og psoriasis som ikke responderer etter 14 uker (etter 4 infusjoner), bør ikke gis flere behandlinger. *Ankyloserende spondylitt:* 5 mg/kg etterfulgt av 5 mg/kg 2 og 6 uker senere, og deretter hver 6. - 8. uke. Dersom en pasient ikke responderer innen 6 uker (dvs. etter 2 infusjoner), bør det ikke gis flere behandlinger. *Fornytt behandling ved Crohns sykdom og reumatoid artritt:* Dersom tegn eller symptomer på sykdom kommer tilbake kan en ny administrering gis innen 16 uker etter den siste infusjonen. Forsinkede hypersensitivitetsreaksjoner etter legemiddelopphehold < 1 år, se Forsiktighetsregler. Sikkerhet og effekt ved gjentatt administrering etter legemiddelopphehold på > 16 uker er ikke fastslått. Dette gjelder både for pasienter med Crohns sykdom og reumatoid artritt. *Fornytt behandling ved ulcerøs kolitt og psoriasisartritt:* Sikkerhet og effekt ved gjentatt behandling, annet enn hver 8. uke, er ikke undersøkt. *Fornytt behandling ved ankyloserende spondylitt:* Sikkerhet og effekt ved gjentatt behandling, annet enn hver 6. - 8. uke, er ikke undersøkt. *Fornytt behandling ved psoriasis:* Begrenset erfaring fra fornytt behandling med 1 enkelt dose hos psoriasispatienter etter et intervall på 20 uker, antyder redusert effekt og en høyere insidens av milde til moderate infusjonsreaksjoner, sammenlignet med det initiale induksjonsregimet. **Kontraindikasjoner:** Tuberkulose og andre alvorlige infeksjoner som sepsis, abscesser og opportunistiske infeksjoner (f.eks. pneumocystis carinii pneumoni, histoplasmose, koksidiomykose, aspergilliose og candidainfeksjon i øsofagus). Moderat eller alvorlig hjertesvikt (NYHA klasse III/IV). Kjent hypersensitivitet for innholdsstoffene eller murine proteiner. **Forsiktighetsregler:** Erfaring viser at hos noen pasienter er eget forsvar mot infeksjoner nedsatt under infiliksimumb-behandling. Hemming av TNF α kan maskere symptomer på infeksjon som f.eks. feber. Tidlig gjenkjenning av et atypisk klinisk forløp for alvorlige infeksjoner er kritisk for å redusere forsinkelse av diagnostisering og behandling. Hos pasienter med fistulerende Crohns sykdom med akutte suppurative fistler skal ikke infiliksimumb-behandling initieres før en kilde til mulig infeksjon, spesielt abscess, er utelukket. Pasienter må monitoreres nøye for infeksjoner inkl. tuberkulose før, under og etter behandling med infiliksimumb. Siden eliminasjonen av infiliksimumb kan ta opptil 6 måneder, skal monitoreringen fortsette gjennom hele denne perioden. Videre behandling med infiliksimumb skal ikke gis dersom en pasient utvikler en alvorlig infeksjon eller sepsis. Forsiktighet må utvises om infiliksimumb skal gis til pasienter med kronisk infeksjon, som har hatt tilbakevendende infeksjoner eller som bruker immunosuppressive legemidler. Pasientene bør unngå potensielle risikofaktorer for infeksjon. Tuberkulose, bakterielle infeksjoner, inkl. sepsis og pneumoni, invasive soppinfeksjoner og

andre opportunistiske infeksjoner (som pneumocystose, histoplasmose, cytomegalovirusinfeksjon, atypiske mykobakterioser, listeriose og aspergilliose) er rapportert, og noen av disse har vært dødelige. Tilfeller av aktiv tuberkulose, inkl. milær tuberkulose og tuberkulose med ekstralunmonal lokalisering er rapportert. For oppstart med infiliksimumb skal alle pasienter undersøkes nøye for tuberkulose (både aktiv og latent). Undersøkelsen skal inneholde en detaljert anamnese med tanke på tidligere forekomst av tuberkulose, ev. mulig tidligere kontakt med tuberkulose og tidligere og/eller pågående immunosuppressiv behandling. Relevante «screening»-tester dvs. tuberkulintest og røntgen av lungene bør utføres på alle pasienter (lokale retningslinjer kan benyttes). Vær oppmerksom på at en kan få falsk negativ tuberkulintest spesielt hos pasienter som er alvorlig syke eller immunosupprimerte. Dersom aktiv tuberkulose diagnostiseres, må ikke behandlingen med infiliksimumb startes. Dersom latent tuberkulose diagnostiseres, skal behandling mot latent tuberkulose startes i.h.t. lokale retningslinjer før oppstart med infiliksimumb. I denne situasjonen skal nytte kontra risiko ved bruk av infiliksimumb overveies svært nøye. Alle pasienter skal informeres om å søke medisinsk hjelp dersom tegn/symptomer på tuberkulose oppstår (f.eks. vedvarende hoste, tæring/vekttap, mild feber) under eller etter behandling med infiliksimumb. Ingen data foreligger mht. respons på vaksiner med levende vaksiner eller sekundær overføring av infeksjon med levende vaksiner ved anti-TNF-behandling. Samtidig administrering av levende vaksiner er derfor ikke anbefalt. Det foreligger begrenset sikkerhetserfaring fra kirurgi hos pasienter behandlet med infiliksimumb. Den lange halveringstiden til infiliksimumb bør tas i betraktning dersom kirurgi er planlagt. Infiliksimumb-behandlede pasienter som trenger kirurgi, bør monitoreres nøye for infeksjoner, og passende tiltak iverksettes. Erfaringen er begrenset mht. sikkerhet hos pasienter som har gjennomgått artroplastikk. Reaktivering av hepatitt B er sett hos kroniske bærere av viruset (dvs. overflateantigenpositive), og disse skal undersøkes og monitoreres nøye før og under behandling. Isolerte tilfeller av leversvikt som resulterer i levertransplantasjon eller død har forekommet. Pasienter med symptomer eller tegn på leverdysfunksjon, skal undersøkes for tegn på leverskade. Dersom pasienten utvikler gulsott og/eller ALAT-økning ≥ 5 ganger den øvre normalgrensen, skal preparatet seponeres og en grundig undersøkelse gjennomføres. Akutte infusjonsreaksjoner, inkl. sjeldne anafylaktiske reaksjoner, kan utvikles under (i løpet av sekunder) eller innen få timer etter infusjon. Dersom akutte infusjonsreaksjoner inntreffer skal infusjonen avbrytes umiddelbart og dersom alvorlige reaksjoner oppstår, må symptomatisk behandling gis infiliksimumb-behandlingen avsluttes. Utstyr for akuttbehandling må være tilgjengelig. Pasienten kan behandles på forhånd med f.eks. et antihistamin, hydrokortison og/eller paracetamol, og infusjonshastigheten kan senkes for å redusere risikoen for infusjonsrelaterte reaksjoner, spesielt dersom infusjonsreaksjoner har inntrefft tidligere. Antistoffer mot infiliksimumb kan utvikles og er forbundet med økt frekvens av infusjonsreaksjoner. Det er også sett en sammenheng mellom utvikling av antistoffer mot infiliksimumb og redusert varighet av respons. Samtidig administrering av immunmodulerende legemidler er forbundet med lavere insidens av antistoffer og redusert frekvens av infusjonsreaksjoner. Effekten av samtidig immunmodulerende behandling er mer uttalt hos pasienter behandlet episodisk enn ved vedlikeholdsbehandling. Annet samtidig medisiner (f.eks. kortikosteroider og immunosuppressiva) bør være optimalisert. Pasienter som slutter med immunosuppressiva før eller under infiliksimumb-behandlingen, har større risiko for utvikling av antistoffer, som ikke alltid detekteres i serumprøver. Forsinkede hypersensitivitetsreaksjoner har forekommet etter legemiddelopphehold < 1 år. Tegn og symptomer inkl. malagi og/eller artralgi med feber og/eller utslett. Noen pasienter opplever kløe, ødem i ansikt, hender eller leppe, dysfagi, urticaria, sår hals og hodepine. Økt risiko for forsinket hypersensitivitet med økende lengde på legemiddelopphehold. Pasienter må rådes til umiddelbart å søke medisinsk hjelp dersom de opplever forsinkede bivirkninger. Dersom pasienter behandles på nytt etter et lengre opphold, må de overvåkes nøye for tegn og symptomer på forsinket hypersensitivitetsreaksjon. En mulig risiko for utvikling av lymfomer eller andre maligniteter ved behandling med TNF-hemmende legemidler kan ikke utelukkes. Særlig forsiktighet må utvises ved vurdering av behandling av pasienter som utvikler maligniteter mens de får infiliksimumb eller pasienter med maligniteter i anamnesen, samt hos pasienter med økt risiko for maligniteter pga. storøyking. Forsiktighet skal også utvises ved psoriasis og ekstensiv immunosuppressiv behandling, eller forlenget PUVA-behandling i anamnesen. Pasienter med ulcerøs kolitt, som har økt risiko for dysplasi el. tykktarmskreft (f.eks. pasienter med mangel på ulcerøs kolitt eller primær skleroserende kolagitt) eller som har hatt dysplasi eller tykktarmskreft, bør undersøkes for dysplasi jevnlig for behandling og gjennom hele sykdomsforløpet. Undersøkelsen bør inkl. koloskopi og biopsi ifølge lokale retningslinjer. Ved nydiagnostisert dysplasi bør det vurderes nøye hvorvidt infiliksimumb-behandlingen skal avsluttes. Sjeldne tilfeller av hepatosplenisk T-cellelymfom er rapportert hos ungdom og unge voksne med Crohns sykdom, som er behandlet med infiliksimumb samtidig med azatioprin eller 6-merkaptopurin. Denne sjeldne typen T-cellelymfom har et veldig aggressivt sykdomsforløp og er vanligvis dødelig. Det skal utvises forsiktighet ved mild hjertesvikt (NYHA klasse I/II). Utvikles nye eller forverrede symptomer på hjertesvikt, skal infiliksimumb-behandlingen avbrytes. Det relative underskuddet av TNF α som forårsaker av anti-TNF-behandling, kan forårsake en autoimmuniseringsprosess. Hvis en pasient utvikler symptomer som indikerer et lupuslignende syndrom etter behandling med infiliksimumb, og utvikler antistoffer mot dobbeltrådet DNA, må videre behandlingen med infiliksimumb ikke gis. Infiliksimumb og andre stoffer som hemmer TNF α har i sjeldne tilfeller vært forbundet med optikusneuritt, kramper og debut eller forverring av kliniske symptomer og/eller radiografiske tegn på demyeliniserende sykdom inkl. multipel sklerose. Nytte kontra risiko må derfor vurderes nøye for oppstart med infiliksimumb hos pasienter med eksisterende eller nylig inntruffet debut av demyeliniserende tilstander i det sentrale nervesystemet. Sikkerhet og effekt ved bruk hos pasienter ≤ 17 år er ikke tilstrekkelig undersøkt og anbefales derfor ikke. Manglende respons på behandling av Crohns sykdom kan indikere en vedvarende fibrotisk striktur som kan kreve kirurgisk behandling. **Interaksjoner:** Sikkerhet og effekt av anakinra brukt i kombinasjon med infiliksimumb er ikke etablert. Derimot er det sett økt risiko for alvorlige infeksjoner ved kombinasjon av annen anti-TNF α -behandling og anakinra, og ingen ytterligere nytte sammenlignet med TNF α -hemmer gitt alene. Kombinasjonen er derfor ikke anbefalt. **Graviditet/Amning:** *Overgang i placenta:* Ingen uventede effekter på utallet av graviditeten. Infiliksimumb hemmer TNF α og det er derfor mulig at bruk under graviditet kan påvirke normale immunresponser hos den nyfødte. Risiko kan ikke utelukkes pga. begrenset erfaring, og infiliksimumb er derfor ikke anbefalt under graviditet. Fertile kvinner må bruke sikker prevensjon under behandling med infiliksimumb og i minst 6 måneder etter siste behandling. *Overgang i morsmelk:* Ukjent, men immunoglobuliner skilles ut i melk. Derfor må ikke kvinner amme før minst 6 måneder etter at behandlingen med infiliksimumb er avsluttet. **Bivirkninger:** *Hyppige ($> 1/100$):* Gastrointestinale: Kvalme, diaré, mavesmerter, dyspepsi. Hud: Utslett, kløe, urticaria, økt svetting, tørr hud. Lever: Forhøyede levertransaminaser. Luftveier: Infeksjon i øvre og nedre luftveier (f.eks. bronkitt, pneumoni), dyspné, sinusitt. Sirkulatoriske: Rodme. Øvrige: Virusinfeksjon (f.eks. influensa, herpesinfeksjoner), feber, hodepine, vertigo/svimmelhet, tretthet, brystmerter, infusjonsrelaterte reaksjoner, serumsykelignende reaksjoner. *Mindre hyppige:* Blod: Anemi, leukopeni, lymfadenopati, lymfocytose, lymfopeni, nøytropeni, trombocytopeni. Gastrointestinale: Forstoppelse, gastroesofagal refluks, keilit,

