

Girer ned

Eli Haugen Bunch ble Norges første professor i sykepleievitenskap i seneste laget. Å bli pensjonist derimot, kunne hun gjerne ha ventet med.

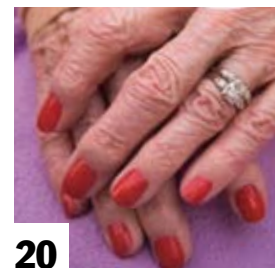
Se side 30

Feil leiring kostet 20 millioner Side 6

Bruker bakteriebombe på operasjonsstuen Side 13

Sjokkbok om hjemmesykepleien Side 20

SMARTPRIS 2009: Alt klart for nye ideer Side 58





Daivobet[®] er et førstevalg ved behandling av psoriasis

Daivobet[®] er å foretrekke sammenlignet med Daivonex[®] krem fordi pasienter får effektiv behandling på halve tiden med bare en kvart mengde legemiddel til halvparten av prisen.

Derfor er **Daivobet[®]** et logisk førstevalg.



LEO Pharma AS eies hundre prosent av den uavhengige og private stiftelsen The LEO Foundation. LEO har ingen aksjonærer og betaler ikke utbytte til eksterne eiere. Alt overskudd fra vår virksomhet brukes til forskning og utvikling. Uavhengighet, effektivitet, stabilitet og ansvar er kjerneverdier for vår virksomhet. www.leo.no

Barth Tholens om alderdom

Stilling: Ansvarlig redaktør i Sykepleien

E-post: barth.tholens@sykepleien.no

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



Paradise Sykehjem

Det er ingen spøk å bli gammel i Norge. Om vi kunne velge, hadde vi kanskje heller vært et annet sted. Eller kanskje ikke?

PENSJONISTNOMADER: Når det er langt mellom besøkene fra hjemmesykepleien, kan det være fristende å satse på utlandet. Men hva med å importere utlandet hitover?

Det er ikke likegyldig hvor vi blir født. Av alle faktorer som bestemmer vår helse, våre framtidssikter og våre muligheter til å oppnå lykke i livet, er fødested antakelig den mest avgjørende. Å bli født i Norge er omtrent som å finne en gratis parkeringsplass midt i Oslo sentrum, rett foran din favorittkino: Det er nesten for godt til å være sant.

Hvor vi så skal «parkere» når vi bli gamle, ja, det er et helt annet spørsmål. Gjerne et sted hvor vi blir tatt godt vare på – men hvor er det? Kvaliteten på eldreomsorgen i norske kommuner varierer en god del og er nokså uforutsigelig. Bor vi i en utkantkommune er det slett ikke sikkert at vi havner på et dårlig sykehjem. Og livet som eldre pensjonist kan være et helvete selv om vi holder til i hovedstadens rikeste strøk. Å trekke vinnerkupongen når det gjelder våre siste leveår, krever i beste fall en god del beregning. I verste fall er det begredelig uansett.

Det siste er Else Panagiotakis bok «Adjø Felicia» et godt eksempel på. Panagiotaki var hjemmesykepleier i Oslo. Hun har skrevet en sterk, halv-dokumentarisk skildring av sine opplevelser hjemme hos pasienter på Frogner. I denne bydelen på Oslos beste vestkant er det mange vakre fasader og underforstått rikdom. Men boka vitner om den institusjonaliserte eldreomsorgens grusomme dilemma: Alle som trenger det, får hjelp. Men bak fasadene råder den ufiltrerte ensomheten. Hjemmesykepleierne springer fra leilighet til leilighet for å tildele en liten, effektiv

porsjon av den offentlig tilmålte omsorgen. Men når kommunens utsendte springer videre, er den skrikende isolasjonen tilbake.

Elsa Panagiotaki har bakgrunn fra mange års opphold i Hellas. Hun har skrevet en viktig bok om skyggesidene av den offentlig eldreomsorgen. Og hun viser hvordan helsepersonell rives mellom dårlig samvittighet og lojalitet til vedtatte rammer. Men forfatteren idealiserer heller ikke forholdene i sitt andre hjemland i Sør-Europa. I

Livskvalitet skapes ikke av bevilgninger alene.

motsetning til Norge er omsorgen for eldre mennesker i Hellas stort sett overlatt til familien. Det fører trolig til at mange eldre der føler seg bedre ivaretatt fordi de er blant sine «egne». Men når helsen hos de gamle svikter, får familien en tung omsorgsbyrde. Da melder staten pass.

I Norge føler vi oss heldige fordi vi er et rikt land som kan gi sine innbyggere trygge rammevilkår. Vi har gjort eldreomsorg til en institusjon som alle skal få like mye av. Men ingen kan leve av bare et godt system. Livskvalitet skapes ikke av bevilgninger alene. Det er Panagiotakis bok et godt bevis på. Det er derfor ikke så rart at mange fristes til å ta med sin pensjon til land hvor livskvaliteten synes bedre. Norge betaler i dag cirka 100 millioner kroner årlig bare

til den spanske staten for å dekke utgifter til legebehandling og sykehusopphold for norske pensjonister bosatt der. Der er nok en utvikling vi bare har sett starten av. Vår økte mobilitet har gjort oss til potensielle pensjonistnomader som søker dit prisene er lavest, nytelsen høyest og kvalifisert helsepersonell er i nærheten. Norge betaler!

Hvor lystig denne tanken enn er, i et større perspektiv, vet jeg saktens ikke. Å reise er å leve, heter det. Og leve vil vi jo helst gjøre lengst mulig. Men i verste fall blir nordmenn noen ufordragelige rikinger som bare utnytter andre lands økonomiske problemer og lave lønninger til å kjøpe seg en alderdom med behagelig komfort. Det er en slags seniorkolonialisme med en riktig besk bismak. Undersøkelser viser for øvrig at vi gjerne tar med våre problemer. Den norske ensomheten har lett for å snike seg inn også i pensjonistgettoer i solrike lavkostland. I stedet for å legge til rette for å eksportere stadig flere norske pensjonister til utlandet, kunne det være en idé at vi lærte noe av søreuropeernes sosiale liv. Og bruke denne erfaringen til å fylle vår hjemlige eldreomsorg med mer lys og varme.

Barth Tholens



Forsidefoto: Erik M. Sundt

Sykepleien

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

Ansvarlig redaktør

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

Markedssjef

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

E-post:

redaksjonen@sykepleien.no
interaktivt@sykepleien.no

Repro og trykk

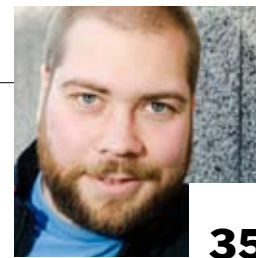
Stibo Graphic AS



Sykepleiens formålsparagraf:

Sykepleien skal utøve saklig, uavhengig og kritisk journalistikk forankret i Norsk Sykepleierforbunds formålsparagraf, Redaktørplakaten og pressens Vær Varsom-plakat. Tidsskriftet har som oppgave å sette sykepleiernes interesser på dagsorden. Sykepleien skal delta i samfunnsdebatten og stimulere til engasjement og meningsbrytning. Sykepleien arbeider etter Vær Varsom-plakatens regler for god presseskikk. Den som mener seg rammet av urettmessig omtale oppfordres til å ta kontakt med redaksjonen. Brudd på pressens etiske retningslinjer, ifølge Vær Varsom-plakaten, kan klages inn for Pressens Faglige Utvalg. Sykepleien betinger seg retten til å lagre og utgi alt stoff som publiseres i elektronisk form.

6 Feil leiring har kostet 20 millioner
9 **Vi bare spør** Paul Chaffey
10 Folk
13 Bakteriebobbe på operasjonsstuen
14 – Se barna!
16 Et løft for tub-pasientene
18 Slutt på Villa Sana-kurs
20 **Dokumentar:** Hjemmesykepleie
26 Øre-nese-hals-sykepleierne til NSF
28 Straff lite egnet
30 **Tett på** Eli Haugen Bunch
34 – Slipp de ansatte fri
36 Snart felles prosedyrer i sykehusene
38 **Fagtema:** Rusmisbrukere på sykehjem
46 **Bøker:**
• Forfatterintervju: Ole Martin Holte
• Anmeldelser
• Bokomtaler
• 9 spørsmål til Kristi Furubotn
52 Papirløse får helsesenter
54 Ber regjeringen klargjøre
54 Usikker influensavaksine
56 Ingen praksis uten ex.phil.
58 Ny Smartpris-konkurranse
• Snart smart i Danmark
60 Blodig alvor
70 **Dilemma:** Mammass død
73 Minneord
74 **Terje Carlsen** om patenter
76 Siden sist
77 Debatt
77 Riskhospitalet
80 Quiz
81 Før



35



60

Fag i utvikling:

- 38 **Fagtema:** Rusmisbrukere på sykehjem
• «Allsang, bingo og gudstjeneste passer ikke for våre beboere»
62 Tiltak mot trusler og vold
65 Fagnotiser
66 Samtale gjør jobben givende
68 **Fagkronikk:** Kirsten Markussen om angst hos kolspasienter

82 NSF:

Lisbeth Normann om innovasjon

- Sparte 1000-lapper ved flytting av forsikring
- Forbundet vokser
- Det er nå du har mulighet til å påvirke NSF's krav!
- Sykepleiere viser søstersolidaritet

- 85 Sykepleien JOBB — ledige stillinger
103 Meldinger, skoler og kurs



Foto: Merit Fonn

38

Et høyst uvanlig sykehjem

Jan Egil Jansen er en av pasientene på avdelingen for rusmisbrukere på Stokka sykehjem i Stavanger. Pasientene der har helt andre behov enn på en vanlig sykehjemsavdeling. Sykepleierne kommer stadig opp i dilemmaer. Les reportasjen og fagartikkelen fra Stokka.

Feil leiring har kostet 20 mill.



LIGGESTILLING: Det er sykepleiers oppgave å sørge for at pasienten ligger riktig under operasjon, for å unngå varige skader.

Av oppgaver sykepleiere er ansvarlige for, er feil leiring under operasjoner den vanligste årsaken til erstatningskrav.

Norsk Pasientskadeerstatning (NPE) har behandlet 150 klager på skader under leiring siden 1988, de fleste de siste ti årene. I 70 prosent av sakene fikk klageren medhold.

Siden totaltallene på pasienter som har blitt behandlet for leiringskader ikke er tilgjengelige, er det vanskelig å si om problemet er økende, forklarer avdelingsdirektør Mads Morten Nøjd i NPE.

Hvor går det galt?

Ifølge Nøjd virker det som om sykehusene har rutiner for leiring.

– Sakene er forskjellige. Årsaken til at det har gått galt ser også ut til å variere. For eksempel hender det at operasjonen har vart lengre enn forventet, og at det da ikke er fulgt godt nok opp, sier han.

NPE

- Siden 1988 har Norsk Pasientskadeerstatning (NPE) totalt behandlet 43 000 saker.
- 11 250 har fått erstatning
- Totalt er det betalt ut 4,3 milliarder kroner i erstatninger.

Brakk høyre bein, nerveskade i venstre

En mann ble operert på grunn av brudd i høyre lårbein. Venstre bein ble plassert i beinholder. Operasjonen tok lengre tid enn forventet. Leiet for beinet i beinholderen ble ikke endret under inngrepet. Det utviklet seg losjesyndrom i venstre bein, og han ble operert med spalting av muskellosjene. Det er påvist skade på to av hovednervene i venstre bein.

NPEs vurdering: Skaden i venstre bein ville mest sannsynlig vært unngått dersom rutene med å endre leire hver andre time under operasjonen hadde blitt fulgt. Det foreligger svikt ved oppfølgingen under operasjonen, og pasienten har krav på erstatning.

Les om tabbene:



– Er ikke operasjonssykepleierne oppmerksomme nok, eller mangler de kunnskap om god leiring?

– NPE vurderer kun om det har vært en svikt i behandlingen og gjør vedtak ut ifra det. NPE-tallene antyder at leiring er et problemområde sykehusene bør se nærmere på, sier Nøjd.

Får erstatning

Ved gjennomgang av de drøyt hundre medholdsakene, har rundt 50 av pasienter klaget på skader i beina.

Omtrent like mange har klaget på skader i armene. Trykkskadene har medført nedsatt funksjon og til dels smerter i kroppsdelenene.

Pasienter som klager på skade etter trykk eller klem ved leiring under operasjonen, får ofte medhold.

– Til de vel 70 prosent av pasientene som har fått medhold i erstatningskravet har NPE utbetalt omkring 20 millioner kroner i erstatning, sier Nøjd.

Når NPE mottar en pasientklage, blir det aktuelle sykehuset kontaktet.

– Vi ber om tilleggsinformasjon og holder sykehuset orientert gjennom hele prosessen. Når saken er ferdigbehandlet av oss, får sykehuset oversendt kopi av vedtaket. Hvordan disse opplysningene brukes i kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet er opp til sykehuset. Vi oppfordrer dem til å bruke erfaringene fra våre saker i dette arbeidet, sier Nøjd.

Kvalitetsutvalgene på sykehusene kan finne ut om sykehuset har noen NPE-saker.



Når skaden er oppstått

Slik er saksbehandlingen hos Norsk Pasientskadeerstatning:

1. Melde skade: Skademeldingsskjema kan lastes ned fra www.npe.no, og sendes ferdig utfylt til NPE.

2. Forberedelser: NPE henter inn en uttalelse fra behandlingsstedet, samt eventuell annen informasjon som journal. Kopi av uttalelsen blir sendt, og pasienten kan kommentere den. Dette tar i snitt tre måneder.

3. Saksbehandling: Det vil bli hentet inn en spesialistvurdering av saken, journal og sykehusets uttalelse. Saksbehandleren vil se til tidligere vedtak på lignende saker.

4. Vedtak: NPE vurderer sakens dokumentasjon opp imot lowerholdere. På bakgrunn av dette gis medhold eller avslag. Målet er at pasienten skal være likt stilt økonomisk som vedkommende var før skaden skjedde.

5. Klage på vedtak: Om pasienten får avslag i saken, kan det klages på vedtaket til pasientskadenemnda. Klagen sendes til NPE innen tre uker.

– Moderne utstyr viktig

– Et kirurgisk inngrep skal ikke påføre pasienten større skader enn selve inngrepet forårsaker, sier lederen for operasjonssykepleiere, Turid Petlund.

Turid Petlund mener det er beklagelig at dårlig leiring forekommer såpass ofte, og at det gir så store konsekvenser for pasientene.

– Leiringsskader skal ikke oppstå. Årsaken kan være mangel på kunnskap eller svikt i rutiner/prosedyrer. Det er også viktig å se på hvem som leierer. Blir det gjort av en alene, eller er man flere til å vurdere leiet? undrer hun.

Operasjonssykepleiers ansvar

Petlund påpeker at operasjonssykepleieren har et selvstendig sykepleiefaglig ansvar i forhold til klinisk yrkesutøvelse.

– Operasjonssykepleieren skal dokumentere den sykepleie som er utført. Har hun fulgt ruinene ved riktig leiring? Dersom pasienten er leiret annerledes enn retningslinjene, skal det også dokumenteres, sier hun.

Må få beskjed

Petlund mener det er viktig at gjeldende avdeling der leiringsskader har skjedd, blir varslet.

– For å unngå at feil skal gjentas, er det viktig at den aktuelle avdelingen kan gå igjennom forløpet og se hva som eventuelt gikk galt. Slike brudd på forsvarlig praksis bør bli evaluert. Alt tilgjengelig materiale må gjennomgås slik at det kan føre

til endring av praksis der feil er blitt begått. Det kan også gi operasjonssykepleierne mulighet for å dokumentere behov for nyere og mer moderne utstyr til leiring av pasienter, sier hun.

Sjekk utstyr

– Jeg ser i eksemplene fra NPE at det er flere skader der det er brukt beinholdere. Flere avdelinger har fortsatt «gamle» typer beinholdere i bruk ved leiring av operasjonspasienter. Operasjonssykepleierne har ansvar for å holde seg faglig oppdatert og å jour, også når det gjelder nyere metoder og utstyr for leiring. Ledelsen ved den enkelte avdeling har også et medansvar i dette. Det er viktig at de gir sykepleierne gode muligheter for opplæring og oppdatering. Det er også viktig at riktig utstyr kjøpes inn, sier hun.

Eggstokkoperasjon ga vond skulder

En kvinne ble operert på grunn av eggstokkreft. Operasjonen var vellykket da man lyktes med å fjerne alt synlig svulstvev, men umiddelbart etter operasjonen hadde hun smerter i høyre skulder. Skulderplagene vedvarte, og det ble påvist en nerveskade.

NPEs vurdering: Nerveskaden i skulderen skyldes mest sannsynlig leiet under operasjonen. Skaden har medført smerter og nedsatt funksjon i skulder og arm. Det foreligger svikt ved ytelse av helsehjelp, og pasienten har krav på erstatning.

Vonde legger etter stomioperasjon

En mann fikk utført en stomioperasjon. Begge beina var plassert i beinholdere. Etter inngrepet har han utviklet et kronisk smertesyndrom grunnet skade på peroneusnerven.

NPEs vurdering: Smerteplagene skyldes mest sannsynlig unøyaktig leiring ved plassering av bein i beinholdere. Under denne prosedyren er det svært viktig å være nøye med leiringen slik at det ikke oppstår trykkproblemer i knehalsene. Det foreligger svikt ved ytelse av helsehjelp, og pasienten har krav på erstatning.

Dessverre, malariamyggen tar aldri ferie!



MALARONE®

atovakvon/proguanil

gir effektiv beskyttelse (95-100 %)¹ mot *P. falciparum*-malaria for hele familien*

Effektiv mot *P. falciparum*-stammer som er resistente overfor andre antimalaria¹
Kryssresistens mellom andre antimalaria og MALARONE er ikke observert¹

C Malarone «GlaxoSmithKline»
C Malarone Junior «GlaxoSmithKline»
Antimalariamiddel.

ATC-nr.: P01B B51

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

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

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

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

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for atovakvon, proguanilhydroklorid eller øvrige innholdstoffer. Kontraindisert som profylakse mot *P. falciparum*-malaria hos pasienter med alvorlig nedsatt nyrefunksjon (kreatininclearance <30 ml/minutt).
Forsiktighetsregler: Sikkerhet og effekt av Malarone Junior som profylakse hos barn <11 kg er ikke klarlagt. Absorpsjon av atovakvon kan være redusert hos pasienter med diaré eller oppkast, men dette har ikke vært assosiert med nedsatt profylaktisk effekt. Dersom pasienter med akutt malaria har diaré eller oppkast, bør alternativ behandling vurderes. Dersom Malarone brukes til behandling av malaria hos disse pasientene, bør parasittmengden i blod følges nøye. Ikke undersøkt for behandling av cerebral malaria eller andre alvorlige manifestasjoner av komplisert malaria som hyperparasitemi, lungeødem eller nyresvikt. Residiv oppstår ofte når *P. vivax*-malaria kun blir behandlet med Malarone. Reisende som blir betydelig eksponert for *P. vivax* eller *P. ovale*, og som utvikler malaria forårsaket av en av disse parasittene trenger tilleggsbehandling med et legemiddel som er aktivt overfor hypnozitter. Ved residiv etter infeksjon med *P. falciparum* etter behandling med Malarone eller ved behandlingssvikt, bør pasienten behandles med et annet middel med drepningsevne på schizontene i blodet. Parasittvekst i blodet bør overvåkes hos pasienter som samtidig behandles med metoklopramid eller tetracyklin. Samtidig behandling med Malarone og rifampicin eller rifabutin anbefales ikke. Alternativer til Malarone bør anbefales for behandling av akutt *P. falciparum*-malaria hos pasienter med alvorlig nedsatt nyrefunksjon (CICR <30 ml/minutt). Svimmelhet er rapportert ved bruk av Malarone. Pasienter bør ikke kjøre bil, bruke maskiner eller ta del i aktiviteter som setter dem selv eller andre i fare dersom de er svimle.
Interaksjoner: Proguanil kan øke den antikoagulerende effekten av warfarin og andre beslektede kumarinbaserte antikoagulasjonsmidler. Ved samtidig bruk må forsiktighet utvises ved oppstart eller

Doseres etter vekt

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

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

Enkelt i bruk:

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

seponering av malariprofylakse eller behandling. Samtidig behandling med metoklopramid og tetracykliner har vært forbundet med betydelig reduksjon i plasmakonsentrasjonen av atovakvon. Forsiktighet ved kombinasjon med indinavir pga. reduksjon av C_{min} for indinavir. Samtidig behandling med rifampicin eller rifabutin nedsetter atovakvon-nivået med hhv. ca. 50 % og 34 % og bør derfor unngås.
Graviditet/Amning: Overgang i placenta: Sikkerheten ved samtidig bruk av atovakvon og proguanilhydroklorid hos gravide er ikke klarlagt og potensiell risiko er ukjent. Bruk under graviditet bør kun overveies dersom forventede fordeler for moren oppveier mulig risiko for fosteret. Proguanil hemmer parasittens dihydrofolatreduktase. Ingen kliniske data indikerer at folatsupplement reduserer legemidlets effekt. Kvinner i fertil alder som behandles med folatsupplement skal fortsette med slik behandling mens de tar preparatene. **Overgang i morsmelk:** Det er ikke kjent om atovakvon skilles ut i morsmelk. Proguanil utskilles i morsmelk i små mengder. Preparatene bør ikke brukes under amning.
Bivirkninger: Hyppigst rapportert ved behandling av malaria: Magesmerter, hodepine, magesmerter og diaré. Bivirkninger fra kliniske studier og spontantapporter etter markedsføring: **Svært vanlige (≥1/10):** Gastrointestinale: Magesmerter, oppkast, kvalme og diaré. Neurologiske: Hodepine. **Vanlige (≥1/100 til <1/10):** Blod: Anemi, nøyotropi. Immunsystemet: Allergiske reaksjoner: utslett. Lever/galle: Forhøyede leverenzymverdier. Unormale leverfunksjonstester er reversible og ikke forbundet med uønskede kliniske hendelser. Lufteveier: Hoste. Neurologiske: Svimmelhet. Stoffsifte/ernæring: Hypotansjon, anoreksi. Øvrige: Feber. **Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):** Gastrointestinale: Stomatitt. Hud: Hårtap. Immunsystemet: Urticaria. Stoffsifte/ernæring: Forhøyede amylasenivåer. **Ukjent:** Blod/lymfe: Pancytopeni ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon. Gastrointestinale: Mageintoleranse, sår i munnen. Immunsystemet: Angioødem, anafylaksi, vaskulitt. Lever/galle: Hepattitt, kolestase.

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

kollaps av mitokondrienes membranpotensial. Proguanil, via metabolitten cycloguanil, hemmer dihydrofolatreduktase og forhindrer deoksytylmidylatsyntesen. Proguanil kan også forsterke atovakovns evne til å bryte mitokondriens membranpotensial hos malariparasitter. **Absorpsjon:** Atovakvon er svært lipofilt med lav vannoppløselighet. Fettholdig mat inntatt samtidig med atovakvon øker absorpsjonsgrad og -hastighet, og øker AUC 2-3 ganger og C_{max} 5 ganger i forhold til ved faste. Proguanilhydroklorid absorberes raskt og fullstendig, uavhengig av samtidig matinntak. **Fordeling:** Atovakvon har høy proteinbindingsgrad (>99 %), men fortrenger ikke andre legemidler med høy proteinbindingsgrad in vitro. Proguanil er 75 % proteinbundet. **Halveringstid:** Atovakvon: Ca. 2-3 dager hos voksne og 1-2 dager hos barn. Proguanil og cycloguanil: Ca. 12-15 timer hos både voksne og barn. **Metabolisme:** Proguanilhydroklorid blir delvis metabolisert av CYP 2C19. **Utskillelse:** Atovakvon: Ubetydelig utskillelse i urin. Det meste (>90 %) utskilles uforandret i fæces. Proguanilhydroklorid: <40 % utskilles uforandret i urin. Metabolittene cycloguanil og 4-klorofenylbiguanid utskilles også i urin. **Pakninger og priser: Malarone:** 12 stk. kr 353,70. **Malarone Junior:** 12 stk. kr 134,30. Sist endret: 09.05.2009

* Personer > 11 kg

Referanse:

¹ McKeage K, Scott LJ. Atovaquone/Proguanil Drugs 2003;63(6):597-623

GlaxoSmithKline

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

Paul Chaffey

Alder: 43 år

Aktuell som: Direktør i Abelia, NHOs forening for kunnskaps- og teknologi-bedrifter, med forslag om hvordan helsevesenet kan løse problemet med økende behov for arbeidskraft.

Hva nytt skal sykepleierne gjøre?

– Flere kunnskapskrevende oppgaver som leger gjør i dag. For legene må jo også over i nytt terreng når vitenskapen utvikler seg. Fint hvis teknologien kan overta rutineoppgaver.

Hvilke da?

– For eksempel lete etter ting. Tipper sykepleierne er lei av å lete etter epikriser, senger – og leger.

Andre ideer for sykepleiere?

– De kan ha små kontorer på kjøpesentre, som i USA. Der kan de utføre standardiserte tester for 20-30 diagnoser. Så kan folk få svar på 15 minutter.

Allergitest?

– Ja, sikkert. Tester som trenger faglig veiledning. Poenget er å flytte nærmere brukerne. Men det passer bare hvis folk vet hva som feiler dem.

Stas for sykepleierne å sitte på kjøpesentre, tror du?

– To fordeler med det: De som vil ha diagnose slipper å reise langt. Og greit for statsbudsjettet.

Har du eksempler på smarte oppfinnelser?

– Ultralydsensor rundt arm eller hals, slik at andre ser hvor man befinner seg. Sensoren fanger opp om personen har falt på golvet. Avvik utløser alarm.

Til bruk både hjemme og på institusjon?

– Ja, hjemme vil folk føle seg tryggere. På institusjon kan man finne pasienter på steder der de ikke skal være.

Demente?

– Ja. Dette utløser nok en haug med personverndebatter. Det er helt greit, men de fleste vil se fordelene ved ikke å skade seg selv. Bruk av teknologi gir mer frihet og kontroll enn mange tror.

Flere smarte ting?

– Brett til å trykke på for å kommunisere. Det kan brukes for å gi beskjed om når det er tid for å ta medisiner.

Hvem skal trykke?

– Brettet kan passe for personer uten taleevne. Informasjon kan programmeres inn. Slike hjelpemidler blir sett som kostnad. Men

BAKGRUNN:

Chaffey mener at ny, smart teknologi kan friggi tid til helsearbeiderne. Og at helsevesenet må slåss med de private tjenesteyterne om de kloke hodene.

egentlig betyr det stor innsparing, for folk kan bo hjemme lenger.

Du snakker om samhandling. Men det tar jo helseministeren seg av for tiden?

– Han gjør et forsøk, men han har ikke en løsning på alt. Han ser mest på inntektsstyring, mindre på praktisk samhandling. Aktører må snakke sammen.

Du har bedriftene dine i tankene?

– Absolutt. Noen lager tekniske dingser, noen programvare, andre sykehusadministrative systemer. Hvis Norge lykkes med disse produktene, gir det eksportmuligheter. Kan hende fins det sykepleiere med en gründer i magen.

Har du hørt om Sykepleiens smartpris for gode ideer?

– Nei. Så bra! Å premiere gode ideer er veldig lurt. Sykepleierutdanningen burde kanskje ha noe om å drive forretninger. Å stimulere til innovasjon er ikke noe bare næringslivet skal drive med.

Du har en multifunksjonshemmet sønn. Hvilke utfordringer har du sett?

– At informasjon går tapt og blir ikke delt. Hodet til sønnen min hører til på Riksen, beina på Ahus. Alt blir lettere når samhandlingen fungerer. Vi er blitt spurt 100 ganger om det samme av forskjellige personer. Tror ikke det er så hyggelig for dem som spør heller.

Helsevesenet er sammensatt?

– Det er hakket mer komplisert enn andre bransjer. Men alle sliter med å tilpasse seg.

Må sykepleierne mer ut på nett?

– Absolutt. Befolkningen er blitt mer utålmodig. De vil ha svar når de lur, ikke når institusjonen er klar. Hvis ikke systemene reformeres, bruker folk google. Da kan man lure på hvor gode svar de får.

tekst Marit Fonn foto Erik M. Sundt



Utfordrer på Jæren

Jæren Distriktpsikiatriske Senter NKS har mottatt prisen Årets utfordrer 2009 for å være en modig, nyskapende og framtidsrettet virksomhet. Prisen deles ut av HSH til en av de rundt 1 800 medlemsvirksomhetene innenfor området helse, utdanning, kultur og frivillige organisasjoner.

Ved tildelingen har juryen spesielt merket seg to tiltak som blant annet har redusert bruk av tvang:

Jæren DPS Senter NKS har stilt to plasser til rådighet for personer som selv bestemmer når de trenger innleggelse. Dermed er tvangsbruken gått ned. Etter en studie- og forsøksperiode på to år ble de to plassene, som egentlig het kriseplasser, omdøpt til brukerstyrte plasser og gjort permanent.

Innleggelsen skal være av kortest mulig varighet og maks fem døgn, og oppholdet skal bære preg av beskyttelse, struktur, kontroll. De som benytter tilbudet kan ringe og be om plass alle dager, også søndag.

HEDRET: Direktør Signe Nijkamp (lite bilde) og styreleder Arne Hodne mottok prisen Årets utfordrer 2009 på vegne av Jæren DPS. (Foto: HSH)



Informerer om bedre registre

Sykepleier **Fred Emil Bjerke** (bildet) er ansatt som informasjonsrådgiver ved Senter for Klinisk Dokumentasjon og Evaluering (SKDE). Sentret har i samarbeid med Helse Midt IKT fått i oppdrag å være et nasjonalt servicemiljø innen arbeidet med opprettelse og drift av kliniske kvalitetsregistre.