forts. neste side

På veggen

– Det kunne ikke gått med en vernepleier eller barnevernspedagog, fastslår Runar Bakken mens han studerer bildene til Richard Prince på Astrup Fearnly Museet i Oslo. I rommet er det seks malerier med damer i hvite kjoler. Alle har en liten hette på hodet, munnbind og 60-tallsfrisyrer. Det er ingen tvil; de er sykepleiere.

Bakken er også sykepleier. Han er dessuten førstelektor i Telemark og initiativtaker til prosjektet MIO - menn i omsorg. Han har invitert Sykepleien med på en refleksjonsrunde blant kollegene sine.

Den ene sykepleieren har til og med høyhælte sko. Posituren framhever kvinnekroppen. Vi har sett sånne før. I musikkvideoer. Legeromaner. Reklame.
– Derfor glir de inn uten motstand. Det dreier seg om de kulturelle forestillingene vi har av sykepleierne – som igjen hever den terskelen menn må overstige for å bli sykepleiere.

Ord som bilbombe, overdose, lidelse og sure føtter er med i maleriet.

– Hun snakker ikke, gjør ingenting, men tar bare imot. Hettene er en rest av noe nonneaktig. Hvis vi går i fetisjistens garderobeskap ville vi finne en liknende påkledning. Bare litt kortere skjørt og et rødt kors på hetten. Dette er en maskulin fantasi, proklamerer Bakken.

Damen må forholde seg til alt mulig kroppslig og all elendighet. Hun har til og med fått blod på seg.

– En slags seismograf for lidelse, som kanarifuglene er det i kullgruvene. Pen, selv om hun er oversprøytet. Hun likner popartisten Madonna.

Bakken ser at under den omsorgsfulle fasaden rører det seg noe annet.

– Dette er en typisk maskulin greie.

Nesten aggressivt, tror han.

– De er der for å ta imot all slags dritt, enten det er privat eller offentlig.

Bakken tenker på MIO-prosjektet og blir bekymret. For hvordan skal han klare å erstatte et sånt ikon som han har foran seg nå?

– Det blir nesten som å slåss mot vindmøller, sukker han.

Men bestemmer seg for å søke det tilsynelatende umulige.



ASTRUP FEARNLEY MUSEET FOR MODERNE KUNST, OSLO
FRA UTSTILLINGEN «CANARIES IN THE COAL MINE»
SOM VARER TIL 29. APRIL
TITTEL: UNTITLED (NURSE)

Er du spesielt glad i kunst på jobben din? Er det noe som gjør deg forarget?
Tips oss om et kunstverk på din arbeidsplass. barth.tholens@sykepleien.no





Lykke er et spørsmål om god helse og dårlig hukommelse.

Ingrid Bergman

Nye boksider

Som våre lesere vil oppdage har vi gitt boksidene våre en ansiktsløftning, både hva form og innhold angår. På denne måten håper vi å nå frem til enda flere med bokstoffet vårt.

Vi anser det som en stor og viktig oppgave å holde leserne våre orientert om hva som skjer i bøkernes verden. Hver uke strømmer det inn nye fagbøker fra norske forlag, og vi prøver på beste måte å ivareta mangfoldet når vi velger ut hva som skal komme på trykk.

Vårt primære fokus er fagbøker, men det hender også at en skjønnlitterær utgivelse oppleves som så betydningsfull at den rett og slett må inn på sidene våre.

I denne utgaven av Sykepleien har vi valgt å presentere en uttryksform utenom det vanlige, nemlig en teateranmeldelse! Riksteateret reiser for tiden land og strand rundt med sceneversjonen av Linn Ullmanns Nåde. Og etter som Nåde handler om aktiv dødshjelp fant vi det både naturlig og relevant å vie oppsetningen spalteplass. Leser dere anmeldelsen vil dere erfare at vår anmelder, som i tillegg er sykepleier, lot seg bevege og berøre av tematikken i Nåde, og av skuespillernes prestasjoner på scenen.

Vi er stolte av å ønske Sykepleiens lesere velkommen til våre nye boksider!

Jussamu Dietrichson

Digital dame

Studentenes rop etter en mer praksisnær undervisning fikk Gudrun Thomassen til å tenke digitalt.



Forfatterintervju:

Gudrun Thomassen snakker fort og mye og er åpenbart brennende engasjert i sitt digitale prosjekt. Høgskolelektoren fra Kristiansand er nemlig initiativtakeren til Digitale Helsefag, et multimediebasert læreprogram for helsefagstudenter som kom ut på Gyldendal Akademisk i 2006.

– Hvordan fikk du ideen til å lage Digitale helsefag?

– Ideen kom da jeg hadde sykepleiestudenter i praksis på kirurgisk avdeling. Studentene var veldig interesserte og synes de lærte mye, men opplevde at den tiden de fikk til å delta under operasjoner var altfor knapp. Det var da jeg tenkte at det måtte gå an å filme operasjoner ...

Interesse fra andre

Som sagt så gjort. Thomassen tok kontakt med et e-læringsfirma og sammen undersøkte de hvilke muligheter som fantes for å realisere et digitalt helseprosjekt. Deretter kontaktet de Gyldendal Akademisk som straks tente på ideen.

– Eksisterer det noe tilsvarende på det norske markedet?

– Nei, vi ble faktisk veldig overrasket over hvor lite tilsvarende prosjekter som fantes. Det finnes jo videoer og filmer, men disse er gjerne amerikanske og primært rettet mot medisinerne, understreker hun.

– Og selv om man kan gå inn på nettet og finne en operasjonsfilm er det ingenting som

er samlet og systematisert. Hun kan fortelle at både svenske, danske og finske aktører har fattet interesse for *Digitale helsefag*. Et tydelig tegn på at prosjektet representerer noe nytt og enestående i sin sjanger.

Alltid på nett

Neste skritt på veien i produksjonsfasen, som til sammen tok cirka to år, var etableringen av en referansegruppe. Denne gruppen besto av fagfolk og høgskoleansatte som leste manus underveis og ga tilbakemeldinger på det tematiske.