– Registerenheten skal særskilt bistå fagmiljøene i oppstart og drift av registre. Analyseenheden skal generere kunnskap om helsetjenesten gjennom kvantitative analyser av tilgjengelige data i registrene, forteller Fred Emil Bjerke. En av hans første oppgaver blir å opprette en ny webportal for kliniske og administrative fagmiljøer.



Setter mål, får resultater

Fagsjef ved Stavanger universitetssykehus, **Målfrid Meling** (bildet), har fått prisen som Årets sykepleieleder av NSF Rogaland.

Begrunnelsen er at Meling gjennom målrettet og engasjerende arbeid setter klare mål for sykepleietjenesten og oppnår gode resultater sammen med sine ansatte.

Konkret trekker forslagsstillerne blant annet fram hennes initiativ til å lage en plan for sykepleie/helsefaglig utvikling på sin arbeidsplass, at hun stimulerer til at sykepleiere som tar mastergrader får formidlet sine funn og brukt sin kompetanse i praksis, og at hun legger til rette for at sykepleiere kan ta doktorgrad.

– Fagsjefen tar grep om sykepleiefaget i en tid der økonomi, omorganisering og innstramminger tar fokuset vekk fra det som er viktigst for pasienten, nemlig at de får møte yrkesstolte, faglig oppdaterte og dyktige sykepleiere, heter det videre i begrunnelsen fra sykepleierstipendiatene ved Stavanger universitetssykehus.

Arbeidsmiljøprisen 2009

– Det er tid for å lansere kandidater til Den norske arbeidsmiljøprisen 2009, sier direktør Paul Norberg i Arbeidsmiljøsentret, som håper på mange forslag fra hele landet.

Prisen kan tildeles både bedrifter, organisasjoner, offentlige virksomheter og enkeltpersoner. De siste årene har det vært stor medieoppmærksomhet om tildelingen av den prestisjefylte prisen, og godt sikkerhetsarbeid og et trygt arbeidsmiljø er også gode konkurransefortrinn for enhver virksomhet.

Prisen er en påskjønnelse for systematisk og målrettet innsats for å utvikle og forbedre arbeidsmiljøet. Forslag sendes til direktør Paul Norberg, Arbeidsmiljøsentret, postboks 9326 Grønland, 0135 Oslo.

E-post: paul@arbeidsmiljo.no

Vi siterer Per Meinich

Avtpoppende klinikkjef ved UNN

Dette begynner å minne meg om HVPU-reformen.

Meinich om samhandlingsreformen, fordi det går fortere å legge ned tilbud i spesialisthelsetjenesten enn å bygge det opp i kommunehelsetjenesten. Dagens medisin, 15. mai



Plaget av rød hud?

Eucerin® Anti-Redness er en sikker løsning mot rød hud i ansiktet. Kliniske studier viser at kremen på en skånsom måte reduserer rød hud og sprenge blodkar i løpet av 4 uker. Kombinasjonen av grønne pigmenter og den beroligende planteekstrakten licochalcone fra lakrisrot virker umiddelbart og lindrende på rød hud i ansiktet. For en effektiv og lindrende behandling, spør etter Eucerin® Anti-Redness på apoteket. Se www.eucerin.no for mer informasjon.

Anbefalt av hudleger: Eucerin® Anti-Redness er klinisk testet* for bevist å redusere rød hud i ansiktet. Alle Anti-Redness produktene er uten parfyme og er utviklet for sensitiv hud.



*Weber T et al (2005): Tolerance and Efficacy of a Skin Care Regimen Containing Licochalcone A for Adults with Erythematic Rosacea and Facial Redness. (Abstr.) J Am Acad Dermatol Vol 52 (3), 95.

Vinn
bærbar PC
til 15.000,-

Vinn
splitter ny PC -
med bæreveske
og programvare.



Sykepleien presenterer:

Den Store Spørsmålsjakten

Sykepleien har nylig lansert splitter nye nettsider, og dette feirer vi i fem uker til ende med konkurransen Spørsmålsjakten på **sykepleien.no** – hvor du kan vinne premier for opptil 75.000,-!

Hver uke i kampanjeperioden (4. mai–7. juni) gjemmer vi tre spørsmål på våre nettsider. Når du finner spørsmålene, besvarer du dem i et enkelt skjema. Hvis du har svart riktig, er du automatisk med i trekningen av en bærbar PC til 15.000,- – og dette skjer hver uke!

PS! De tre spørsmålene er usynlige inntil du holder PC-musen over dem, men de opptrer alltid i samlet flokk. På konkurransesiden finner du dessuten «ukens hint» som gir en liten ledetråd om hvor det kan lønne seg å lete.

Klikk deg inn på sykepleien.no og delta i dag!
Vinn premier for tilsammen 75.000,-

sykepleien

Bakteriebomber på operasjonsstuen

Ny forskning viser at nesten 95 prosent av mobiltelefonene som er målt, er forurenset med bakterier. Samtidig har det blitt vanlig å ha mobilen med inn på operasjonsstuen.

Det settes i verk store tiltak for å unngå sykehusinfeksjoner. Operasjonsavdelingene har strenge hygieniske krav til riktig bekledding og oppdekking med minimal spredning av partikler. Det skal være minst mulig trafikk og personale på stuen under operasjoner. Det fokuseres på riktig arkitektonisk utforming og god luftgjennomstrømning av rommene.

Nå viser det seg at nesten 95 prosent av mobiltelefonene som er målt, er forurenset med bakterier. Forskerne har studert helsepersonells mobiltelefoner som de har med seg rundt i operasjonsavdelingen og på operasjonsstuen. Nesten 90 prosent sa at de aldri hadde vasket mobilen. Mange av bakteriene som ble funnet på mobiltelefonene er av det slaget som gir sykehusinfeksjoner. Resistente bakterier ble funnet på hver åttende telefon.

Strenge krav

Turid Petlund, leder av NSF's landsgruppe av operasjonssykepleiere, forteller at bruk av private mobiltelefoner er et helt vanlig syn inne på operasjonsavdelinger.

– Det var lenge forbudt å bruke mobiltelefoner i operasjonsavdelinger. Årsaken var at senderne i mobiltelefonene påvirket det medisinske tekniske utstyret. De kunne endre funksjonen og for eksempel få en smertepumpe til å løpe løpsk eller endre dosene pasienten fikk.

I dag er ikke dette et problem. Mobiltelefoner blir brukt i nærkontakt med huden, holdt opp mot kinn, munn og ører.

– Vi vet dette. Likevel tar vi uten betenking tar med oss bakteriebomber inn i avdelingen. Dette er uforsvarlig praksis, sier hun.

– Kinn, munn og ører er områder med stort antall bakterier. Det finnes



TOALETT: På mobiltelefonen vokser bakteriene like mye som på toalettseter.

ingen retningslinjer for renhold av private mobiltelefoner. Hvor de blir oppbevart utenfor arbeidstid har vi ingen kontroll med. Nye undersøkelser viser at mobiltelefoner har like mye oppvekst av bakterier som et toalettsete. Vi ville aldri finne på å ta med et toalettsete inn på en operasjonsstue i nærheten av en pasient som skal utsettes for et kirurgisk inngrep, sier hun.

Strengere på kjøkken

Petlund mener mobilbruk på operasjonsstuen ikke er faglig forsvarlig på grunn av infeksjonsfaren de utgjør. Hun føler mange sykepleiere og leger ikke tenker over dette, men tar med seg private mobiltelefoner i lommen som en naturlig del av arbeidsuniformen.

– Det er et paradoks at sykehuskjøkken har satt en standard. Der er det ingen diskusjon! Private mobiltelefoner er forbudt, forurensete hender kan forårsake matforgiftning. For å endre slik praksis, må det tas opp til topps i sykehusledelsen, og

forankres der, sier Petlund.

Kan ikke forby mobilbruk

– *Hva mener Folkehelseinstituttet (FHI) om bruk av mobiltelefon på operasjonsstuen ut ifra smittefare?*

– Folkehelseinstituttet har ikke diskutert den aktuelle problemstillingen med bruk av mobiltelefoner på operasjonsstuer. Umiddelbart tenker jeg at mobiltelefoner må behandles likt med annet personlig utstyr som notisbøker, stetoskop og annet som den enkelte helsearbeideren bærer med seg, sier overlege ved FHI, Bjørn G. Iversen.

– *Vil det være aktuelt å forby mobilbruk på operasjonsstuen?*

– Folkehelseinstituttet kan gi faglige råd om smittevernsspørsmål. Vi har ingen hjemler til å forby noe som helst. Helseforetaket har plikt til å ha et infeksjonskontrollprogram som skal inneholde skriftlige retningslinjer for smitteverntiltak, sier Iversen.

Studien kan du lese ved å gå inn på denne nettsiden: www.ann-clinmicrob.com/content/8/1/7



Nosokomiale infeksjoner:

Infeksjoner som er oppstått i helseinstitusjoner. De vanligste er: urinveisinfeksjoner, nedre luftveisinfeksjoner, overfladiske og dype postoperative sårinfeksjoner, hudinfeksjoner (kun i helseinstitusjoner for eldre) og septikemier (kun i sykehus).



KREVER MOT: Grete Lillian Moen tror at mange helsearbeidere kvier seg for å snakke med barn om sykdom hos mor eller far fordi det vekker så sterke følelser i dem selv.

– Se barna!

Grete Lillian Moen vokste opp med en mor som var psykisk syk. Da moren var innlagt, opplevde datteren at de ansatte på avdelingen behandlet henne som luft. Nå har hun skrevet bok.

19. mai lanserte Cappelen Damm boken: Barns møte med psykisk lidelse, som er basert på Moens erfaringer, både som datter og som fagperson.

Allerede som tenåring, da moren ble innlagt for andre gang, bestemte hun seg for å skrive bok for å gjøre helsepersonell oppmerksomme på barns situasjon som pårørende.

I dag jobber hun som barnevernspedagog i organisasjonen Mot, og hun mener helsepersonell fremdeles har en lang vei å gå når det gjelder behandling av barn som pårørende.

– Mamma ble syk da jeg ble født. Dette gjorde at jeg vokste opp med konstant dårlig samvittighet. Jeg følte at det var min skyld at moren min var blitt syk, og levde i konstant frykt for at hun skulle bli det igjen.

De to første årene hun levde, bodde moren på institusjon i til sammen ett år. Dette gjorde at hun aldri knyttet seg helt til moren følelsesmessig.

Følte skam

– Det var ingen som snakket ordentlig om mammas sykdom, vi fikk høre at hun ikke var så sterk, at hun hadde svake nerver. Jeg følte at jeg måtte være ekstra snill, slik at hun ikke ble syk en gang til på grunn av meg.

Fortielsen og antydningene førte til at morens tilstand ble forbundet med skam.

– Helsepersonell må se disse barna og de må våge å snakke med dem om sykdommen som har

Jeg følte at det var min skyld at moren min var blitt syk, og jeg levde konstant i frykt for at hun skulle bli det igjen.

rammet deres nærmeste, presiserer Moen.

Hun tror at mye av grunnen til at helsepersonell ikke snakker med barn som er pårørende er at det å gå inn i barn og unges sorg

og smerte er svært vondt.

– Men vi skylder barna å gi dem konkrete svar. Vi må gi sykdommen et navn og fortelle hva som skjer, beskrive tvangsforestillinger, hallusinasjoner og lignende. På den måten fratar vi barn ansvaret for foreldrenes tilstand, tror Moen.

Ikke bra nok

– Er møtet med voksenspsykiatrien like ille for barn i dag som det var da du var liten?

– Jeg tror det er blitt bedre, men ikke bra nok. Jeg snakker av egen erfaring, som fagperson. Jeg vet at også jeg, på tross av det jeg har opplevd, gjør den samme feilen. Det handler om mot, men det

handler også om å være en del av et system der det å se barna ikke er etablert i tilstrekkelig grad.

Boken er skrevet for alle fagpersoner som kommer i kontakt med barn og unge. Da hun begynte å skrive i fjor sommer, hadde Moen allerede et par års erfaring som foredragsholder om samme tema. Boken baserer seg i stor grad på disse foredragene.

– Dette er ikke ment som en tung fagbok, men som en trøst til andre i samme situasjon og som et innspill til helsepersonell fra en pårørendes ståsted. Jeg tror ikke det er en revolusjon som skal til, men små ting. Selv besøkte jeg mamma på institusjoner i en årrekke uten at noen sa et ord til meg. Hvis noen hadde sagt et par ord om tilstanden hennes, så jeg var litt forberedt før jeg gikk inn til henne, eller spurte hvordan jeg hadde det etterpå, ville det gjort en vesentlig forskjell, tror Moen.

Weifa

KJ Bates Dialog © Foto: i-images.no PAT 09/ZA

Når hodepinen forsvinner, kommer leselysten tilbake

Paracet er effektiv mot smerte. Og de virker lenge – opptil 5 timer ved smerter som for eksempel hodepine.

Paracet er skånsom mot magen, men effektiv mot smerter og kan brukes av både voksne og barn.

Angitt dosering må ikke overskrides uten etter avtale med lege. Høye doser eller langvarig bruk kan gi alvorlig leverskade. Bruk ikke flere slag smertestillende midler samtidig uten etter avtale med lege. Les nøye på pakningen og pakningsvedlegget.



Effektiv mot smerte, snill mot magen

Gir tub-pasienter et løft

Tuberkulose er blitt en sjelden sykdom i Norge. Så sjelden at helsepersonell ikke lenger vet hvordan den smitter eller hva pasientene trenger å vite.

I slutten av mars kom en 50-siders brosjyre fra Landsforeningen for hjerte- og lungesyke (LHL) som gir tuberkulosepasienter svar på mange spørsmål. Den er blitt til i samarbeid med personer med tuberkulose og helsepersonell.

– Vi har laget brosjyren fordi det er et stort udekket behov for informasjon. Tuberkulose er såpass sjelden i Norge at helsepersonell ikke har så god greie på sykdommen, forteller sykepleier Merete Taksdal i LHL.

Sammen med blant andre sosialantropolog Torunn Hasler har hun kvalitetssikret brosjyren. Det hele begynte med intervjuer av tuberkulosepasienter.

Helsepersonell informerer dårlig

I 2006 gjorde Malin Stridbeck en hovedfagsstudie i sosialantropologi, kalt «Se meg – ikke min sykdom». Der intervjuet hun mer enn 30 asylsøkere

Derfor er tittelen på brosjyren «Du blir frisk av tuberkulose» ikke tilfeldig valgt.

– Dette er noe pasientene sjelden får høre, samtidig som det er akkurat det de ønsker å høre. I mange land er tuberkulose fremdeles en dødelig sykdom, men i Norge er den ikke det lenger, sier Torunn Hasler.

Smittefrykt blant helsepersonell

– Vi oppdaget også at det er mye smittefrykt blant norsk helsepersonell. Det fører til at pasienter isoleres unødvendig og forsterker stigmatiseringen av dem som får tuberkulose, sier Hasler.

– *Hva er det helsepersonell ikke vet?*

– De har ofte feil forestillinger om smittemåter. Tub smitter kun gjennom aerosoler som pustes inn, det er derfor helt trygt å ta på pasienten. Det er trygt å ha vanlig sosial

fra isolat, troppet opp med P3-maske og fullt smittevernstutstyr.