– I samarbeid med disse valgte vi ut hvilke fagområder vi primært skulle dekke. Anatomi og fysiologi er kompliserte fag med høy strykprosent, forteller Thomassen. – Så her så vi et helt klart behov for det supplementet til faglitteratur og undervisning som vårt program representerer.

Digitale helsefag består av videoopptak fra norske sykehus, animasjoner og stillbilder med lyd. I tillegg inneholder den oppgaver, litteraturhenvisninger, mediebibliotek og søkbar ordbok.

– Filmopptakene er helt autentiske, og tegningene er laget av våre egne, profesjonelle tegnere, opplyser Thomassen med stolthet i stemmen.

– Men blir ikke studentene veldig passive av et slikt læringsopplegg?

om psykisk helsearbeid

anbefalt av

Bengt Karlsson,

1. amanuensis ved HIA:

Herdís Alsvág: Har sykepleien en framtid?

Fikk øynene mine opp
for at sykepleie har et
sosialt mandat.



Michelle Focault:
Galskapens historie
Skjellsettende for
å forstå at psykisk
helse er avhengig av
historisk, kulturelt og
sosialt perspektiv.



Jakko Seikkula:
Åpne samtaler
Viser hvordan det å
arbeide med psykisk
helse er et demokra-
tisk prosjekt hvor alle
stemmer må høres.

De som begynner på sykepleiestudiet i dag har tilbrakt mer tid foran dataskjermen enn foran tv.

– Dette er et produkt som retter seg mot en ny generasjon studenter med helt andre vaner og større krav til visualisering, mener Thomassen.

– De som begynner på sykepleiestudiet i dag har tilbrakt mer tid foran dataskjermen enn foran tv, og responsen fra studentene tyder på at de finner denne læringsformen stimulerende og motive-
rende, hevder hun.

– *Digitale Helsefag* er ikke tenkt som en erstatning for undervisningen, men som et godt, og ikke minst fleksibelt, sup-

plement. Studentene kan laste ned programmet fra internett 24 timer i døgnet, for repetisjon både av teori og praksis – og som undervisning. Etter som programmet er nettbasert vil vi dessuten sørge for at det alltid er faglig oppdatert, understreker Thomassen.

På lisens

– Studentene føler de får for lite praksisopplæring før de blir kastet ut i yrkeslivet og de savner en sterkere billedmessig fremstilling av fagene, og disse

behovene tror jeg vi er med på å fylle. Gode tegninger innenfor anatomi og fysiologi er en mangelvare, mener Thomassen, som kan fortelle at de har fått gode tilbakemeldinger fra lærere, som også har savnet gode billedmessige fremstillinger.

– *Hvordan får studentene tilgang til Digitale helsefag?*

– Foreløpig retter vi oss mot læringsinstitusjonene. Disse kjøper programmet på lisens, slik at studentene kan få tilgang til det gjennom sitt lærested.

E-læring er fremtidens læremiddel,

tror Thomassen og nekter å høre på mine dystre innsigelser om fremmedgjøring og teknologisering.

– Dessuten er programmet helt i tråd med nasjonale læringsstrategier, avslutter hun.

tekst Susanne Dietrichson
foto Sol Nodeland

Gudrun Hårtveit Thomassen

Aktuell med: Utgivelsen *Digitale helsefag*

Yrke: Selvstendig næringsdrivende, Valero Helse AS

Utdanning: Sykepleier og embetsstudie i sykepleievitenskap.

Bosted: Randøyane, utenfor Kristiansand

Alder: 41 år



STERK I TROEN: Gudrun Thomassen har stor tro på e-læring.



100 000 kroner til fagbokforfatter

Fagbokforlaget deler ut et stipend på 100 000 som skal brukes til å skrive en fagbok eller lærebok på norsk innenfor Fagbokforlagets satsingsområder. Søknadsfristen er 16. april. Les mer på www.fagbokforlaget.no

Lettlest om barnehelse

Anmeldelse: Forfatterne av Praktisk Pædiatri vektlegger det spesielle ved sykdommer hos barn. I den sammenheng fremheves foreldre som viktige samarbeidspartnere. «Det er en ældgammel erfaring at mødre er fremragende observatører af deres egne børn.» Slik understrekes viktigheten av å lytte til foreldrene i forbindelse med anamnese og objektiv undersøkelse, som er bokens første kapittel. Videre poengteres respekten for større barns selvstendighet og bluferdighet samt nødvendigheten av grundig undersøkelse. Det gis forslag og nyttige tips til hvordan man ved «å lytte» til barnets signaler kan gjennomføre undersøkelsene på en nennsom måte.

Deretter følger tre kapitler om barns normale utvikling og barn i primærhelsetjenesten som berører utsatte barn, omsorgssvikt og sosial arv. Foreldres sårbarhet ved barns sykdom belyses og viktigheten av å

styrke deres kunnskaper i forhold til barnet sitt. Videre presenteres spesialistbehandling fra neonatologi til maligne sykdommer og plutselig spedbarnsdød.

Sykdommer i de ulike organsystemene omtales på en systematisk og overskuelig måte. Språket er lettlest på tross av mange faguttrykk. Sykdomshistorier øker forståelsen av teorien og overføringsverdien til praksis, og viser hvordan sykdommer hos barn skiller seg fra sykdommer hos voksne. Teoretiske presentasjoner tydeliggjøres ved hjelp av fotoillustrasjoner, tegninger og tabeller, for eksempel skjema over viktige milepæler i barns utvikling (s. 26) og forskjellen på føtal og postnatal sirkulasjon (s.66).

Ryddig innholdsfortegnelse og godt stikkordsregister gjør boka anvendelig som oppslagsverk for ansatte på barneavdelinger eller andre som trenger slike opplysninger. Prak-

tisk Pædiatri kan anbefales som erstatning for Nordisk lærebog i Pædiatri, blant annet på grunn av kapitlene om mishandling av barn, både fysisk og seksuelt, samt internasjonal, pediatri. Globale sykdommer belyses samt adoptiv- og flyktningbarns mulige bagasje i form av underernæring, mishandling og tortur. Det fokuseres på utfordringene som kan være forbundet med å være barn fra et etnisk mindretall, balansen mellom hjemmets idealer og majoritetskulturens krav. Dessuten vektlegges viktigheten av å benytte profesjonell tolk i forbindelse med konsultasjon av fremmedspråklige.

Innholdet dekker pensum for medisinsk embetseksamen i Danmark, men kan med fordel anbefales til annet helsepersonell som arbeider med barn eller som tar videreutdanning i forhold til barn.



Praktisk pædiatri 2. utgave

Av Peter Oluf Schiøtz & Flemming Skovby
Munksgaard Danmark, København 2006
384 sider illustrert
ISBN 978-87-628-0568-2

Anmelder: Inger Lucia Søjbjerg,
høgskolelektor, Høgskolen i Oslo,
avdeling SU

Godt tips til studenter

Anmeldelse: Forfatteren Knud Ramian er evalueringsforsker og inspirert av nestoren innen casestudier Robert K. Yin og de mange «Lær det selv»-bøkene. Case eller kasuistikker er ofte brukt innen sykepleien og anvendes til metode- og teoriutvikling. Ramian er opptatt av at casestudier er en forskningsstrategi med egen forskningslogikk – ikke bare en datasamlingsmetode. Casestudier kan uttrykkes som evalueringer, feltstudier, etnografiske studier eller kvalitative studier.

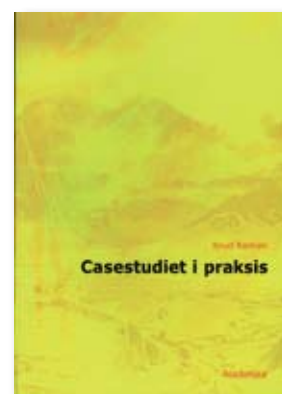
Det særegne ved casestudiet er at det foregår midt i det levende livet. Casestudiet er en forskningsstrategi, som passer særlig godt til praksisforskning fordi denne metoden går i dybden. Dens styrke er at ved å besvare spørsmål som «hvordan» og «hvorfor» egner casestudiet seg godt for metodeutvikling. Forfatteren refererer til Helle Plough Hansens

doktorgradsarbeid. Hun gjennomførte en casestudie av sykepleien på en onkologisk sengeavdeling som forsøker å bygge bro mellom idealer og praksis i et forsøk på å gi livet og døden betydning. Ramian beklager at forskningsprosjekter i praksis ofte nedprioriteres av mangel på tid og ressurser.

Bokens styrke er dens gjennomførte pedagogiske tilnærming. Boken går trinnvis gjennom forskningsprosessen, illustrert med matriser og tabeller. Uansett hvilken forskningsmetode en velger for sitt prosjekt er disse rådene nyttige. Studenter som skal starte på sin bachelor- eller mastergradsoppgave ville kunne vinne mye på å lese Ramians bok grundig. Et viktig anliggende er den tid en har til rådighet. Det skal beregnes cirka 40 prosent til forberedelse, bare 20 prosent til datasamling og hele 40 prosent til bearbeidelse

og rapportering. Ramian sier at det finnes stadig noen som ikke tror det er slik, og de får det vanskelig. Han gir også gode råd om hvordan en skal formidle forskningsarbeid. Han mener at rapportform er en dårlig måte å spre sitt budskap på. Sammenraget av rapporten bør skrives slik at den kan publiseres som en selvstendig artikkel.