Etter to til fire uker på behandling, regnes tuberkulosepasienter som smittefrie, dersom de ikke har multiresistent tuberkulose. Da kan de skrives ut fra isolat og skal følges opp med såkalt DOT-behandling. Det vil si at helsepersonell observerer at pasienten tar medisinen hver dag.

Bare 60 prosent er angrepet i lungene. Resten har sykdommen i andre deler av kroppen, og disse 40 prosentene er ikke smitteførende. Dette er det også mange sykepleiere som ikke vet.

Ulike språk

Over 80 prosent av tuberkulosepasientene i Norge er fra andre land.

– Tuberkulose er først og fremst en importsykdom, og språkproblemer er gjerne knyttet til denne pasientgruppen, minner Taksdal om.

Derfor er brosjyren under oversettelse til russisk, amharisk (etiopisk), urdu, somali og engelsk. Det vil også lages lydfiler av brosjyren, slik at de som ikke er så gode til å lese, kan høre den opplest og se på bildene i brosjyren.

I løpet av året vil det i tillegg komme en veileder til helsepersonell som viser hvordan de kan bruke brosjyren som et grunnlag for samtale med pasientene.

Leger er også uvitende

– Så flott at LHL har tatt jobben med å lage denne brosjyren. Jeg har

Jeg ble redd da jeg ikke greide å gå.

Norsk kvinne med multiresistent tuberkulose i intervju med LHL

med tuberkulose. Seinere intervjuet LHL 17 tuberkulosepasienter fra ulike land, også noen norske, om hvilke behov de hadde for informasjon.

– Vi så at det er et stort gap mellom det helsepersonell tror tuberkulosepasienter trenger å vite og det de selv ønsker å få svar på, sier Torunn Hasler.

omgang med personer som har tuberkulose når de er skrevet ut fra isolat, blant annet er det helt greit å spise sammen og bruke det samme serviset og bestikket.

Ikke alle sykepleiere vet at pasientene er smittefrie når de er utskrevet fra isolat. En pasient fortalte LHL at hjemmesykepleieren som skulle besøke ham etter at han var utskrevet



Fakta

Det diagnostiseres 320 nye tuberkulosetilfeller årlig, de fleste i de største byene, med en opphopning rundt Oslo siden asylsøkere til Løren asylmottak går under Oslo. To av tre kommuner i Norge har aldri tuberkulosepasienter. Fram til 1960 var insidensen 100 per 100 000 innbyggere i Norge, like stor som høyrisikoland i dag. Nå er den mellom fire og seks per 100 000.

allerede begynt å bruke den, og er kjempefornøyd. Denne informasjonen har ikke vært tilgjengelig før. Nå får pasienten tidlig adekvat informasjon, som for eksempel at p-piller ikke virker hvis du står på tuberkulosemedisiner, sier Hege Bjelkarøy.

Hun er tuberkulosekoordinator i Buskerud. I 2003 oppsto denne yrkesgruppen i Norge, som i dag



BROSJYRE: Når tuberkulosekoordinator Hege Bjelkarøy (til venstre) skal snakke med helsepersonell og tuberkulosepasienter, har hun fått et nytt hjelpemiddel fra LHL. Her ser hun på brosjyren sammen med sykepleierne Camilla Steen og Fatima Caric (til høyre).

består av 29 sykepleiere, mellom en og tre i hvert fylke.

Bjelkarøy er enig i at det er noe smittefrykt blant norsk helsepersonell, og hun opplever det hos alle grupper, leger også.

– Enkelte tror tuberkulose er utryddet i Norge og er usikre på hvordan de skal forholde seg til disse pasientene, sier hun.

Men hun tror det er blitt bedre etter at tuberkulosekoordinatorne kom. De innkaller alltid til behandlingsplanmøte med pasient, behandlende lege og helsepersonell som skal utføre DOT etter at pasienten er

skrevet ut fra isolatet.

– Pasienten har da innflytelse på den praktiske avtalen som gjøres, og alle involverte får samme informasjon og anledning til å stille spørsmål, sier Bjelkarøy.

Mange spør henne om det er greit at de behandler vedkommende som en vanlig pasient.

– Til det er svaret ja, vanlige hygieneregler gjelder dersom det er en som er utskrevet fra isolasjon.

– Bruk koordinatorene

– *Hva er den viktigste beskjeden du vil gi til helsepersonell som kommer i*

kontakt med tuberkulosepasienter?

– Når pasientene er utskrevet fra sykehus, kan de ikke smitte andre. Helsepersonell bør skaffe seg opplysninger om den enkelte pasient. Da er det lettest å ta en telefon til koordinatoren i fylket.

Tuberkulosekoordinatorne har oversikt over alle tuberkulosepasientene i fylket eller vet hvem man kan ringe for å få det.

– Derrest bør de følge basale smittevernrutiner som er omtalt på Folkehelseinstituttets nettsider. Det er lurt å gjøre det til en vane å følge vanlige hygieneregler, også selv om man ikke har tuberkulosepasienter.

– *Hva med pasienter der det mistenkes tuberkulose?*

– Hvis mistanken er sterk, bør pasienten isoleres i luftsmitteisolat. I ventetiden før transport dit bør pasienten iføres kirurgisk munnbind og legges på enerom. I andre tilfeller kan det være liten mistanke, og tuberkulose er kanskje noe legen vil utelukke. Da kan pasienten ligge på vanlig sengepost. Hvis en pasient hoster uten kjent årsak, bør helsepersonellet be pasienten dekke til munn og nese når han hoster. Basale smittevernrutiner sier også at helsepersonell kan velge å legge pasienten på enerom eller selv bruke kirurgisk munnbind i nærkontakt og pleie av en person som hoster mye uten kjent årsak, sier Hege Bjelkarøy.

Heftet kan bestilles fra LHL eller lastes ned i pdf-versjon fra lhl.no.



Symptomer på tuberkulose

Personer som hoster i to–tre uker eller mer, kan ha tuberkulose i lungene.

Vanligste tegn: Smerter i brystet, hoste med mye slim, noen ganger også med blod.

Andre vanlige tegn i lungene og andre deler av kroppen: Mindre matlyst, vekttap, føler seg svak og trett, feber over noe tid, svette om natten, hevelse eller kul på halsen, under armene eller i lysken.

Kilde: LHLs brosjyre «Du blir frisk av tuberkulose»

Slutt på Villa Sana-kurs

Avtalen om kurs for slitne sykepleiere på Villa Sana gikk ut ved årsskiftet. NSF sa nei til å fornye den.

Kursene for slitne og utbrente sykepleiere har eksistert siden høsten 2000. Tilbudet har vært en avtale mellom Norsk Sykepleierforbund (NSF) og ressurscenteret Villa Sana på Modum Bad.

I høst ble de siste kursene utlutt for våren; seks ukeskurs, åtte sykepleiere per kurs. Kursavgift og reiseutgifter er betalt av NSF.

– Ombestem dere!

Flere sykepleiere som har gått på kurset reagerer på at tilbudet forsvinner. I et leserinnlegg dette nummeret (se side 77) ber ni sykepleiere forbundsstyret om å ombestemme seg.

– *Hvorfor stopper NSF dette tilbudet til slitne sykepleiere?*

– Forbundsstyret er i gang med en gjennomgang av medlemsfordelene, forklarer NSF-leder Lisbeth Normann.

– Da avtalen med Villa Sana gikk ut ved årsskiftet, valgte vi ikke å fornye den.

Normann påpeker at Villa Sana-kursene er et tilbud som gjelder få av medlemmene. Men hun vet godt at

de som har fått plass på kursene er svært fornøyde.

– Men vi har 88 000 medlemmer med ulike behov. Vi har fått mange tilbakemeldinger om at sykepleiere ikke får penger fra arbeidsgiverne til faglige kurs. Det vil vi hjelpe til med. Vi øker derfor stipendmidlene med to millioner kroner, forteller hun.

Hun synes for eksempel det er ille at ingen sykepleiereledere er påmeldt til konferansen som det internasjonale sykepleierforbundet (ICN) skal ha i Durban i sommer.

– Sånt hører ikke hjemme i 2009. Det er et sluk av behov til faglig støtte, og vi kan ikke si at det ensidig er arbeidsgivers ansvar å finansiere kurs og konferanser.

Veiledning av faggruppen?

Kurstilbudet på Villa Sana har kostet 1, 4 millioner kroner årlig.

– Det fins også andre veiledningskurs. Dette vil vi se nærmere på. Blant annet har vi en stor faggruppe som kan gi veiledning, sier Normann.

– *Legeforeningen fortsetter å tilby kurs til sine medlemmer?*

– De får i mye større grad støtte til faglige kurs. Og vi har ti ganger så mange medlemmer, påpeker Normann.

Hun regner med at det blir avgjort til høsten hvilke medlemsfordeler forbundsstyret ønsker å satse på framover.

A Norspan «Mundipharma»

Analgetikum ved sterke smerter.
ATC-nr.: N02A E01

DEPOTPLASTER 5 µg/time, 10 µg/time og 20 µg/time: Hvert depotplaster inneholder: Buprenorfin 5 mg (6,25 cm²), resp. 10 mg (12,5 cm²) og 20 mg (25 cm²), hjelpestoffer.

Indikasjoner: Behandling av sterke opioidfølsomme smerter, som ikke responderer tilfredsstillende på ikke-opioide analgetika.

Dosering: Påføres hver 7. dag. Ikke egnet til behandling av akutte smerter. **Voksne ≥18 år:** Laveste dose, 5 µg/time, brukes som startdose. Under oppstart og titrering bør pasienter i tillegg bruke de vanlige anbefalte dosene av korttidsvirkende analgetika etter behov. Dosen bør ikke økes før etter 3 dager, når maks. effekt av en gitt dose er oppnådd. Påfølgende doseøkninger kan titreres ut fra behov og respons. Dosen kan økes ved å bruke et større depotplaster eller 2 depotplaster på forskjellige steder. Et nytt depotplaster skal ikke settes på samme sted påfølgende 3-4 uker. Pasienter bør følges grundig for vurdering av optimal dose og behandlingsvarighet. **Nedsatt leverfunksjon:** Pasienter med nedsatt leverfunksjon bør følges godt opp, og ved alvorlig nedsatt leverfunksjon bør alternativ behandling vurderes. Depotplasteret påføres ikke-irritert, intakt hud på yttersiden av overarmen, øvre del av brystkassen, øvre del av ryggen eller siden av brystkassen, og ikke på hudområder med store arr. Påføres et hudområde som er nesten hårfritt eller har relativt lite hår. Hvis ingen er tilgjengelig, skal håret på området klippes med saks, ikke barberes. Påføringsstedet kan vaskes med rent vann. Såpe, alkohol, olje, lotion eller slipemidler må ikke brukes. Hudområdene må være tørre før depotplasteret påføres. Umiddelbart etter at depotplasteret tas ut av den forseglede posen fjernes det beskyttende laget, og depotplasteret presses godt på plass med håndflaten i ca. 30 sekunder, slik at det blir fullstendig kontakt, spesielt rundt kantene. Depotplasteret skal sitte på kontinuerlig i 7 dager. Hvis et depotplaster faller av skal et nytt påføres. Bør ikke brukes lenger enn absolutt nødvendig. Hvis langtids smertebehandling er nødvendig, bør det foretas grundig oppfølging (med opphold i behandlingen ved behov) for å fastslå videre behov. Da den analgetiske effekten vedvarer en viss tid etter fjerning av depotplasteret, bør ikke andre opioider gis før etter 24 timer. Unngå å utsette påføringsstedet med depotplaster for eksterne varmekilder som varmepute, varmeteppe, varmelampe, badstue, varmt bad og oppvarmet vannsende da absorpsjonen av buprenorfin kan øke. Feber kan gi økte plasmakonsentrasjoner av buprenorfin og øke risikoen for opioidreaksjoner.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for buprenorfin eller noen av

hjelpestoffene, opioidavhengighet og narkotikaseponering, tilstander hvor respirasjonssenter og -funksjon er betydelig hemmet eller kan bli det, MAO-hemmere siste 2 uker, myasthenia gravis, delirium tremens, graviditet.

Forsiktighetsregler: Brukes med forsiktighet ved krampelidelser, hodeskade, sjokk, nedsatt bevissthet av ukjent årsak, intrakranielle skader eller økt intrakranielt trykk og alvorlig nedsatt leverfunksjon. Signifikant respirasjonshemming har vært forbundet med buprenorfin, spesielt i.v. Anbefales ikke til analgesi i umiddelbar postoperativ periode eller i andre situasjoner med smal terapeutisk indeks eller raskt svingende analgetisk behov. Buprenorfin har mindre avhengighetstendens enn rene agonistanalgetika. Da det er observert euforiske effekter, bør det utvises forsiktighet ved kjent eller mistenkt stoffmisbruk. Kronisk bruk kan gi utvikling av fysisk avhengighet. Ev. abstinenssyndrom er vanligvis lett, starter etter 2 dager, kan vare inntil 2 uker og omfatter uro, angst, nervøsitet, søvnløshet, hyperkinesi, skjelving og gastrointestinale plager. Bilkjøring og bruk av maskiner frarådes dersom reaksjonsevnen er påvirket, spesielt ved behandlingsstart, doseøkning og kombinasjon med andre CNS-dempende midler.

Interaksjoner: Må ikke brukes samtidig med eller første 2 uker etter MAO-hemmere. Samtidig bruk av CYP 3A4-hemmere kan gi økt effekt. Samtidig bruk av enzymindusere (f.eks. fenobarbital, karbamazepin, fenytoin, rifampicin) kan gi redusert effekt. Bør brukes forsiktig sammen med benzodiazepiner, som kan forsterke respirasjonshemming med fare for død, andre CNS-dempende midler, som andre opioidderivater (f.eks. morfin, dekspropoxyfen, kodein, dekstrometorfan, noskapin), visse antidepressiva, sedative H1-reseptorantagonister, alkohol, anxiolytika, antipsykotika, klonidin og beslektede substanser. (I: N02A opioider)

Graviditet/Amning: Overgang i placenta: Skal ikke brukes under graviditet. Overgang i morsmelk: Bør ikke brukes under amning.