Eksemplene som brukes har temaer av allmenn interesse, men alle er ikke like aktuelle for en sykepleiers fagfelt. Utbyttet av boken hadde kanskje vært enda større dersom en hadde hatt bedre kjennskap til de danske prosjektene som det refereres til. Sykepleiere som er engasjert i forsknings- og fagutvikling bør ikke oppleve tittelen som begrensende. *Casestudier i praksis* er en bok med en vid horisont og god kunnskapsformidling.



Casestudier i praksis

Av Knud Ramian
Academica 2007
199 sider
ISBN 978-87-767-5463-1

Anmelder: Liv Wergeland Sørbye,
førsteamanuensis Diakonhjemmet
høgskole

Nåde

Av Linn Ullmann

Riksteateret, dramatisert og regissert av Marit Moun Aune

Med Bjørn Skagestad og Liv Bernhoft Osa

Anmeldt av: Inger Frogg, psykiatrisk sykepleier

Overbevisende teater om sykdom og kjærlighet

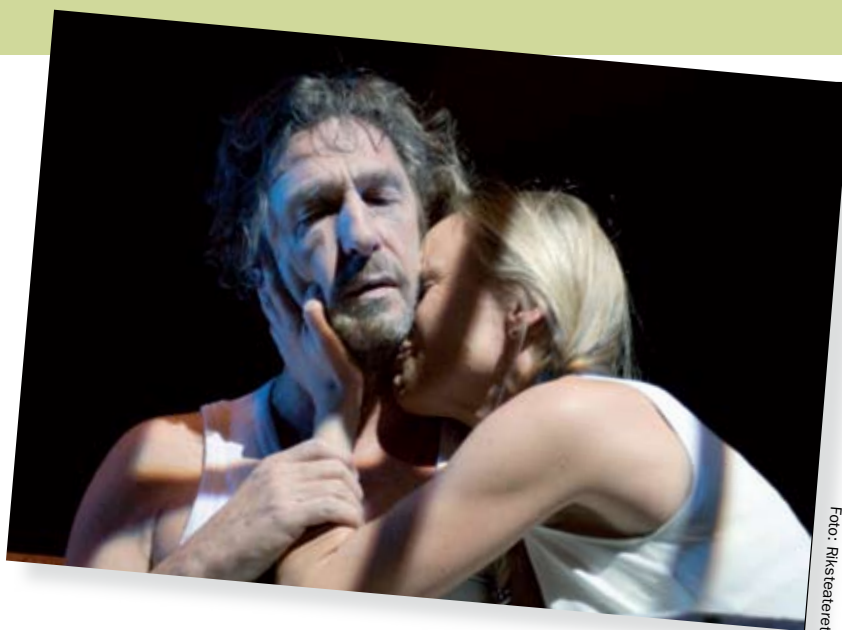


Foto: Riksteateret

Riksteateret turnerer denne våren med forestillingen *Nåde* basert på Linn Ullmanns bok.

Med romanen *Nåde* griper Linn Ullmann direkte inn i debatten om aktiv dødshjelp. Sceneversjonen er trofast mot boken, og forestillingen er blitt hva jeg vil kalle vondvakker. Vi føres raskt og brutalt inn i Johans skjebne: Cancer med spredning. Han har vært en ikke helt vellykket kulturjournalist, og nå roper han ut. Livet har ikke vært noen «oppvisning i verdighet». Desto viktigere blir det å dø med verdighet. Det er da han tyr til kona Mai, som er lege, og den sterke i dette kjærlighetsforholdet. Skjønt, også hun har sine sår, blant annet gjennom å oppgi en musikkariere til fordel for medisinstudiet, fordi faren ikke syntes hun spilte piano benådet nok.

Det er Johans annet ekteskap, og det er et godt ekteskap. Nå vil ikke Johan miste kontrollen over eget liv. Men det gjør han. Hans beherskede engstelse innledningsvis, går raskt over i en remjende dødsangst. Lag for lag kles forsvaret av. Borte er den besinnete Skagestad vi så ofte har opplevd på film, og nå i den siste tiden, gjennom utallige fjernsynsserier. Bernhoft

Osa bærer skikkelsen Mai med varhet og ro, og imøtekommer sin Johan med stor kjærlighet. Men også med innsikt og tvil, noe hun formidler troverdig og uten store fakker.

Sammen inngår de to en pakt. Hun skal gi ham nådestøtet, i form av en sprøyte, når tiden er inne. Hun lover med andre ord å bryte sitt legeløfte.

Dette er overbevisende spill. Jeg tror på hovedpersonene og deres brutale valg, deres sårbarhet og glimt fra tidligere levd liv, hovedsakelig fortalt av Johan.

Som nevnt er stykket trofast mot romanen. Kanskje litt for trofast. Det er i stor grad satset på å lese høyt fra partier i boken, og fortellerstemmen følger romanens kronologi og komposisjon. Spørsmålet er om Linn Ullmanns ordrike historie tåler dette, å bli kuttet ned til utvalgte brokker. Et annet spørsmål er om det er nødvendig. I de partiene hvor skuespillerne bærer rollene uten noen fortellerstemme, savner vi den ikke. De bærer handlingen i kraft av seg selv. Vi trenger det ikke nødvendigvis tydeligere. Vi tar hintene og lever oss inn

i rollefigurenes dilemma. Og i det spenningen mellom disse to virkelig tar seg opp, bryter fortellerstemmen inn. Som om vi var litt tungnemme.

Scenografien er enkel, mørk og dyster. Den kler stykke godt, ja den bidrar til å heve det. Med ett unntak. Glimtvis dukker det opp noen enorme, nesten groteske bilder på bakkeppet.

Dette tar fokuset vekk fra Johan og Mai når de er på sitt mest intense. Publikum løfter blikket og lar seg distrahere. Trolig er det tilsiktet, men neppe nødvendig. Jeg ser ikke bort fra at sceneversjonen kunne vunnet på å stå på egne ben.

Grepet der Johan tyr til å halvt skjule seg bak en hvit teatermaske, fortoner seg derimot riktig og

naturlig, paradoksalt nok, i og med at det er selve symbolet på teater. Men vi forstår. Også når han dypper ansiktet i hvitt mel. Han orker ikke dette. Noe må gjemmes, fortreges. Samtidig viser han både Mai og publikum dødsmasken.

Mot slutten av stykket kommer Mai trekkende med en gjenstand som kan tolkes som alt fra en stående sykeseng til en stående kiste. Jeg liker tvetydigheten i dette. Men hva nå? Har Johan ombestemt seg? Hvem skal ta den endelige beslutningen? Og hva er et verdig liv og hva er en verdig død?

Det er dette store spørsmålet som blir hengende igjen i luften, glitrende stilt og spilt av Bjørn Skagestad og Liv Bernhoft Osa.

Jeg tror på hovedpersonene og deres brutale valg, deres sårbarhet og glimt fra tidligere levd liv.



Nytt om medikamentregning

Mange sykepleierstudenter sliter med medikamentregning. Cappelen forsøker å bøte på det med en revidert utgave av boka *Medikamentregning*. Ifølge forlaget er det kommet et nytt underkapittel om egenkontroll, og trekanten som matematisk modell er tydeliggjort i forhold til flere av utregningene.

Penger til gode fagbøker

Universitetsforlaget inviterer spesielt faglitterære debutanter til å delta i en konkurranse om 100 000 kroner for fremragende fagformidling. Fristen for å sende inn bidrag er 20. april. Alle bidrag blir vurdert av en jury. Se mer på www.universitetsforlaget.no



Når mor dør

Omtale: Boka er skrevet rett inn i kladdeboka til Susanne 8 år, som gikk i gang med boka to dager før moren døde av kreft. Boka er trykket opp direkte fra Susannes egne notater, med hennes skrift og tegninger. I forordet skriver Simon Flem Devold at: «Denne kladdeboka, slik den fremstår her, er det ærligste og vakreste dokumentet jeg noen gang har lest om sorg.» Boka er ment som en støtte til barn som har mistet mor eller far. Men også som et verktøy for voksne og helsepersonell i omgang med barn som sørger. ISBN 82-995508-2-3



Gjennom fortellinger

Omtale: Boka tar sikte på å gi en innføring i det teoretiske grunnlaget for narrativ praksis og samtidig vise innenfor hvilke områder denne terapien kan være nyttig. Gjennom eksempler fra praksis viser forfatterne på forskjellige måter hvordan en narrativ terapiform kan løfte en stor byrde fra mange menneskers skuldre ved å se problemet atskilt fra personen. ISBN 87-500-3891-5



Gjennom samtaler

Omtale: Psykolog Kirsti R. Haaland har arbeidet med par- og familierapi i en årrekke og presenterer her det teoretiske grunnlaget for løsningsfokusert tilgang - LØFT. Bokens gjennomgående tema er hvordan terapeuten kan bidra til at mennesker, barn så vel som voksne, kan oppleve å være aktører i sitt eget liv. ISBN 978-87-500-3923-5



Den norske velferdsstaten møter verden

Omtale: Forfatteren viser hvordan velferdsstaten møter verden gjennom migrasjon og endringer i organisering av offentlig sektor. Vi får en fremvekst av flerkulturelle arbeidsplasser og nye krav til kompetanse, effektiv drift og lederskap. Boka reiser viktige spørsmål samt perspektiver på hvordan samarbeid kan organiseres og utføres i tilknytning til denne utviklingen. ISBN 978-82-05-36630-5



Høgskolen i Molde

Helse- og sosialfaglige videreutdanninger med oppstart høsten 2007

Høgskolen i Molde er en viktig kompetanseleverandør til helse- og sosialtjenesten i Norge. Gjennom våre masterprogram og videreutdanninger bidrar vi til viktig kompetanseheving av helsepersonell. Høsten 2007 starter følgende videreutdanninger:

- Videreutdanning i praksisveiledning
- Sykepleierens dokumentasjon og elektronisk pasientjournal (nettbasert)
- Tverrfaglig videreutdanning i psykososialt arbeid med barn og unge
- Voldsrisikohåndtering

Alle videreutdanningene har søknadsfrist 1. juni. Voldsrisikohåndtering har søknadsfrist 1. september.