Bivirkninger: Hyppige (>1/100): Gastrointestinale: Forstoppelse, munntorrhet, kvalme, oppkast, buksmerter, diaré, dyspepsi. Hud: Kløe, erytem, utslett, svetting, eksantern. Luftveier: Dyspné. Metabolske: Anoreksi. Neurologiske: Hodepine, svimmelhet, søvnighet, parestesi. Psykiske: Forvirring, depresjon, søvnløshet, nervøsitet, angst. Sirkulatoriske: Vasodilatasjon. Øvrige: Kløe på administreringsstedet, tretthet, asteni, smerte, perifert ødem, reaksjon, erytem og utslett på administreringsstedet, ødem, brystmerter. **Mindre hyppige:** Neurologiske: Sedasjon, smaksforvringning. Psykiske: Søvnforstyrrelser, rastløshet. Sirkulatoriske: Sirkulasjonsforstyrrelser (som hypotensjon og i sjeldne tilfeller sirkulasjonssvikt). Urogenitale: Urinretensjon, vannlatingsforstyrrelser. Øvrige: Utmattelse. **Sjeldne (<1/1000):** Gastrointestinale: Pyrosis (halsbrann), brekninger. Hud: Lokale allergiske reaksjoner med klare tegn på inflammasjon (ved forsiknede allergiske

reaksjoner bør behandlingen seponeres), pustler, vesikler. Hørsel: Øresmerter. Luftveier: Respirasjonshemming, hyperventilering, hikke. Neurologiske: Svekket konsentrasjonsevne, nummenhet, balanseproblemer, taleforstyrrelser, muskelfascikulasjon. Psykiske: Psykoselignende effekter (f.eks. hallusinasjoner, angst, mareritt), nedsatt libido, avhengighet, humørsvingninger. Sirkulatoriske: Hetetokter. Syn: Synsforstyrrelser, tåkesyn, øyelokkodene, miøse. Urogenitale: Redusert ereksjon. Øvrige: Alvorlige allergiske reaksjoner, abstinenssymptomer.

Overdosering/Forgiftning: Symptomer: Respirasjonshemming, sedasjon, dosighet, kvalme, oppkast, sirkulasjonssvikt, uttalt miøse. **Behandling:** Fjern ev. plastre, oppretthold respirasjon, kroppstemperatur og væskebalanse. Oksygen, vasopressorer, andre symptomatiske tiltak og nalokson 5-12 mg i.v. ved behov.

Egenskaper: Klassifisering: Opioidanalgetikum. **Virkningsmekanisme:** Sentral smertestillende effekt. Partiell opioidagonist på my-reseptorer samt antagonist på kappa-reseptorer. Hvert depotplaster avgir buprenorfin i fast mengde i inntil 7 dager. «Steady state»-konsentrasjon oppnås under første påføring. Etter fjerning av depotplasteret faller buprenorfinkonsentrasjonen med ca. 50% i løpet av 12 timer (10-24 timer). **Absorpsjon:** Buprenorfin fra depotplasteret diffunderer gjennom huden. Biotilgjengelighet ca. 15%. **Proteinbinding:** Ca. 96%. Etter i.v. administrering utskilles buprenorfin og dets metabolitter i gallen, og distribueres i løpet av minutter til cerebrospinalvæsken, hvor konsentrasjonen synes å være ca. 15-25% av tilsv. plasmakonsentrasjon. **Metabolisme:** Levermetabolisme, via CYP 3A4- og UGT 1A1/1A3-enzymene. Aktiv metabolitt: Norbuprenorfin. **Utskillelse:** Galle- og nyreutskillelse.

Andre opplysninger: Brukte depotplaster brettes sammen med det klebende laget innover og kastes forsvarlig og utilgjengelig for barn.

Pakninger og priser:

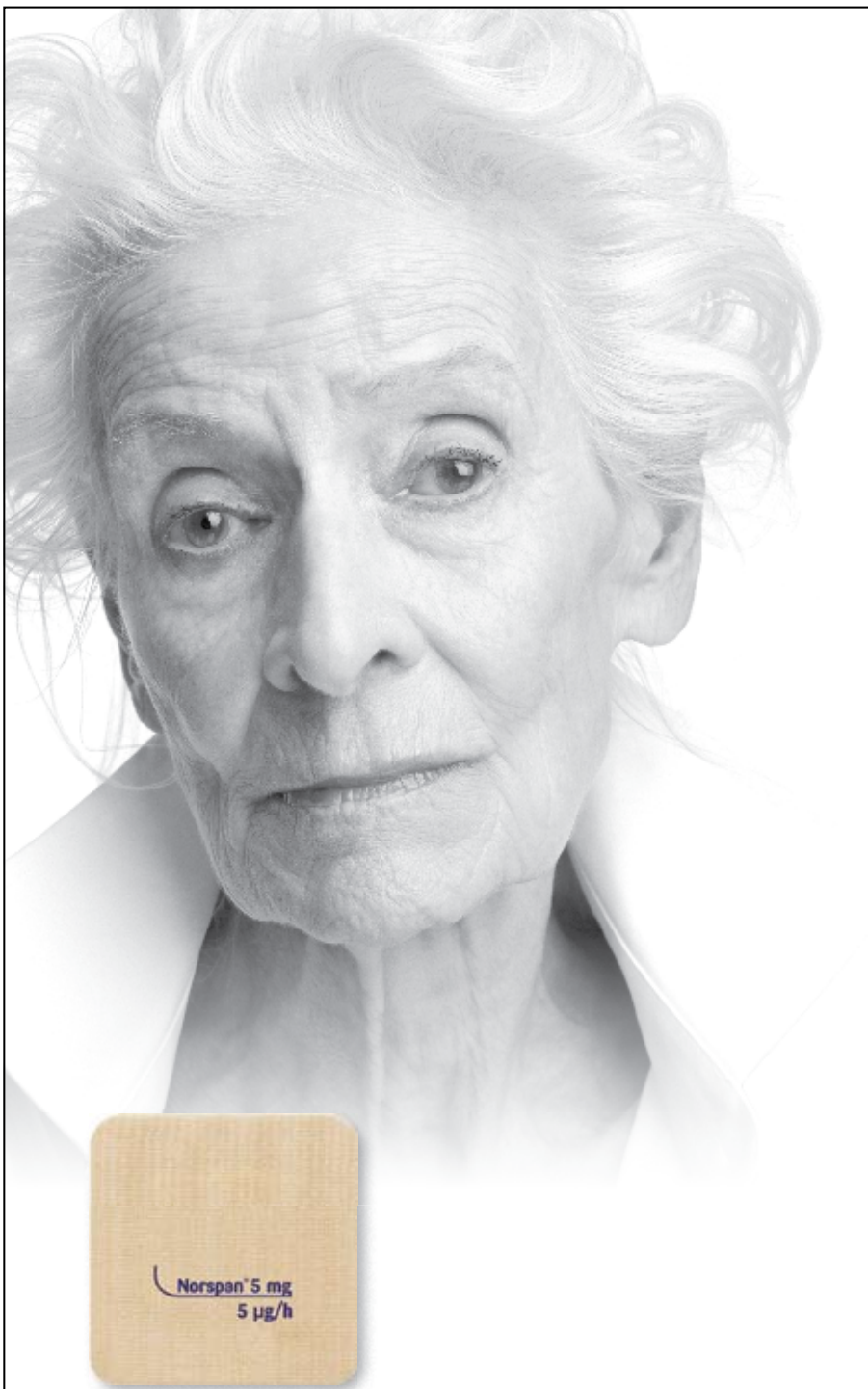
5 µg/time: 4 stk. kr 257,70
10 µg/time: 4 stk. kr 432,30
20 µg/time: 4 stk. kr 747,10

Refusjon: Se Refusjonslisten, N02A E01. For kroniske sterke smerter må det søkes om individuell refusjon etter § 3a, refusjonskode 71. Benytt skjema NAV 05-14.09. For palliativ behandling i livets sluttfase, gjelder § 2, refusjonskode 90.

Mai 2009



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



1-2 tabletter
hver sjette time ...



... det blir inntil
56 tabletter i uken!



ETT NORSPAN® PLASTER GIR 7-DØGNS SMERTELINDRING

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

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

Norspan®
Buprenorfin
7-døgns smerteplaster

Norspan® er et sterkt opioid mot sterke smerter.



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



Avm



Boken «Adjø Felicia» av Else Panagiotaki er nylig gitt ut på Spartacus forlag.



akt, tidspress og ensomhet

Else Panagiotaki, opprinnelig fra Helgeland, jobbet som hjemmesykepleier på Frogner i Oslo etter hun kom flyttende fra Kreta. I boken «Adjø Felicia» forteller hun fra innsiden av norsk eldreomsorg. Sykepleien bringer her et utdrag fra første kapittel av boken.

Jeg har bodd på Kreta i mange år, helt siden jeg som ung pakket sammen en koffert og reiste rett inn i en omfavelse av ungdommelig entusiasme og forelskelse, som endte i ekteskap med den gresk-ortodokse kirkens velsignelse, men etter at vi snudde ryggen til kirkedøren ble livet gradvis forandret. Fra å være en uforpliktende lek ble det nå overfylt av plikter og forsakelser som langsomt tvang gleden i senk. Med tre unger opplevdes livet som en evig kamp for å betale regninger og undervisningstimer.

Men det som plaget meg mest i løpet av disse årene, var frustrasjonen over å bo i et samfunn der vanlige borgere blir usynliggjort, og der veien til staten er så lang at man aldri når fram. Når man kommer fra trygge omgivelser i et land som resten av Europa kaller den sosiale stat, er det vanskelig å forsone seg med tanken på at pengenes makt er størst av alt.

Kan hende er pengenes makt størst i Norge og, men der har man iallfall noen fellesordninger som holder den enkelte over vannskorpa når nøden banker på døren. Slik er det ikke i mange andre land. Det var en stor

overgang å komme tilbake til det landet jeg hadde forlatt for mange år siden, og i lengre tid hadde jeg følelsen av å dingle i luften et sted mellom Nord- og Sør-Europa. Jeg kom tilbake til fedrelandet som en fattig økonomisk flyktning. Mitt eneste håp var å finne en jobb og tjene penger.

De første månedene fikk jeg bo på en sofa i stua hos en venninne med kofferten ved siden av meg, og levde et slags nomadeliv uten rettigheter. Jobbsøknader ble skrevet og sendt, men det gikk lang tid med venting på svar, for ansettelsesprosedyrer tar sin tid. Etter seks ukers venting begynte jeg i hjemmesykepleien ved bydel Frogner.

Ved Solli plass går jeg av bussen og følger strømmen av kommuneansatte inn i bydel Frogners administrasjons bygning. Jeg smiler og hilser på damen i resepsjonen, skrår inn til høyre og inn i hjemmesykepleiens lokaler.

Første gang jeg kom inn her var til jobbintervju. Da forvirret lokalene meg fordi de ligner mer på en avisredaksjon enn lokaler for helsearbeidere. Men det var så mye som forvirret meg i begynnelsen. Ikke bare

omgivelsene, men alt var forskjellig fra hva jeg var vant til. Tanken får meg til å trekke på smilebåndet. For jeg har virkelig prøvd å innrette meg etter omgivelsene og deres forventninger om å være dyktig, men et sted på veien har det stoppet opp. Og der står jeg nå, vaklende mellom etatens forventninger og egne verdier.

«God morgen,» hilser jeg blidt idet jeg går inn i glassburet der mitt lag allerede har innfunnet seg, sammenpresset rundt et bord som opptar hele rommet. Noen mumler et «hei», andre ser ikke opp fra listene sine engang. Det hersker alltid en kaotisk stemning om morgenen. Dessuten har jeg oppdaget at det å si «god morgen» er helt ute. Nå sier alle et lett «hei» enten det er morgen eller kveld, om man snakker til direktøren eller vaskehjelpen. Så nå er vi tilsynelatende en homogen masse, der de rike og de fattige har smeltet sammen til en stor middelklasse.

«Tove og Birgit har ringt og sagt de er syke i dag,» roper områdeleder. Det blir brått stille. «Vi må raskt gå igjennom dagens beskjeder.» Stemmen er myndig og bestemt,



«gruppe 1 må ta begge listene, dere er egentlig en for mye i dag.» Hun vifter med to arbeidslister og nikker mot et nytt ansikt jeg aldri før har sett. «Dette er ...» Hun stopper opp. «Ja, hva var nå navnet ditt igjen?» «Rania,» svarer den nye forsiktig og ser seg prøvende rundt, som om hun leter etter en fast grunn uten å finne den. «Rania kommer fra vikarbyrået, hun skal være her i dag,» fortsetter områdeleder uanfektet. «Hvorfor kommer det hver dag en ny person fra dette vikarbyrået, hvorfor kan vi ikke ha en viss kontinuitet? Det ville være til stor hjelp både for brukerne og oss,» innvender jeg. I et øyeblikk stillhet snur alle seg og stirrer overrasket på meg. «Det er ikke tid for diskusjoner.» Områdelederen ser bestemt utover forsamlingen. «De som jobber i vikarbyrå, er innstilte på å steppe inn overalt.» «Enn brukerne da, er de innstilte på denne gjennomtrekken?»

Jeg venter ikke noe svar, men enkelte ganger føler jeg en sterk trang til å protestere selv om det er nytteløst. «Vi har en ny bruker fra i dag av,» fortsetter områdeleder uanfektet. «Det er en dame som bor i Sophus Lies gate.» Effektivt samler hun sammen noen papirer. «Du må ta dette oppdraget Else, det er et komplisert sårstell.» Å beklage seg i slike situasjoner er nytteløst, isteden trekker jeg pusten dypt. «Jeg har allerede femten oppdrag,» protesterer jeg nølende og hører selv hvor tafatt det lyder, for i dette øyeblikk verner alle og enhver om sin liste med sitt navn på, som om den er en privat borg de må forsvare. Det eneste som teller akkurat nå, er å bli fort ferdig med beskjedene slik at vi raskest mulig kan komme oss av gårde.

Jeg tar motstrebende imot papirene og leser hurtig igjennom epikrisen fra Ullevål sykehus. Enslig dame, enke, født i 1931, brystkreft med metastaser i skjelettet, leggsår. Jeg kaster et blick på sårprosedyren og stønner. Min Gud, tenker jeg, det kommer til å ta minst en halv time. Og det i dag da jeg hadde tenkt å gå hjem til normal tid.

I et sideblikk legger jeg merke til

at Anna har satt seg ned ved siden av Rania, mellom seg har de lagt et kart over området, og Anna streker opp for henne hvor hun skal gå og i hvilken rekkefølge. Anna er fra Portugal, men har bodd i Norge i 15 år. Hun er en høy, slank kvinne med langt ansikt og svart hår og minner veldig om et av Modiglianis kvinneportretter. Hun er en av de få som kjenner etaten ut og inn, som fnyser av omorganiseringer og ironiserer over byråkratene. Hun kan fortelle om hvordan det hadde vært før den første store omorganiseringen, den gang da bydelen var mindre og de hadde andre kontorer og mindre forhold. Men det viktigste er at hun hever blikket over listekanten med sine tidsbestemte oppdrag og

hjelpeløs opp fra kartet. «Er du ikke kjent i området?» Jeg prøver å skjule irritasjonen og legger stemmen i et vennlig leie, men lykkes ikke. Den andre rister på hodet. «Jeg har aldri vært her før,» uttaler hun med sterk aksent, stemmen er tynn og hun sender meg et hjelpeløst blick. Anna stirrer oppgitt på henne. «Vi skal ringe deg når vi blir ferdige, så kan vi hjelpe deg,» sier hun resolutt, «men nå må vi skynde oss, ellers blir det ingenting av.»

Vi utveksler blick over den andres hode, for vi vet begge at det vil vi ikke få tid til. Denne nykomlingen får klare seg selv så godt hun kan, vi har rett og slett ikke tid til å forklare og lære opp nye ekstravakter hver eneste dag.