Mer info om opptakskrav og søknadsskjema: Tlf: 71 21 40 00 • post@HiMolde.no

www.HiMolde.no





Hva leser du nå?

– En fagbok jeg stadig vender tilbake til er *Eldre i en brytningstid* – en norsk artikkelsamling som kom ut på Gyldendal akademisk i 2005, sier **Marit Kirkevold** (bildet). Dette er en bok som faller inn under mitt forskningsområde, men som jeg mener at behandler et tema som alle sykepleiere

bør være oppdatert på. Eldre mennesker er en stor og viktig gruppe og denne boka reiser en rekke problemstillinger i forhold til denne gruppen, både på individ- og samfunnsnivå, og tar opp et bredt spekter av temaer innenfor dette, på en lettlest og tankevekkende måte.

Kunnskap gir svar

Elisabeth Arnet har skrevet *Foreldreboka om hasj* i håp om å bidra til mer kunnskap om dette omstridte teamet både blant foreldre og helsepersonell. Med en allsidig bakgrunn som journalist, lærer, gestaltterapeut og mor har Arnet en bred faglig og menneskelig innfallsvinkel til stoffet.

1 Hvorfor ble du forfatter av denne boka?

– Jeg hadde lyst til å skrive den boka jeg selv savnet som tenåringsmor. Jeg opplever at det finnes lite konkret kunnskap om hasj blant foreldre. Vi får jo stadig informasjon om hasj gjennom media, men denne er ofte svært motstridende og skaper mer forvirring enn kunnskap. Dette pirret journalisten i meg, jeg ønsket å samle opplysninger om emnet, finne frem saklige og gode argumenter både for og imot. Dette er etter min mening helt nødvendig hvis vi skal kunne diskutere med ungdommene våre på en skikkelig måte. Ungdommer har i dag tilgang til all den informasjon de måtte ønske seg via nettet, og du kan raskt komme i en situasjon der ungdommen din har mer hardtslående argumenter enn deg. Jeg håper at boka kan bidra til at foreldre kan samle kunnskap og gode argumenter og på denne måten bli trygge på sitt eget ståsted.

2 Hvorfor er boka viktig?

– Boka er viktig nettopp fordi den kan gi foreldre kunnskap om hasj. Den inneholder også råd om hvordan man kan



spørsmål til
Elisabeth Arnet

føre gode samtaler med ungdommer. Det er viktig å ikke bare tre argumenter ned over hodet på ungdommene, men tvert imot skape gode og åpne samtaler.

3 Hva er konklusjonen i boka?

– Hasj kan være veldig skadelig for noen, og vi vet ikke hvem disse noen er. I verste fall kan hasj utløse langvarige psykoser og schizofreni. Mer generelt gir hasj dårlig korttidshukommelse, svekkede kognitive evner og sløvheter.

4 Hva liker du best ved din egen bok?

– Jeg har fått tilbakemeldinger

om at boka er skrevet med respekt og empati for ungdommer og at den gir balansert kunnskap. Det er jeg veldig fornøyd med. I tillegg har jeg gått inn for å skape en samtale med foreldrene og dette tror jeg også at jeg har fått til.

5 Er boka relevant for sykepleiere?

– Boka må jo være midt i blinken for helsesøstere. Jeg går ut i fra at de ikke vet noe mer om hasj enn andre. Jeg mener at boka er relevant for alle som kommer i kontakt med mennesker hvor dette er et tema.

6 Hva er den siste fagboka du har lest?

– *Kosmopolitikk – en optimistisk politikk for det 21. århundre*, av Halvor Finess Tretvoll og Thomas Hylland Eriksen.

7 Hva er den siste skjønnlitterære boka du har lest?

– *Brev til Pablo* av Henriette Five. Boka er en blanding av dokumentar og fiksjon, en reiseskildring, i dikteren Pablo Nerudas fotspor.

8 Hva inspirerer deg i arbeidet ditt?

– Jeg er opptatt av å gi de stemmeløse en stemme. Det er inspirerende å kunne bidra til å hjelpe andre, gi råd og skape gjenkjennelse. Hvis jeg kan bidra til at folk ikke føler seg alene om problemene sine, så blir jeg inspirert til å fortsette å arbeide.

9 Hva er ditt drømmebok-prosjekt?

– Jeg drømmer om å gå enda mer over mot det litterære. Å blande sjangere. Formidle kunnskap i en mer skjønnlitterær form.

tekst Susanne Dietrichson

Utdanner «operatører»

Som et apropos i debatten om import av helsepersonell fra den tredje verden, forteller svenske Läkartidningen om et «lynkurs» i livreddende arbeid: I løpet av to høststuser i 2006 var helsepersonell fra 15 fattige land – fra Afghanistan i øst til Malawi i sør, på kurs på Gotland i livreddende fødselshjelp og kirurgi. Kurset het: «Training of non-doctors for major surgery in settings with scarcity of human resources for health: experiences and prospects». Bladet forteller også at det i disse landene utdannes såkalte «operatører», som etter to-tre års utdanning har spesialisert seg på forskjellige typer helsehjelp som det ellers er leger som utfører. Forskning viser at videreutdanning vil være et viktig satsningsområde for denne gruppen i fremtiden.

Ber russ være forsiktig

Folkehelseinstituttet oppfordrer kommunehelsetjenesten å sette inn ekstra tiltak for å forebygge blant annet smittsom hjernehinnebetennelse i russetiden. Instituttet anbefaler helsearbeidere å bruke Smittevernhandboka, som ligger ute på nettet. Det er i tillegg utarbeidet en egen brosjyre som er ment å skulle deles ut ved eventuelle utbrudd av hjernehinnebetennelse. Les mer på www.fhi.no

Tran er godt for synet

Tran under svangerskapet kan være gunstig for utvikling av syn og kognitive funksjoner hos barnet, skriver tidskriftet.no.

I en dobbeltblind, randomisert studie blant 98 kvinner, fikk halvparten enten tran med omega-3-fettsyrene eikosa-pentaensyre (EPA) og dokosaheksaensyre (DHA) eller olivenolje fra 20. svangerskapsuke og frem til fødselen. Resultatene er oppløftende: Tran er bra både for syn og IQ. Tidligere studier har også antydnet det samme.



Inndrar første sykedag i Danmark

En undersøkelse danske Sygeplejersken har utført, viser at nesten hver femte sykepleier som svarte hadde opplevd å få inndratt barnets første sykedag – ved at de måtte møte til en senere vakt. I alt 230 personer svarte på undersøkelsen, og av dem var det 40 personer som hadde opplevd dette. Dansk Sygeplejerråd undersøker nå hvor utbredt dette problemet er.

Tidsskriftet Sykepleien har ca. 82 000 abonnemeter. Bladet utgis av Norsk Sykepleierforbund, og redaksjonen holder til i sentrum av Oslo. Bladet blir redigert etter redaktørplakaten. Sykepleien FORSKNING utgis som bilag fire ganger i året.

Redaktør, Sykepleien Forskning (50% stilling)

Vi søker ny redaktør i Sykepleien FORSKNING, fordi vår nåværende redaktør går over i ny stilling. Bilaget gis ut fire ganger i året og går til alle medlemmene i NSF og andre abonnenter.

Sykepleien Forskning presenterer vitenskapelige, referee-bedømte artikler. I tillegg ønsker vi å gi leserne oppdatert nyhets- og nyttestoff om forskning i inn- og utlandet.

Sykepleien FORSKNING skal være et attraktivt bilag som skal gi sykepleiere i Norge lyst til å følge med i forskning og vitenskap. Bilaget skal være den foretrukne kanal for å formidle forskning til sykepleiere i praksis, høyskoler og studenter.

Vi søker en redaktør som kan være med på skape et spennende bilag med et høyt faglig nivå. Vedkommende bør ivareta kravene til god formidling.

Forskningsredaktøren vil utforme bilaget sammen med en redaksjonssekretær. Vedkommende skal rapportere til Sykepleiens ansvarlige redaktør. Forskningsredaksjonen er en del av Sykepleiens øvrige redaksjon.

Søkeren må ha sykepleiefaglig utdanning, minimum på masternivå. Videre må du være ryddig, og ha evne til å kommunisere godt, både innad i redaksjonen, i redaksjonskomiteen og med eksterne fagmiljøer. Tidligere erfaring med forskningsformidling er et pluss, men ikke et krav.

Vi kan tilby

- Et ambisiøst arbeidsmiljø
- Lønn etter avtale
- Pensjonsordninger i KLP
- Reise- og ulykkesforsikring
- Fleksibel arbeidstid

Spørsmål kan rettes til ansvarlig redaktør Barth Tholens, tlf 22 04 33 50 / 408 52 179 eller fagredaktør Torhild Apall Dybvik, tlf 22 04 33 76 / 994 14 677

Søknad sendes innen 11. mai til: barth.tholens@sykepleien.no merket «Søknad»



Mange valg. En beslutningstaker.

På jobb utviser sykepleiere omsorg. De er opptatt av sikkerhet og trygghet. Ikke bare på egne vegne, men på andres. De pleier, de motiverer, de sørger for at de fornuftige valgene tas.