Selvfølgelig vet jeg hvem du er, du er Else fra hjemmesykepleien, svarer hun tørt og retter seg opp.

ser menneskene bak. Hun har den samme holdning jeg ofte har møtt i Sør-Europa, der man automatisk går ut fra at mennesket også har en sjel som skal pleies. Jeg ser på de to kvinnene foran meg, og føler et lite stikk av dårlig samvittighet.

Den nye trekker nervøst i hodetørkleet og skjuler enda mer av sin vintermatte ansiktshud. Hun ser

Det glimter et lite håp i den andres øyne, panikken kommer under kontroll, og hun smiler unnskylpende. Jeg tar henne høflig i hånden og presenterer meg, vel vitende om at vi sannsynligvis aldri treffes igjen mer. Og jeg prøver virkelig å vise en viss vennlighet, men jeg er klar over at hele holdningen min utstråler resignasjon. Jeg er så trøtt av alle disse nye ansiktene, de er

som en stadig strøm som kommer og går. Ferievikarer, ekstravakter, korttidsansatte, ingen av dem blir lenge. De fleste er ufaglærte som blir satt på en ukes praktisk opplæring og et medisinkurs, deretter blir de sendt ut til brukerne med egne arbeidslister og under eget ansvar. Og når de får seg en annen jobb, klarer de sjelden å styre sin glede. Noen har en yrkesutdanning som er irrelevant for hjemmesykepleien, de blir også lønnet som ufaglærte og får ikke fast ansettelse. Det er få med fagkompetanse på min gruppe, og av dem er det alltid noen som er sykemeldte.

.....

Hurtig samler jeg sammen alle nøklene, det blir et tungt nøkkelknippe. «Du ser ut som en fengselsbetjent.» Anna stiller seg opp ved siden av meg. «Du, arbeidssituasjonen vår er uholdbar, hva skal vi gjøre?» Jeg stirrer spørrende på henne. «Vi kunne jo kontakte Arbeidstilsynet,» fortsetter hun nølende, «men jeg vet ikke om det har noen hensikt.» «Men vi må gjøre noe før vi blir sykmeldt alle som en, dette går ikke lenger.» Jeg kan høre opphisselsen i stemmen hennes, «og jeg liker tross alt jobben min,» legger hun tankefullt til, «jeg vil helst forbli her.» Jeg stirrer oppgitt på henne. «Jeg er redd ingen bryr seg om hvor du eller jeg vil være,» svarer jeg kort. «Men Else da, ikke vær så negativ, det må da finnes noe vi kan gjøre.»

Anna ser spøkefullt på meg, «og du som var så full av pågangsmot da du begynte her, du kom som et friskt vindpust fra fjernere himmelstrøk.» Jeg stirrer overrasket på henne, og lurar på om hun virkelig mener det. På vei ut går jeg innom tjenesterådgivers seksjon i det åpne kontorlandskapet, hun snakker med en av konsulentene fra søknadskontoret, stemmen er en tone for høy og høres på lang avstand. «Men dette går ikke lenger, dere kan bare ikke laste på oss enda flere oppdrag med den bemanningssituasjonen vi har ...» «Selvfølgelig kan vi det. Oppdragene står i kø for å bli behandlet, og vi er pålagt å behandle

Idet jeg setter nøkkelen i låsen, ringer jeg samtidig på dørklokken for å anmelde min ankomst, det er slik de vil ha det.



hvert enkelt tilfelle. Vet du hvor mange klager vi får fordi vi er nødt til å sette noen på venteliste?» Han venter ikke på svar, men fortsetter. «Er det så vanskelig, får dere ansette fl ere folk.» Tjenesterådgiver stønner høyt. «Trykket er for høyt og midlene for få,» svarer hun kort. «Da får dere ta opp egen praksis til revurdering.» Med et kort nikk blir han borte. Jeg kremter diskret.

«Det er noe jeg vil vise deg ...» «Ta opp egen praksis til revurdering. Det er vel ikke vi som bestemmer budsjettene. Hvor tåpelig går det an å uttale seg ...»

Tydelig irritert begynner hun å bla i haugen med papirer som ligger foran henne. Telefonen ringer. Stemmen blir plutselig profesjonell vennlig. «Ja da, fru Hauge, jeg skal si ifra at noen kommer til deg før

klokken tolv. Kom det ingen i går? Det må bero på en misforståelse. Ja, du kan stole på meg, jeg skal nok ordne det.» Så legger hun på telefonrøret.

«Hvem skal til Hauge i dag?» Hun henvender seg brått mot meg. «Rania, den nye fra vikarbyrået tror jeg.» «Men hun kan da ikke gå dit!» Jeg trekker på skuldrene.

«Kan ikke du overta det oppdraget?» «Nei, det gjør jeg ikke. Nå må dere bremse litt, jeg har allerede nok.» Blikket hun sender meg er ikke til å ta feil av. Raskt tar jeg fram arbeidslista og peker på det tredje oppdraget. «Synes dere ikke det er sløsing med ressursene å sette meg på dette?» «Noen må jo ta det ...» sier hun nølende mens blikket søker underskriften. «Men forstår du ikke



Går man døden i møte, eller kjemper man imot fordi det er så mange uoppgjorte ting som ligger bak en? Jeg kaster et skråblikk på klokken. Å, dette har jeg ikke tid til.

hva jeg sikter til?» Jeg stirrer hardt på henne. «Dette oppdraget kan alle ta, det behøves ingen sykepleier der, det vet du godt. Daglig får jeg full liste, pluss ekstraoppdrag som ingen ufaglærte kan ta. Resultatet blir at jeg aldri er à jour.» «Det er bortkastet å sette meg på dette, man behøver ikke sykepleierutdanning for å vri opp vaskekluter.»

Jeg gjør en liten pause. «Dere må passe bedre på oss fast ansatte, og fordele ressursene på en annen måte, ellers kjører vi oss fast i en blindvei.» «Du får si det til henne som har personalansvaret.» Jeg ser lenge på henne. «Jeg vet ikke hvem jeg skal henvende meg til lenger,» svarer jeg oppgitt og går.

En blek morgensol stiger fram mellom hustakene, og skyene letter. Jeg rekker trikken akkurat idet den skal kjøre ut fra holdeplassen, heldigvis, for det er ti minutter til neste avgang. Sakte snegler den seg oppover Niels Juels gate mot Majorstuen, ved Frogner plass går jeg av.

Første besøk er hos Gabel/Wiig, et ektepar i 80-årene der mannen

har diabetes og kona er dement. De klarer seg bra med hjelp fra hjemmesykepleien tre ganger pr. dag. Idet jeg setter nøkkelen i låsen ringer jeg samtidig på dørklokken for å anmelde min ankomst, det er slik de vil ha det. «God morgen,» hilser jeg blidt. «Det er fra hjemmesykepleien.» Raskt går jeg inn i entreen og tar på skotrekk som ligger i en haug under

en skohylle. De fleste er skitne og hullerte, dem kaster jeg i den overfylte søppelkassen på kjøkkenet.

Ekteparet Gabel/Wiig tilhører en generasjon som helst vil holde på formalitetene, blant annet vil de ikke tilkalles ved fornavn. Hans Gabel holder konsekvent på De-formen, mange overser hans formaliteter og henvender seg til ham med en sjargong som er ham ukjent. Han irettesetter dem ikke, men et oppgitt drag legger seg over ansiktet. Det forteller at han har tapt slaget, for nå er vi alle liksomlike. Men Elisabeth Wiig blir stadig mer dement og er for lengst dus med alle. Han som en gang stod på verdens terskel, må nå finne seg i å bli behandlet som en hvilken som helst bruker av den offentlige hjemmetjeneste. Ekteparet er barnløst. De lever isolert og bare i selskap med hverandre.

Elisabeth kommer tassende i møte med meg iført en slitt morgenkåpe og tøfler med rosa fjærpynt. Håret er skittent og ligger klistret inn til hodebunnen, og hun lukter sterkt av gammel urin. «Å, er det deg,» sier hun mildt. «Har jeg sett deg før?» Hun høres tvilende ut. «Ja, du har sett meg mange ganger før. Jeg heter Else og jobber i hjemmesykepleien, og nå skal jeg hjelpe deg inn på badet. Der pleier du å begynne med morgenstellet mens jeg måler blodsukkeret på Gabel og gir ham insulin, og så spiser dere frokost på kjøkkenet etterpå.»

Elisabeth Wiig har aldri hatt noe eget yrke, men har vært en respektabel førstedame og fulgt med ektefellens karriere. På veggene i oppholdsrommet henger det bilder som viser elegant antrukne mennesker i galla og smoking, på banketter og presentasjoner. «Men si meg, er det lenge siden du har badet og vasket håret?» Jeg smiler vennlig. Den gamle ser forvirret opp på meg. «Ja, jeg tror det er noen uker siden, men du vet, tiden bare går og jeg klarer ikke følge med den lenger.» Uten et ord åpner jeg kontaktpermen hennes, det er den skriftlige forbindelsen mellom oss og brukerne. Raskt sjekker jeg datoene. Akkurat, badedagen i forrige uke var avlyst.



Raskt sjekker jeg datoene. Akkurat, badedagen i forrige uke var avlyst.

Vennlig geleider jeg den engstelige lille damen inn på badet og frigjør meg varsomt fra hennes faste grep, så lar jeg vannet renne i servanten og gir henne en vaskeklut. «Resten klarer du selv,» sier jeg bestemt og går inn på soverommet der Gabel sitter ferdig påkledd på sengekanten og venter. Han er en mann i midten av 80-årene som engang har hatt en høy stilling i utenriksstjenesten. I mange år var han stasjonert i asiatiske land, og er derfor vant til diskre tjenere.

Men nå er den magre kroppen gammel og utslitt av alderdom. En forstørret prostata plager ham døgnet rundt, spesielt om natten. Den gjennomsiktede urinflasken ligger i nattbordet og må tømmes hver morgen. Men øynene er kvikke, der kan man ennå skimte en livsgnist. Fordi han er en meget omhyggelig mann som passet på dietten og aldri lar seg friste av smådjevler, som han selv sier, er sukkersyken under kontroll. Jeg trekker på meg hansker. «God morgen, hvordan står det til i dag?» Jeg drar ut nattbordsskuffen og tar fram måleapparatet. «Jo takk, bare bra, og med Dem?» Jeg smiler. «Takk, bare bra.» Han rekker fram

en finger. «Vi tar denne i dag.» På nattbordet ligger en biografi om Henrik Ibsen. «Jeg ser De leser Ibsen,» kommenterer jeg, displayet viser 5,6. Jeg holder opp apparatet slik at han skal få se resultatet med egne øyne. «Det er bra, De skal jo spise frokost snart.» Så innstiller jeg insulinpennen på den angitte enheten, setter sprøyten i magen hans og injiserer sakte.

«Jeg leser ikke Ibsen, jeg leser om hans liv.» Stemmen er mildt irettesettende. «Store personligheters liv er ofte likeså interessante som deres verker, men han var ingen lykkelig mann, fordi han hadde satt seg selv i et fengsel av sosiale normer og egen jernvilje.» Jeg ser spørrende på ham. «Mener De at han ikke tillot seg selv å leve?» Han stirrer overrasket opp på meg. «Han tillot seg verken å leve eller å dø.» Nå er det jeg som stirrer overrasket på ham. «Men han døde da visselig i sin egen leilighet.» «Lille deg, døden er en likeså stor selvfølge som livet. Jeg, for eksempel, er blitt 86 år fordi jeg ikke har dødd før. Nei, jeg mener hvordan man går døden i møte. Er man beredt eller ikke beredt. Går man døden i møte,

eller kjemper man imot fordi der er så mange uoppgjorte ting som ligger bak en?»

Jeg kaster på skråblikk på klokken. Å, dette har jeg ikke tid til. «Nå går jeg på badet og ser hvordan det går med fru Wiig, og så lager vi frokost etterpå,» sier jeg fort, tar opp den fulle urinflasken og forlater ham. Den gamle mannen ser etter meg, jeg kan høre han sukker dypt for han sakte begynner å kle på seg.

«Jeg tror jeg skal hjelpe deg litt.» Jeg bøyer meg ned og tar opp den klissvåte bleien som ligger på golvet, stikker den raskt ned i en søppelpose og prøver å overse stanken som river meg i nesene. Kvinnen foran meg står naken midt på badegolvet og stirrer forvirret rundt seg. Jeg tar henne vennlig i armen og leier henne bort til vasken. «Jeg finner ikke klærne mine,» stemmen er urolig og engstelig. «Kjære fru Wiig,» jeg stryker henne varsomt over kinnet, «klærne dine ligger oppe på skittentøykurven, men først må du vaske deg.»

Den gamle klamrer seg til meg.

Hendene er senete og mørke av pigmentflekker, blodårene svulmer opp under den tynne huden og får den til å virke gjennomsiktig. Så setter hun neglene i armen min og klemmer til. Jeg legger merke til at de lange neglene er ustelte og skitne. Varsomt frigjør jeg meg fra det faste grepet. «Du behøver ikke være engstelig,» sier jeg inntrengende og møter blikket hennes. «Jeg skal hjelpe deg. Jeg skal ikke gå fra deg.» Taket slipper. «Det er så bra du er her, jeg er så glad det var du som kom.» Blikket er flakkende og angstfullt. «Men vet du hvem jeg er da?» Jeg ser spøkefullt på henne. «Selvfølgelig vet jeg hvem du er, du er Else fra hjemme sykepleien,» svarer hun tørt og retter seg opp.

Når vi kommer ut på kjøkkenet, har Gabel satt seg til rette ved vinduet og venter på oss. «God morgen, min elskede ektemann,» kvitrer hun ved synet av ham. Et øyeblikk ser han brydd ut, men så folder ansiktet seg ut i et stort smil. «God morgen min rose,» hilser han.

C1
Gardasil® «Sanofi Pasteur MSD»
Vaksine mot humant papillomavirus.