Når de tar av seg sykepleieruniformen, tar de ikke av seg hvem de er. I hverdagen er det andre typer valg som skal tas, men det er den samme personen som velger. Sannsynligvis ut fra mange av de samme kriteriene.

Av Sykepleiens 184.000 lesere, er 73 prosent kvinner. Mange av dem er ledere. Over halvparten har barn. Enda flere påvirker forskjellige innkjøpsprosesser. Få av dem leser ukeblader. Men de leser Sykepleien – og bruker 54 minutter hver gang.

I Sykepleien treffer du en stor målgruppe som er vant til å ta valg på vegne av andre - og seg selv. Hver dag.

Svar om Scandic-hotellene

I Sykepleien nr. 6/07 kommer medlem 599095 og Inger Helene Jørgensen med kritiske reaksjoner på NSF's engasjement i saken der Edderkoppen Scandic hotell nektet en cubansk reiselivsdelegasjon overnatting. Etter at Scandichotellene ble kjøpt opp av den amerikanske Hilton-kjeden i mars i fjor, ble de bedt om å følge Hilton-kjedens policy om å nekte gjester fra Cuba adgang på grunn av USAs handelsblokkade av landet.

I likhet med en rekke andre aktører og organisasjoner, definerte NSF det som uakseptabelt at andre lands lovgivning og politikk utøves i virksomheter som er etablert i Norge. Forbundsstyret oppfordret alle ledd i organisasjonen til å ikke inngå avtaler med hotellkjeden inntil den endrer praksis og forholder seg til norsk lov.

Rammene for hva NSF skal engasjere seg i eller ikke, ligger i vårt formål, prinsippprogram og innsatsmål som vedtas av landsmøtet. Når medlem 599095 tar til orde for at Scandic-saken er noe «en arbeidstakerorganisasjon for sykepleierne ikke har noe med å blande seg bort i», vil jeg oppfordre til å ta en grundigere titt på NSF's styringsdokumenter.

NSF er ikke bare en tradisjonell fagforening som kjemper for lønn og arbeidsvilkår. Formålet vårt er

flerfoldig, med både samfunns politisk, fagpolitisk og interessepolitisk forankring. I prinsippprogrammet har Landsmøtet blant annet vedtatt at deltakelse i det norske samfunnet skal være uavhengig av etnisk/kulturell opprinnelse og religion. Dessuten skal holdninger som fostrer fremmedhat, fremmedfrykt og diskriminering bekjempes.

Med dette som bakteppe, mener jeg det er på sin plass at NSF aktivt signaliserer at vi ikke ønsker å bruke hoteller i Norge som ekskluderer gjester fordi gjestene kommer fra et land USA har vedtatt handelsblokkade overfor. I Norge må de norske lovene og reglene virke. Det gjelder ikke bare i denne saken, men også i forhold til andre virksomheter. Vi kunne heller ikke akseptert at et utenlandskeid firma etablerte eksempelvis et sykehjem i Norge, men påberopte seg retten til å ikke følge norsk lov, men et annet lands lovverk.

Til Inger Helene Jørgensen vil jeg orientere om at NSF i vårt hørings-svar til endringer i bioteknologilov-givningen, har vært tydelig på at vi ikke går inn for å tillate forskning på befruktede egg. Mer om denne saken kan leses på vår nettside www.sykepleierforbundet.no.

Bente G. H. Slaatten

Må følge studenten mer

Da jeg leste saken «Melder ikke fra om uegnede studenter» i Sykepleien 05/07, gjorde jeg meg noen tanker om årsaken til at det faktisk er slik at bare én student er meldt som uegnet til autorisasjonskontoret i løpet av de siste seks årene. Som Haugum påpeker er det til en hver tid godt over 10 000 sykepleiestudenter under utdanning, og det virker urealistisk at alle disse er både faglig og personlig skikket til yrket. Så hvorfor melder ikke skolene fra når noen er uegnet til å motta autorisasjon?

Det beste stedet til å vurdere om studenten er egnet for yrket eller ikke er i praksis. Det er der studenten trener på å utøve sykepleie så nært opp mot virkeligheten som mulig. Derfor er det også avgjørende at skolens lærer er til stede i praksis og observerer studenten. Dette er også et krav rammeplanen stiller til sykepleierutdanningen. Som studentleder får jeg mange tilbakemeldinger fra studenter om deres studiehverdag. Mange handler om praksis og oppfølging i praksis. Studentene uttrykker frustrasjon fordi de opplever at de blir for lite og dårlig fulgt opp av lærer fra skolen. Studentene føler at de ikke blir sett og tatt ansvar for når de er

i praksis og føler seg overlatt til praksisstedets veiledere. Det er viktig at sykepleierutdanningen ikke glemmer at det er de som har ansvaret for praksisens kvalitet og for vurderingen av studentens prestasjoner. Av og til får vi også tilbakemelding om at lærere ikke tar ansvar for medstudenter som studentene selv mener ikke holder faglig mål eller er egnet for yrket. Mitt inntrykk er at lærerne, på grunn av for lite tilstedeværelse på praksisstedet, ikke har grunnlag til å selvstendig vurdere hvordan studentene fungerer i praksis, og dermed heller ikke ser om studentene er egnet for yrket.

Heller ikke på skolen følger lærerne studentene så tett som tidligere. Ifølge evalueringen av kvalitetsreformen er de klassiske møtearenaene mellom lærer og student nå erstattet med e-lærings-systemene og gjennom mailkontakt. Hvordan skal lærerne kunne oppfatte hvilke studenter som egner seg eller ikke når de i svært liten utstrekning har sett dem i aksjon?

Studentene vil bli satt klare krav til, og de vil bli evaluert og veiledet mot sine læringsmål. Vi ønsker oss også både faglig kompetente og personlig egnede





EEG HJERNEAKTIVITET

1. Hvem?
Hvem var Hippokrates?

2. Når?
Når levde han?

3. Hva?
Hvilke fire kroppsvæsker tok han utgangspunkt i?

1. Legekunstens far
2. 460-377 f.Kr.
3. Slim, galle, svart galle og blod

Pressefrihet – innimellom til besvær

kollegaer som ferdig utdannede sykepleiere! Jeg vil oppfordre lærere i sykepleierutdanningene til å følge opp studentene mer i praksis, være mer tilstede og gjøre egne kvalifiserte vurderinger av studentene basert på selvpopplevde erfaringer med dem. Jeg vil også oppfordre til å ta tilbake de klassiske møtearenaene med studentene i skolen. Tett og personlig oppfølging er det eneste som kan kvalitetssikre vurderingene av studentene. Og ikke nøl med å melde fra til Haugum og autorisasjonskontoret om uegnede studenter!

Guro Karlsholm, leder NSF-Student

I bladet Sykepleien nr. 3 i år leste jeg om Solbrått aldershjem i Børselv. Aldershjemmet ligger i Porsanger kommune i Finnmark. Artikkelen retter et nødvendig søkelys på det flerkulturelle samt muligheten til å kommunisere på eget språk. Om en hadde ønsket fokus på språkmangfoldet kunne artikkelen fått sitt opphav også andre steder. Som fylkesleder skulle jeg gjerne hatt anledning til å komme med innspill, men verken jeg eller NSF sine tillitsvalgte i den aktuelle kommune ble kontaktet av journalisten. Artikkelen fokuserer på viktigheten av å opprettholde denne institusjonen blant annet ved å vise til at 40 prosent av arbeidsplassene i Børselv er på Solbrått. I et slikt perspektiv kan en godt forstå frykt for nedleggelse.

Når jeg reagerer negativt på artikkelen handler det om mine forventninger til fokus på det kulturelle aspekt, mens artikkelen i stor grad åpner for å kritisere forhold i kommunen som omhandler helt andre aspekt det ikke stilles spørsmål ved. Vi leser om beboernes «skrøpeligheter», om demens og om sykdommer. Vi kjenner jo til at mange av de eldre har mange aktive diagnoser. Kompetanse er både viktig og nødvendig. På Solbrått er det ikke mange sykepleiere – det er én. Kan det tenkes at det er andre

forhold enn det å spare penger som har lagt grunnlag for diskusjon om endringer og om nedleggelse? Kvalitet foruten språkferdigheter fokuseres ikke.

Imidlertid framkommer det påstander som retter seg mot de arenaer våre medlemmer arbeider på. Det uttales at hjemmesykepleien bare fungerer på mandager og onsdager og at det i Lakselv er så mange pasienter at man knapt reker å gi alle den omsorg de behøver. Vi vet at det er travelt på mange av våre arenaer, men de aktuelle uttalelser medfører at vi har noen medlemmer som med god grunn føler seg «tråkket på». På mange av de institusjoner vi kunne anbefalt kunne journalisten enkelt kommet i kontakt med flinke sykepleiere – og dyktige tillitsvalgte i NSF. Fokus i artikkelen er en pleier – etter hva jeg kjenner til – en assistent – som da er tillitsvalgt i en annen organisasjon.

Fylkeskontorene og våre tillitsvalgte har lokalkunnskap som er viktig. Denne kunnskapen bør kunne benyttes som bakgrunnsmateriale i framtidige artikler. Mitt signal er at Sykepleien er velkommen til å ta kontakt med lokalapparatet ved neste anledning.