ATC-nr.: J07B M01

INJEKSJONSVÆSKE, suspensjon: Hver dose inneholder: Humant papillomavirus (HPV) type 6 L1-protein ca. 20 µg, type 11 L1-protein ca. 40 µg, type 16 L1-protein ca. 40 µg, type 18 L1-protein ca. 20 µg, natriumklorid, L-histidin, polysorbat 80, natriumborat, aluminium (som amorft aluminiumhydroksofosfatulfatadjuvans) 225 µg, vann til injeksjonsvæsker. **Indikasjoner:** Vaksine som skal forhindre premaligne genitale lesjoner (cervikale, i vulva og vaginale), cervixcancer og kjønnsvorter (condyloma acuminata) som har årsakssammenheng med humant papillomavirus (HPV) av typene 6, 11, 16 og 18. Indikasjon er basert på effekt hos voksne kvinner 16-26 år og påvist immunogenisitet hos barn og ungdom 9-15 år. Beskyttelseeffekt er ikke undersøkt hos menn. Bruk av preparatet skal følge offentlige anbefalinger. **Dosering:** Primær- og booster- og oppfølgende doser på 0,5 ml gis ved måned 0, 2 og 6. Ved alternativt vaksinasjonsplan gis den 2. dosen minst 1 måned etter den 1. dosen, og 3. dose gis minst 3 måneder etter 2. dose. Alle 3 dosene må gis innen 1 år. Behovet for boosterdose er ikke klarlagt. **Barn: <9 år:** Ikke anbefalt pga. utilstrekkelig data vedrørende immunogenisitet, sikkerhet og effekt. Gis i.m., fortrinnsvis i overarmens deltamuskel eller i det øvre anterolaterale området på låret. Må ikke injiseres intra-vasculært. Hverken subkutan eller intradermal administrering er undersøkt, og anbefales derfor ikke. Det anbefales å fullføre vaksinasjonsplanen. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. Ved symptomer på overfølsomhet, må det ikke gis flere doser. Vaksineringsutsettes ved akutt, alvorlig febersykdom. Vaksinerings utsettes ved mindre infeksjon, som en lett øvre luftveisinfeksjon eller lett feber. **Forsiktighetsregler:** Hensiktsmessig medisinsk behandling må alltid være tilgjengelig i tilfelle sjeldne anafylaktiske reaksjoner. Det er usikkert om alle som får vaksinen beskyttes. Vaksinen beskytter bare mot sykdommer som forårsakes av HPV-type 6, 11, 16 og 18. Anbefalte forsiktighetsregler for beskyttelse mot seksuelt overførbare sykdommer må fortsatt følges. Beskytter ikke mot eksisterende HPV-infeksjoner. Har ikke terapeutisk effekt og er derfor ikke indisert som behandling av cervixcancer, høygradige cervix-, vulva- og vaginaldysplasi eller kjønnsvorter, eller for å hindre utvikling av andre etablerte HPV-relaterte lesjoner. Vaksinasjon er ikke erstatning for regelmessig screeningundersøkelse av cervix. Regelmessig screening iht. lokale anbefalinger er fortsatt viktig. Det foreligger ikke data om bruk ved svekket immunrespons. Personer med svekket immunrespons, uavhengig av årsak, kan ha redusert respons på vaksinen. Må gis med forsiktighet ved trombocytopeni eller annen koagulasjonssykdom, fordi det etter i.m. injeksjon kan oppstå blødning hos disse pasientene. Varighet av beskyttelsen er ukjent. Vedvarende beskyttelseeffekt har vært påvist i 4,5 år etter fullført primær- og booster- og oppfølgende doser. Ingen sikkerhets-, immunogenisitet- eller effektivitetsdata støtter kombinasjon med andre HPV-vaksiner. **Interaksjoner:** Kan gis samtidig med hepatitt B-vaksine på annet injeksjonssted uten å forstyrre immunresponsen på HPV-vaksinen. Andel personer som oppnådde et beskyttende nivå av anti-HB f10 mIU/ml ble ikke påvirket, men anti-HBs geometriske middelverdier var lavere når vaksinen ble gitt samtidig. Klinisk betydning er ukjent. Samtidig bruk med andre vaksiner er ikke undersøkt. Bruk av hormonelle prevensjonsmidler synes ikke å påvirke immunresponsen på preparatet. **Graviditet/Amming:** Overgang i placenta: Begrensede data indikerer ingen sikkerhetsrisiko. Bruk under graviditet anbefales imidlertid ikke, og vaksinerings bør utsettes til etter fullført graviditet. Overgang i morsmelk: Kan gis til ammende. **Bivirkninger:** Svært vanlige ($\geq 1/10$): Øvrige: Erytem, smerte og hevelse på injeksjonsstedet, pyreksi. Vanlige ($\geq 1/100$ til $< 1/10$): Øvrige: Blåmerke og pruritus på injeksjonsstedet. Sjeldne ($\geq 1/1000$ til $< 1/100$): Hud: Urticaria. Svært sjeldne ($< 1/10000$): ukjent: Blod/lymfefade. Lymfadenopati. Gastrointestinale: Kvalme, oppkast. Immunsystemet: Overfølsomhetsreaksjoner inkl. anafylaktiske/anafylaktoid reaksjoner. Luftveier: Bronkospasme. Muskel-skjelettsystemet: Uspesifikk artritt/artropati. Nevrologiske: Guillain-Barré syndrom, svimmelhet, hodepine, synkope. **Overdosering/Forgiftning:** Symptomer: Ved overdosering er bivirkningsprofilen sammenlignbar med det som er observert ved anbefalte enkelt-doser. **Egenskaper:** Klassifisering: Rekombinant, adsorbent, ikke-infeksiøs fire-komponentvaksine med adjuvans, laget av høyrensedede viruslignende partikler (VLP) fra hoved L1-kapsidprotein hos HPV-type 6, 11, 16 og 18. Produsert i gjærceller vha. rekombinant DNA-teknologi. VLP inneholder ikke virus-DNA og kan ikke infisere celler, reproducere eller forårsake sykdom. **Virkningsmekanisme:** HPV infiserer bare mennesker, men dyreforsøk med analoge papillomavirus antyder at L1 VLP-vaksiner beskytter ved å induisere en humoral immunrespons. Preparatet beskytter mot infeksjoner forårsaket av de fire HPV-typer i vaksinen. Etter 3 år er beskyttelseeffekten mot HPV 6-, 11-, 16- og 18-relatert CIN 2/3 og AIS, VIN 2/3, ValN 2/3 og kjønnsvorter på hhv. 99%, 100%, 100% og 99%. Kryssbeskyttelseeffekt mot CIN 2/3 og AIS er også vist mot 10 ikke-vaksinertypene. Kombinert er effekten på 23%, mens for HPV-31 alene er effekten på 56%. Det er ikke vist beskyttelse mot sykdom forårsaket av HPV-typer hos pasienter som er PCR- og/eller antistoffpositive før vaksinerings. Påvirker ikke utvikling av infeksjoner eller lidelser som er til stede ved vaksineringsstidspunktet. **Terapeutisk serumkonsentrasjon:** Minimum beskyttende antistoffnivå er ikke identifisert. Innen 1 måned etter 3. dose er 99,9% antistoffpositive mot HPV 6, 99,8% mot HPV 11 og HPV 16, og 99,6% mot HPV 18. Immunogenisitet har sammenheng med alder og anti-HPV-nivåer ved måned 7 og er merkbart høyere hos pasienter <12 år enn hos eldre. Eksakt varighet av immunitet etter primær- og booster- og oppfølgende doser er ikke fastslått. Bevis på immunologisk hukommelse ble sett hos vaksinerte personer som var antistoffpositive mot relevant HPV-type(r) før vaksinerings. Vaksinerte som fikk en tilleggsdose 5 år etter vaksinasjon, viste en hurtig og kraftig antistoffrespons (tegn på immunologisk hukommelse) som var større enn anti-HPV geometrisk middelverdier observert 1 måned etter den 3. dosen. Basert på immunogenisitetssammenligning kan en anta at vaksinen også har beskyttelseeffekt hos jenter 9-15 år. Immunogenisitet og sikkerhet er vist hos gutter 9-15 år. Beskyttelseeffekt er ikke evaluert hos menn. **Oppbevaring og holdbarhet:** Oppbevares i kjøleskap (2-8°C). Må ikke fryses. Beskyttes mot lys. **Andre opplysninger:** Hele den anbefalte vaksinedosen må benyttes. **Ristes godt før bruk.** Etter risting er innholdet litt uklart, hvitt suspensjon. Innholdet i sprøyten inspiseres visuelt for partikler og misfarging før injeksjon. Legemidlet skal kastes dersom det inneholder partikler eller er misfarget. Bruk én av de vedlagte kanylene til vaksinerings. Passende kanylen velges ut i fra pasientens størrelse og vekt for å sikre i.m. injeksjon. Sikkerhetsmekanismen vil dekke kanylen etter injeksjon for å forhindre stikkskade. Kontakt med aktiveringsstappene på sikkerhetsmekanismen må unngås for å sikre at plastylen ikke dekker kanylen for tidlig. Sørg for at luftbobler fjernes fra sprøyten før injeksjon. Må ikke blandes med andre legemidler. **Destruksjon:** Ubrukt legemiddel eller avfallsmateriale skal behandles iht. lokale krav. Sist endret: 18.11.2008. **Pakninger og priser:** Ferdigfylt sprøyte med sikkerhetsmekanisme og to kanyler: 0,5 ml kr 1181,10. HPV 16 og 18 er ansvarlig for omtrent 70 % av tilfellene av høygradig cervical intraepitelial neoplasia (CIN 2/3) og adenocarcinoma in situ (AIS) av høygradig vulvadysplasi (VIN 2/3) hos unge kvinner før menopause. Godkjent av NOMA: 29.10.08

Øre-nese-hals-sykepleierne til NSF

I ti år har gruppen for øre-nese-hals-sykepleierne eksistert. Nå vil den inn i varmen hos NSF.

Gruppen ble allerede etablert i 1998, men søkte i vinter om å få bli godkjent av Norsk Sykepleierforbund (NSF). Det ble den i mai, og medlemskapet starter formelt 1. juli.

Gruppen har nå nesten 200 medlemmer, men ikke alle er medlemmer i NSF. Det må de bli hvis de fortsatt skal være med i faggruppen.

Nestleder Arnulf Røisgaard mener det er potensial for flere medlemmer.

– *Hvor jobber medlemmene deres?*

– I hele landet. På små og store sykehus, på poliklinikker og i det private.

Både Røisgaard og lederen i faggruppen Berit Jordan arbeider på Rikshospitalet.

Kreft og barn

Øre-nese-hals-sykepleierne jobber mye med kreftpasienter og barn. I Sverige finnes en videreutdanning for disse sykepleierne, men ikke i Norge.

Gruppens mål er ganske enkelt å arbeide for deres pasienters beste.

– Vi ser en fare i en tid med omstillinger og sparing. Det går ut over pasientene. Så vi skal jobbe for å ta vare på dem, lover Røisgaard.

– For et par uker siden hadde

vi kurs for medlemmer og andre interesserte. Da var det 65 deltakere.

Nevrologi-diskusjon

Det er nå 33 faggrupper i NSF.

– *Begynner det å bli for mange?*

– Nei, ikke i henhold til vedtektene i NSF, sier Maria Tjønnfjord, leder i Sentralt fagråd.

Har man minst 100 medlemmer, arbeider i et felt som hører naturlig innenfor sykepleie og det ikke allerede er etablert en gruppe, er kriteriene oppfylt. Den nye faggruppen må nå innlemme NSF i sitt navn.

– Vi synes det er fint å få med oss øre-nese-hals-sykepleierne. Vi vil jo gjerne ha tilgang til den fagkompetansen her hos oss, sier Tjønnfjord.

– *Flere faggrupper på gang?*

– Ja, men ikke formelt. Nevrologiske sykepleiere, som også har vært etablert som gruppe utenfor NSF i flere år, ønsker å diskutere medlemskap. Mens øre-nese-hals-gruppen ikke hadde noen etablerte faggrupper de naturlig hørte sammen med, har vi allerede faggrupper for slagsykepleiere og nevrokirurgiske sykepleiere. Vi skal ha møte med alle tre gruppene og diskutere hvordan de kan samarbeide, sier lederen i Sentralt fagråd.

I DAG KAN VI GJØRE MER



GARDASIL®

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

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



Livmorhalskreft*



Premaligne genitale lesjoner

• Livmorhalsen

• Vulva

• Vagina **NY** indikasjon



Eksterne kjønnsvorter

Forårsaket av HPV 6,11,16 og 18**



Straff lite egnet

Så lenge det enkelte helsepersonell risikerer straff for å melde fra om pasientskader, er det liten sjanse for større åpenhet om feil og utilsiktede hendelser.

I oppgaven «Pasientsikkerhet i norsk helserett» har jurist Marianne Tinnå ved Nasjonal enhet for pasientsikkerhet stilt følgende

spørsmål: Understøtter norsk helserett i tilstrekkelig grad helse-tjenestens arbeid med pasientsikkerhet?

Hennes konklusjon er nei. Til det er loven for generell og for lite oppdatert, mener Marianne Tinnå. Årsaker til skader og ulykker i

høyrisikovirksomheter må ifølge Tinnå forstås i en mye videre sammenheng enn bare å fokusere på eventuelle feil gjort av enkelt-per-



HELSE RETT:
Årsaker til skader og ulykker i høyrisikovirksomheter må forstås i en mye videre sammenheng enn bare å fokusere på eventuelle feilhandlinger gjort av enkeltpersoner.

soner. Loven gjenspeiler i liten grad kunnskapen om årsaker til pasientskader, som for eksempel at det er sammenheng mellom ulykker og mangel på søvn hos arbeidstakere og arbeid på uvanlige tider av døgnet.

kehusene bruker verktøy som hendelsesanalyse og systematiske risikovurderinger i pasientsikkerhetsarbeidet. Det finnes heller ingen bestemmelser som sikrer at sykehusene selv håndterer skader og klager fra pasient og pårøren-

Lovgivningen støtter ikke opp under helsetjenestens arbeid med økt pasientsikkerhet.

Mangler definisjoner

Tinnå trekker blant annet fram at norsk helserett åpner både for straff og administrativ reaksjon mot helsepersonell som rapporterer hendelser som har skadet pasienten.

Hun henviser videre til at norsk lovgivning mangler bestemmelser som eksplisitt stiller krav til at sykehusene gjennomfører pasientsikkerhetsarbeid. Kravene til systematisk risiko- og sikkerhetsarbeid er svært generelt utformet.

«Loven krever ikke at sy-

de», skriver Tinnå i oppgaven.

Hun fremhever også at lovverket mangler definisjoner av sentrale begreper som pasientsikkerhet og nestenuhell.

«Fravær av et enhetlig språk gjør arbeidet med pasientsikkerhet ekstra vanskelig.»

Trenger lederstøtte

I helsetjenesten har fokus vært på forholdet mellom det enkelte helsepersonell og pasienten. Når noe ikke går som ønsket, har man sett etter en enkeltperson som man kan utpeke som ansvarlig.

Femten år har gått siden kvalitetsutvalgene ble innført. Mye har skjedd i spesialisthelsetjenesten etter dette, påpeker Tinnå. Spesielt er ledelsesstrategier fra andre virksomheter i ferd med å bane seg vei inn i sykehusverden.

«Det er få eller ingen bestemmelser som direkte legger et systemansvar for pasientsikkerheten til ledelsesnivået. Det er heller ikke bestemmelser i helseforetaksloven som kan knyttes opp mot pasientsikkerhet.»

«Når det er det enkelte helsepersonell som må påta seg oppgaven med å håndtere uønskede hendelser, må disse ha støtte fra sin leder og fra organisasjonen som helhet. Det er ganske urealistisk, for ikke å si uhederlig, å forvente seg åpenhet og ærlighet fra den enkelte helsearbeider om det ikke får støtte fra en policy som er forankret i toppledelsen», mener Marianne Tinnå ved Nasjonal enhet for pasientsikkerhet.



Medaljen for lang og tro tjeneste er et resultat av 30 års samspill

Nå får du den i ny drakt!