Med vennlig hilsen
Leif Arne Asphaug-Hansen
Fylkesleder for NSF i Finnmark

Barth Tholens (red)



Fra Sykepleien nr. 3/07

Bedre tilbud til ME-pasienter

Mange pasienter med myalgisk encefalopati (ME) opplever å ikke få tilstrekkelig hjelp i helsetjenesten. Helsetjenesten har hittil viet ME for liten oppmerksomhet, og vi har begrenset kunnskap om sykdommen, både om årsaker, diagnostisering og oppfølging. Det er trolig ca 10 000 nordmenn som har sykdommen, av disse er ca 300 barn. Fire av fem er kvinner. Minst 50 pasienter ligger alvorlig syke og er sterkt pleietrengende.

Helsetilbudet til denne pasientgruppen skal bli bedre. Jeg vil

nå sette i gang flere tiltak for å bedre tilbudet innen behandling og pleie, styrke kompetansen blant fagfolk og få ut mer og bedre informasjon om ME. I tråd med anbefalinger fra Sosial- og helsedirektoratet skal det opprettes et kompetansenettverk bestående av ulike fagmiljøer i Oslo og Bergen. Kompetansenettverket skal forske på ME-feltet, følge internasjonal fagutvikling og veilede og understøtte helsepersonell i spesialist- og primærhelsetjenesten. Vi skal prioritere tiltak for barn og de aller

sykeste pasientene og brukerne skal trekkes inn i arbeidet. Informasjonstiltak for pasienter og helsepersonell som har med pasientene å gjøre til daglig er andre viktige oppgaver.

Jeg mener det er særlig viktig at tilbudene legges til rette for de aller sykeste pasientene og at tilbudet er tilpasset deres behov. Andre tiltak er tilbud ved lærings- og mestringssentrene ved helseforetakene og mobile team som kan rykke ut til alvorlig syke mennesker som bor hjemme.

Vi må også sørge for at disse pasientene nyter godt av den generelle styrkingen og kompetansehevingen i helse- og omsorgstjenestene, slik regjeringen har foreslått i omsorgsmeldingen.

Helse- og omsorgsminister Sylvia Brustad

Forbundsleder Bente G. H. Slaatten

Stilling: Forbundsleder i NSF

E-post: bente.slaatten@sykepleierforbundet.no



Kommunene posisjonerer seg i sykepleierkampen



ILLUSTRASJONSFOTO: Colourbox.com
GEVINST: Fetere lønnspose er det som kan påvirke ungdom til å velge en karriere i helsevesenet, mener Slaatten.

Med en lønnsvekst på 8,5 prosent, fikk kommunesatte sykepleiere i snitt 25 000 kroner mer å rutte med i 2006. Tall fra Tekniske Beregningsutvalg i kommunesektoren viser at sykepleierens lønn økte fra ca. 291 000 til ca. 316 000 i fjor. Lønnsveksten på 8,5 prosent er om lag på linje med førskolelærernes 8,7 prosent.

Dermed er kommunene i ferd med å posisjonere seg og bruker

endelig lønn for å tiltrekke seg kompetent arbeidskraft. Dette er en holdning KS må videreføre inn i vårens tariffoppgjør!

Jeg vil berømme partene lokalt som har benyttet lokale forhandlingsmuligheter godt. Men nå er det viktig at KS og kommunene ikke hviler på laurbærene. For selv om lønnsveksten har vært god, har den vært svært nødvendig. Både sykepleiere og førskolelærere er avgjørende

for at kommunene skal innfri politiske målsettinger om bedre helsetjenester for eldre og full barnehagedekning. Derfor må lønnsinnsatsen overfor disse gruppene videreføres.

Det må også rettes en lønnsinnsats mot spesialsykepleiere og helsesøstre, som har hatt en langt lavere lønnsutvikling enn sykepleierne. Dessuten forventer jeg at Navo melder seg på kompetansekampen. Når sykehusene bare kan skilte med halvparten så stor lønnsvekst til sine sykepleiere som det kommunen tilbyr, står de i fare for å sette seg selv i en situasjon med store rekrutteringsproblemer.

Som andre arbeidstakere lever også sykepleierne av det de får i lønnsposen. Når kampen om sykepleierkompetansen tilspisser seg, vil det være arbeidsgivere med de beste vilkårene som blir mest attraktive. Det handler om lønn, bemanning nok til å kunne gjøre en god sykepleiefaglig jobb og mulighet for faglig utvikling og oppdatering.

Norge får flere eldre og flere

med behov for helsetjenester i årene som kommer. Samtidig blir det færre arbeidstakere i forhold til antall eldre. Siden andre næringer nå rekrutterer aktivt, må helsetjenestene henge seg på for ikke å tape kampen om arbeidskraften.

Behovet for helsepersonell øker kraftig, dersom helse- og omsorgstjenesten i kommunene skal ha en jevn standardheving, slik resten av samfunnet har. Helsetjenesten må jobbe langsiktig for å møte denne utfordringen.

Andre bransjer har observert at toget går nå, mens helsetjenestene profilerer seg på ufrivillig deltid, høyt sykefravær, høy uføregrad og lavt lønnsnivå. Nyutdannede sykepleiere har i dag krav på 270 000 kroner i begynnerlønn. Med en gjennomsnittlig grunnlønn på 316 000 for sykepleierstillinger i kommunene, tjener den kvinnedominert sykepleiergruppen rundt 100 000 kroner mindre enn mannsdominerte yrkesgrupper på samme utdanningsnivå. Arbeidsgiverne innenfor helsetjenestene uttrykker ved enhver anledning at de ikke skal være lønnsledende. Men slik arbeidsmarkedet utvikler seg, må helsetjenestene også bruke lønn for å være attraktiv for ungdom som står i et yrkesvalg. Tariffoppgjørene begynner nå, og jeg forventer at både kommuner og sykehus viser at de vil være med i den videre kampen om arbeidskraft og kompetanse!

Ikke skyld på damene!

Likelønnskommisjonens arbeid kan ende i fiasko. I innspillene kommisjonen har fått, er det lite som fører oss nærmere likelønn. Gjennomgangstonen er at kvinner velger lavtlønte yrker og lavtlønte arbeidsplasser, og det har de seg selv å takke for. Det er en provoserende bortforklaring av lønnsforskjeller!

Kvinner har i snitt 85 prosent av menns time-lønn. Vi har en klar forventning om at dette lønns-gapet er betydelig redusert om fem år, og at det er

fjernet innen ti år. For å lykkes må likelønnskommisjonen mene noe om lønnsdannelsen og hvordan kvinner kan prioriteres i tariffoppgjørene.

Mange av innspillene kommisjonen har fått er isolert sett gode, men vil ha liten eller ingen effekt for likelønn. Det eneste tiltaket vi vet vil ha effekt på lønnsstatistikken innenfor rimelig tid, er å gi kvinnedominerte yrkesgrupper et lønnsløft. Det er ikke mer komplisert enn å gi mer lønn til damene!

Bente G.H. Slaatten



På Norsk Sykepleierforbunds egen nettside finner du saker NSF og sykepleierne er engasjert i. Gå inn på www.sykepleierforbundet.no/sistenytt, og les mer.

To sykepleiere per årsverk

Norge utdanner to sykepleiere for hvert sykepleierårsverk som utføres i helse- og sosialnæringsringen. – Dette krever politisk handling, slår forbundsleder Bente G. H. Slaatten fast.

NSF kritisk til sykepleierimport

– Det vil være uetisk dersom Norge rekrutterer sykepleiere fra fattigere land. Vi må bruke årene som kommer til å rekruttere og beholde sykepleiere og utløse arbeidskraftreserven, sier nestleder i Norsk Sykepleierforbund (NSF) Unni Hembre.

Frykter likelønns-fiasko

Forbundsleder Bente G. H. Slaatten frykter at Likelønnskommisjonens arbeid vil ende i fiasko. – Vi har gått igjennom innspillene kommisjonen har fått, og ser helt klart risikoen for at arbeidet ender i fiasko, sier Slaatten.

Kommunene posisjonerer seg

Med en lønnsvekst på 8,5 prosent, fikk kommuneansatte sykepleiere i snitt 25 000 kroner mer å rutte med i 2006. – Kommunene bruker lønn for tiltrekke seg kompetent arbeidskraft. Dette må videreføres i vårens tariffoppgjør, sier forbundsleder Bente G. H. Slaatten.

Endringer i lokalsykehus

– Det er ikke grunn til å frykte nedleggelse av lokalsykehus eller tap av arbeidsplasser. Men ansatte kan oppleve endringer i oppgaver og behov for påfyll av kompetanse, sier nestleder i NSF Erik Bårdsgeng.

Fornøyd med styret i Helse Sør-Øst

– Vi er svært fornøyd med at vi nå har fått på plass et styre med ansatterepresentanter, sier forbundsleder Bente G. H. Slaatten i Norsk Sykepleierforbund, nestleder i Fagforbundet Gerd E. Kristiansen og president i Den norske lægeförening, Torunn Janbu.

Kampen om arbeidskraften

Norge får flere eldre og flere med behov for helsetjenester i årene som kommer. Samtidig blir det færre arbeidstakere i forhold til antall eldre.

Mens andre næringer rekrutterer aktivt, frykter Norsk Sykepleierforbund (NSF) at helsetjenestene vil tape kampen om arbeidskraften. Politikere fremmer kreative forslag om å rekruttere utenlandske sykepleiere fra land som har langt større sykepleiermangel enn Norge. Det er etisk uholdbart når sykepleierdekningen er langt høyere i Norge, og fremstår som uforståelig når situasjonen i Norge er at vi utdanner to for hvert sykepleierårsverk som utføres innenfor helse- og sosialnæringsringen (SSB).

Rekruttere?

Nyutdannede sykepleiere tilbys lav lønn, midlertidig ansettelse og ufrivillig deltid. Det er ikke

akkurat en drømmesituasjon for unge mennesker i en etableringsfase. Men dette er tilbudet fra helsetjenestene til ungdom som ønsker å jobbe som sykepleiere. Som nyutdannet sykepleier har du for tiden krav på 270 000 kroner i begynnerlønn. Gjennomsnittets grunnlønn i sykepleierstillinger i kommunene er 316 000 kroner. Det er altså ingen bratt lønnskurve oppover. Slik verdsettes høy kompetanse for en kvinnedominert yrkesgruppe. Mannsdominerte grupper på samme utdanningsnivå tjener rundt 100 000 kroner mer i året.

Trangt arbeidsmarked

I årene som kommer vil knappheten på arbeidskraft bare øke. Tall fra NAV viser at det er 200 arbeidssøkende sykepleiere, men 1700 registrerte stillinger. Det samme viser seg i andre bransjer, som i oljeindustrien. Vi ser allerede at studenter i oljerelaterte fag får gratis pizza og fri bar. Minst

like viktig for den langsiktige rekrutteringen er bransjens sterke fokus på behovet for realfagutdannede og lønnsnivået i bransjen.

Arbeidsgiverne innenfor helsetjenestene uttrykker ved enhver anledning at de ikke skal være lønnsledende. Men slik arbeidsmarkedet utvikler seg trenger helsetjenestene også å bruke lønn for å være attraktiv for ungdom som står i et yrkesvalg. Slik er det ikke nå.

Trenger minst 130 000 flere

Dersom helse- og omsorgstjenesten i kommunene skal holde dagens standard i 2050, trengs 130 000 flere årsverk fra helsepersonell. Samtidig mener politikerne at standarden må heves. Behovet for helsepersonell øker kraftig, og derfor må helsetjenestene jobbe langsiktig for å møte utfordringen. Andre bransjer har observert at toget går nå, mens helsetjenestene profilerer seg på ufrivillig deltid, høyt sykefravær, høy uføregrad og lavt lønnsnivå. Det holder ikke lengre.

Hvem vinner?

Vi får færre arbeidstakere per pensjonist. Behovet for sykepleiere og annet helsepersonell vil øke kraftig. Spørsmålet er om helsetjenestene fortsatt skal bygge sitt image som før? Lav lønn, deltid og arbeidspress du blir syk av – det er helse det! Kampen om morgendagens arbeidskraft krever lønn og en mer aktiv arbeidsgiver som forstår å verdsette kompetent arbeidskraft. Hvis ikke helsetjenestene vinner kampen om arbeidskraften, taper vi alle.

I uke 12 kjørte NSF en plakatkampanje som satte søkelys på behovet for å rekruttere sykepleiere til morgendagens helsetjeneste.

KAMPEN OM ARBEIDSKRAFTEN

POLITIKERNE MÅ REKRUTTERE 300.000 FLERE TIL HELSE INNEN 2050

NÆRINGSLIVET LOKKER MED HØY LØNN, BONUS, OPSJONER OG FLEKSIBILITET

EN SYKEPLEIER TJENER 291.000,-

HVEM VINNER KAMPEN OM ARBEIDSKRAFTEN?

www.sykepleierforbundet.no

Hieroglyfer fra 300-tallet f. Kr.
i tempelet Kom Ombo, Egypt

Faraoenes land

Aleksander den store har vært her, Cæsar forelsket seg her, mens Florence dro hit for å finne seg selv.

I tempelet ved Kom Ombo vises legekunst og redskaper i mange av hieroglyfene. Guiden Mohammed peker mot en utsmykket vegg som viser en kvinne som føder på kne.

– For flere tusen år siden var dette en anerkjent fødselsmåte. Det kan ha noe med at tyngdekraften hjelper til med å føde, spekulerer Mohammed, men understreker at han er egyptolog-utdannet og ikke lege.

Etter at Florence Nightingale avsto ekteskap med en sosialt akseptert mann, fikk foreldrene nok. De sendte henne til Egypt med Charles og Selina Bracebridge, som var barnløse og venner av familien.

De håpet at det å se på historiske antikviteter kunne hjelpe henne med å «finne seg selv».

Bildene på tempelveggene i Kom Ombo viser skalpeller, pinsetter og mye annet medisinsk utstyr.

– De gamle egypterne ble regnet for å være dyktige på det medisinske feltet, sier Mohammed.



FØDSEL: I det gamle Egypt var det vanlig å føde sittende på huk, slik disse hieroglyfene viser.

Tempelet, som ligger like ved Nilens bredde i regionen Aswan, ble bygget i årene 380-300 før Kristi fødsel.

Florence Nightingale skrev dagbøker fra sin tur i Egypt. De er senere utgitt som bøker og er å få tak i den dag i dag. Om Florence var i Kom Ombo vet Sykepleiens journalist ingenting om, men det er alltid lov å spekulere når man

rusler rundt blant tusen år gamle templer og tenker på hvem andre enn en selv som har latt seg fascinere.

Napoleon har også satt sitt merke på noen templer ved å «tagge» inn eget navn: «Napoleon var her!»

tekst **Kari Anne Dolonen**

Sju nye fylkesledere i NSF

I løpet av mars måned har Norsk Sykepleierforbunds 19 fylkesorganisasjoner hatt fylkesmøter med blant annet valg av fylkesleder. Sju av fylkesorganisasjonene har fått nye ledere.

Det er:

Lisbeth Rudlang, Sykehuset i Vestfold, Tønsberg (NSF Vestfold), Sigrunn Øygarden Gundersen, Høgskolen i Telemark (NSF Telemark), Kirsten Stensrud, Risør Bo- og omsorgssenter, (NSF Aust-Agder), Anne Britt Jansen, Sørlandet Sykehus, Kristiansand (NSF Vest-Agder), Nina Horpestad, Øyane Sykehjem, Sola (NSF Rogaland), Guri Måseide, Ålesund kommune (NSF Møre og Romsdal), Bjørg Fenstad, St. Olavs Hospital (NSF Sør-Trøndelag),

Anne-Lise Solberg, Helgelandssykehuset HF, Mo i Rana (NSF Nordland).

I følgende fylkesorganisasjoner er fylkesleder gjenvolgt: Karen Brasetvik (NSF Østfold), Ragnhild Hegg (NSF Akershus), Eli Gunhild By (NSF Oslo), Bente Irene Aaland (NSF Hedmark), Jette Struck (NSF Oppland), Einar Vik Andersen (NSF Buskerud), May-Anne Goltén (NSF Hordaland), Oddgeir Lunde (NSF Sogn og Fjordane), Tove Sagnes (NSF Nord-Trøndelag), Hanne Marit Lien (NSF Troms), Leif Arne Hansen (NSF Finnmark).



Ny dekan ved HiO

Kari Toverud Jensen tiltrer som dekan ved Avdeling for sykepleierutdanning, Høgskolen i

Oslo, 1. august. Hun er i dag førstepersonansatt ved avdelingen, og tok doktorgard i fjor.

Toverud Jensen har vært ansatt ved Avdeling for sykepleierutdanning siden 1999. Tidligere har hun vært administrasjonssjef ved Sagenehjemmet i Oslo.

– Jeg ser fram til dekanarbeidet med stor glede og spenning, men også ydmykhet over all den kunnskap, kompetanse, kreativitet og engasjement som finnes

både blant avdelingens ansatte og våre studenter, sier Toverud Jensen.

Pasient får jobb

Martin Moe skal gjøre noe ingen andre har gjort før ham innen diabetes: jobbe på sykehus fordi han har erfaring som pasient, ikke som utdannet helsepersonell. Moe er ansatt som regional brukerkonsulent i diabetes i Helse Nord. Stillingen er helt ny på landsbasis, og innen diabetes har det ikke vært ansatt brukerkonsulenter på noen sykehus tidligere.

Moe skal være bindeledd mellom brukere/pasienter og helsepersonell. Han skal se på hvordan brukerne blir hørt og hvordan de kan være med på å påvirke.



***Flere sykdommer
Mange pasienter¹
En behandling***

- *Rask antiinflammatorisk effekt²*
- *IV-behandling gir optimal compliance³*
- *Øker pasientenes livskvalitet⁴*



Automatisk renhet!

Den berøringsfrie automatdispenseren er et viktig middel i kampen mot overføring av smitte. Hittil har vi solgt mer enn 50.000 automatdispensere i det norske helsevesen.

Systemet er basert på en elektronisk sensor som registrerer bevegelse og gir riktig dosering. Alt du trenger å gjøre er å sette hendene under dispenseren og riktig dose kommer ut i løpet av sekunder.

Enkelt, tidsbesparende, økonomisk og hygienisk.

Hver "Bag-in-Box" har en pose med en doseringsventil som hindrer at luft og bakterier trekkes inn og forurenser produktene.

Du får ca. 350 doseringer ut av en "Bag-in-Box".

Batteriskift er en gang i året eller intervaller a 10.000 pulseringer.

Batteritype: AA



"Bag-in-box" til automatdispenser får du i miljøvennlige 700 ml pakker som enkelt skiftes ut når du går tom.

Antibac er Norges mest brukte desinfeksjonsmiddel.

Antibac har i en årrekke vært brukt i helsevesenet for desinfeksjon av hender, overflater og utstyr. Du får både Antibac Kirurgisk og Antibac Hånddesinfesjon i "Bag-in-boks" for automatdispensere. I tillegg til Mediline såpe og krem.

Våre Antibac produkter er testet og tilfredsstillende de ulike EN kravene.