Medaljen ble innstiftet i 1888 og er en unik og tradisjonsrik påskjønnelse.

Mottakeren får nå med et stativ som kan benyttes til å stille ut Medaljen, og et ferdig innrammet diplom. Det følger også med et jakkemerke i sølv. Alt samlet i en ny og eksklusiv perm.

Både mottakere og givere av Medaljen setter stor pris på hedersbevisningen. Feiring av ansatte er en viktig del av miljøet og samholdet på en arbeidsplass, og oppfattes svært positivt både av omverdenen og ansatte i bedriften.

For mer informasjon, send e-post til norgesvel@norgesvel.no, ring 64 83 20 00 eller besøk www.norgesvel.no/medaljen



200 år
NORGESVEL
DET KONGELIGE SELSKAP FOR NORGES VEL



Fakta

Nasjonal enhet for pasientsikkerhet skal i henhold til Nasjonal helseplan 2007-2010 blant annet bidra til en kulturrendring i helsetjenesten med sikt på større åpenhet om feil og utilsiktede hendelser.

Reglene om meldeplikt for spesialisthelsetjenesten ved betydelig skade på pasient, og opprettelse av obligatoriske kvalitetsutvalg ble til tidlig på 1990-tallet. Reglene er ikke revidert til tross for store endringer i helsetjenesten og ny internasjonal kunnskap og økt satsing på pasientsikkerhet.

The wild Bunch

Eli Haugen Bunch, 70 år, sover på verandaen hele året, sykler seg vill i Beijing eller setter utfordringer de svarteste slalåmløypene i verden. Why not?

Professor emeritus Eli Haugen Bunch er fjerde generasjon som bor i det røde tømmerhuset i Kleivveien på Bekkestua vestenfor Oslo vest. Men i enhetsregisteret i Brønnøysund er hun oppført med adresse i Klevveien – uten i. Hun nekter plent å underkaste seg samnorsk-reglene som kom på 50-tallet.

– Gården som lå i området het Klev gård, så det heter Klevveien, altså, sier hun på ekte vestkantmål, med skarre-r-er som hun har arvet av sin far og hushjelpen som begge kom fra Haugesund.

Bunch møter Sykepleien iført sitrongul caps over rødt hår med rosa stripe i. Hun har akkurat kommet hjem fra studentveiledning på kontoret som hun fremdeles får beholde på Institutt for sykepleievitenskap på Universitetet i Oslo, selv om hun gikk av med pensjon i mars.

– Jeg ble 70 i februar, men jeg kunne jo like godt blitt det seinere i år. Selv skulle jeg gjerne jobbet ut året, sier hun og viser Sykepleien rundt i hagen.

Den er en naturtomt med «sjel og potensial», som en eiendomsmegler ville sagt. Sjelen er klatrehortensiaen, de mange rosebuskene og kaprifolene som har slynget seg rundt huset i årtier. Potensialet er de mange kvadratmeterne med blåveis og hvitveis hvor høns i sin tid fikk spankulere fritt. Frukthagen er borte siden de to brødrene hennes solgte sine deler av tomten. Så nå er fire moderne gigantboliger med tilhørende asfalt satt opp rundt tømmerhuset.

– Dette skal liksom være småhus-

bebyggelse, fnyser hun.

Brødrene har hun ikke snakket med på over ti år.

Eli Haugen Bunch ble tidlig klar over at Oslo ikke var verdens navle. Faren var ingeniør, moren var amerikansk misjonærdatter med en master i pedagogikk, født og oppvokst i Kina. Foreldrene snakket engelsk seg imellom.

– Hvis jeg ikke kommer ut av Norge med seks-syv ukers mellomrom så dør jeg! Det er veldig trangt her hjemme. Jeg gråt første gangen vi sa nei til EU – det var så smålig av nordmenn! Da tiltaler vestkyststilen i USA meg mer, selv om jeg selvfølgelig hater Bush.

Når hun ikke reiser til slalåmbakkene i Østerrike eller venner og familie i California, går turene helst til Kambodsja. Der besøker hun en psykiatrisk poliklinikk hun var med

å bygge opp sammen med blant annet Rådet for psykisk helse.

I Bunch sin familie var de ingeniører og lærere. At hun skulle bli sykepleier, var derfor ikke helt etter boken. Det var da hun jobbet et halvt år som pleiemedhjelper ved Bærum sykehus at hun kom på tanken om sykepleieryrket.

– Jeg husker jeg struttet av stolthet

første gangen jeg tok trikken hjem i uniformen med blått forkle.

Hun ble uteksaminert i 1962 fra Oslo sanitetsforenings sykepleierskole.

Bunch sin far døde da hun var 15 år i en ulykke. Da brettet moren opp ermene og tok seg jobb som lærer ved den amerikanske skolen i Oslo, slik at familien kunne beholde huset. Det var moren som gravde fram sine oppsparte midler og foreslo for datteren at hun skulle prøve seg på Berkeley-universitetet i California.

– Mor var jo universitetsutdannet selv, mens jeg bare satt med en puslete sykepleierutdanning. Why not, tenkte jeg. Det har vært min holdning gjennom hele livet.

Bunch stupte ned i det akademiske miljøet i California i 1964 og ble merket for livet.

– Det var et mekka som åpnet seg, og jeg var helt hepen over alt jeg så.

Det var en Pandoras eske. Jeg bare gapte og tenkte «hva mer kan jeg gjøre?».

Dette var akkurat da studentopprørene begynte, og takket være gode venner strøk hun til sin første eksamen. Men på fire år, innimellom slalåmkjøring ved Lake Tahoe om formiddagene og seiling på sjøen om ettermiddagene, tok hun først et år med såkalt «pre-nursing», deretter

bachelor i sykepleieforskning og så to mastere – en i medisinsk kirurgi og en i psykiatri.

Den amerikanske måten å jobbe på fascinerer henne.

– Det var blandingen mellom det kliniske og det teoretiske som gjennomsyret all undervisning. Profesorene ble med til pasientsengen hvor vi kunne stå og diskutere. Slik er det fremdeles ikke i Norge. Her slippes studentene løs alene i praksis, og jeg synes det er en tragedie!

I april 1968 ble Martin Luther King drept i Memphis. I juni ble senator Robert Kennedy skutt i Los Angeles. Det lå en tung stemning over San Francisco. Broren ville ha henne hjem. Han kjøpte billett til henne. Tilbake i Norge meldte spørsmålet seg raskt:

– Hvor skulle jeg jobbe? Ingen hadde mastere i sykepleie i Norge på den tiden.

På Bygdøy visste de å sette pris på kompetansen hennes. Hun ble lærer på Statens spesialskole i psykiatrisk sykepleie, hvor hun jobbet i seks år.

Bunch mener alle sykepleiere trenger en solid formalkompetanse i tillegg til den kliniske, minst på masternivå. Særlig savner hun det i psykiatrien.

– Der er pasientene klin gærne og gjerne utlendinger i tillegg. Sykepleiere må ha kulturforståelse samtidig som de må kunne mye om symptomer, medisiner, psykopatologi og behandling. De skal kunne ta pasientene ned fra fjellet, og det handler ikke bare om hender. I stedet tar

Hvem: Eli Haugen Bunch

Alder: 70 år

Hvorfor: Fordi hun var Norges første sykepleier med doktorgrad i sykepleievitenskap og nylig ble professor emeritus.



BILGAL: Eli Haugen Bunch er ofte å se i sin flaskegrønne kabriolet, Mazda Miata. – Jeg kjører som et råskinn og elsker det, sier hun.

institusjonene inn søppel fra gaten som fungerer som såkalt «kvalifisert personell», det er håpløst.

Helst skulle Bunch sett at alle sykepleierne hadde doktorgrad.

– Det er dem vi trenger mest. Fordi sykepleiere arbeider mest med legene, blir vi sekunda der vi skulle vært komplementære. Hvis sykepleierne ikke kan te seg kunnskapsmessig, nytter det ikke.

Selv dro Eli Haugen Bunch til San Francisco på nytt i 1978 og tok doktorgraden i sykepleievitenskap i 1982. Dermed ble hun den første med denne graden i Norge. I doktorgradsarbeidet tok hun i bruk en fortolkningsmetode hun hadde lært av en vikar på matte- og statistikkurset på universitetet i San Francisco: Grounded theory (GT). Og vikaren var ingen ringere enn en av de to grunnleggerne av teorien: Sosiologen Barney Glaser.

– Barney og jeg falt helt for hverandre. Han stod også slalåm.

Hun ble dermed også den første som tok GT til sykepleierforskningen i Norge. Kort fortalt handler

metoden om å begynne i motsatt ende enn hva som er vanlig i forskning. I stedet for å begynne med en hypotese som skal testes ut, begynner man i GT med empirien som så tolkes.

– Man velger seg et feltarbeid og gjør intervjuer som man bruker fortolkningsanalyse på. Så skaper man kategorier og setter puslespillet tilbake igjen.

Vel tilbake i Norge meldte spørsmålet seg nok en gang om hva hun skulle finne på å gjøre, denne gangen med en doktorgrad i bagasjen. Hun var nyskilt fra en mann hun ikke vil snakke om. Tomten med barndoms-hjemmet ble delt i tre mellom henne og brødrene. Bunch fikk den delen med huset og moren på. Moren bodde i første etasje til hun døde i 2000.

– Jeg fikk klar beskjed om at jeg ikke var kvalifisert til å undervise ved sykepleierutdanningen her til lands. Jeg hadde nemlig ikke mine eksamener fra østkysten i USA. Columbia-universitet er liksom det som gjelder blant sykepleierakade-

Columbia-universitet er liksom det som gjelder blant sykepleierakademikerne i Norge, av en eller annen merkelig grunn.

mikerne i Norge, av en eller annen merkelig grunn.

Bunch søkte stipend og fikk 50 000 kroner til å utføre en tilsvarende studie som hun hadde gjort i San Francisco, denne gangen på traumeavdelingen på Ullevål sykehus. Fra 1983 ble hun også forskningskonsulent i Norsk Sykepleierforbund (NSF), med over 200 reisedager i året.

– Jeg var jo tospråklig og jobbet blant annet mye med Verdens helseorganisasjon. Helseinspektør Torbjørn Mork var veldig respektert i Genève og han dro meg med på alle mulige tilstelninger.

Bunch sørget i denne tiden for at NSF ga finansiell støtte til å opprette senter for medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo. Videre fikk NSF forespørsel om å ha en representant i hver region i de forskningsetiske komiteene.

– Vi kurset disse representantene. Det var jo et kupp og en milepæl å få dem inn der.

I 1992 sluttet Bunch i NSF, etter ni år.

– Det var omorganiseringer i øst og vest og helt uutholdelig å være der. Til slutt kuttet jeg alle båndene med NSF.

Men hun fortsatte å engasjere seg i etiske utfordringer og mener det viktigste sykepleiere bør kunne om etikk, er at de tør å ta de vanskelige samtalene, jo før jo heller.

– Med én gang en pasient kobles til respiratoren bør sykepleierne spørre pårørende om hvor lenge de synes vedkommende skal ligge der. Hadde sykepleierne og legene tatt initiativ til en slik samtale tidligere, hadde vi ikke hatt Kristine-saken i Bergen etter jordraset.

Selv har professoren et oksygenbehov noe utover det vanlige. Hun sykler fremfor å gå, kjører slalåm uten hjelm, og bil uten tak. Hun kjører båt på åpent hav og

har hytte i rein fjellluft. Og så sover hun på verandaen hele året, bare iført T-skjorte. En vinter var det en uke med minus 25. På slike netter bevilger hun seg et ekstra ullteppe oppå dynen.

Uteliggertilværelsen begynte med at hun var på Kypros på 70-tallet en varm sommer. Da hun kom hjem, fortsatte den. Men hun innrømmer at det hele muligens har en dypere psykologisk årsak i et traume fra barndommen under krigen, da familien bodde like ved Fornebu flyplass. – Vi ble dratt ned i et trangt kjellerrom hver gang flyalarmen gikk. Der lå vi tett oppå hverandre. Vi merket redselen hos de voksne også.

I 2004 ble Eli Haugen Bunch omsider professor. Hun fikk tittelen ved å søke om opprykk, uten at noe professorat var utlyst. Hun beholdt den gode kontakten med studentene sine, slik hun lærte i USA. Og fortsatte å reise til internasjonale kongresser.

Fremdeles omfavner hun ny teknologi og skyper (ringer via internett) med sitt enorme kontaktnett verden over.

– Hadde jeg ikke vært sykepleier, ville jeg valgt et yrke innen informasjonsteknologi. De elektroniske journalene er jo helt eventyrlige. Og jeg bare gleder meg til å få en chip.

– *Hva skal du gjøre fremover som pensjonist?*

– Det lurte jeg på også. I det lyse halvåret blir det vel hagearbeid. Mastergradsstudentene veileder jeg ut året og det er kutyme at professorer følger sine doktorgradsstudenter ferdig. Jeg har fire.

Mobilten til Bunch ringer med full orkestrering av Europe-låta Final Countdown. Fotografen fra Sykepleien avtaler å møte henne. Fra før har hun i en e-post lovet oss å stille på panseret av kabrioleten sin.

– Why not? Jeg elsker å kjøre toppless!

Why not, tenkte jeg.

Det har vært min holdning gjennom hele livet.



SOVEKROKEN: Soverommet til Eli Haugen Bunch er verandaen, året rundt. Her røyker hun på senga, som en svamp, uten å inhalere.

Start sommeren
på www.rica.no

Foto: Matti Bernitz, Innovation Norway - Sørlandet



Fra kr 395,-
per person per natt
i dobbeltrom
26. juni - 16. aug. 2009

Nyt hotellferie til reduserte priser

La deg inspirere til hotellferie i Norge! I sommerperioden 26. juni til 16. august 2009 har vi reduserte priser på overnatting på våre 80 hoteller. Det er faktisk mulig å spare inntil 50 % på overnatting hos oss i sommer i forhold til normal rompris, det betyr at vi tilbyr priser fra **kr 395,-** per person i dobbeltrom inklusiv frokost!

Hvis du ikke allerede er medlem av Rica Hotels fordelsprogram bør du melde deg inn nå! Som medlem får du nemlig doble poeng per overnatting i perioden 26. juni til 16. august! Det betyr at du får den 6. natten gratis hvis du overnatter 5 netter i ovennevnte tidsrom. Det koster ingenting å bli medlem i vårt fordelsprogram. Alt du trenger å gjøre er å registrere deg som medlem på www.rica.no.

For bestilling benytt vår online booking på www.rica.no, kontakt hotellene direkte, Rica Service Centre på tlf. 66 85 45 60 eller ditt reisebyrå.



Rica Hotels
Det Gode Vertskapet

– Slipp de ansatte fri

– Offentlig sektor er vår. Den er finansiert av fellesskapet, og blir drevet og brukt av mennesker. Hvorfor skal disse fratras muligheten til å påvirke beslutningene?

Sykepleier Ingvar Skjerve har sammen med Sv-politiker Audun Lysbakken skrevet boka «Delta-kerne. En reise i demokratets framtid». I boka lanserer de «demokratisk sektor» som et tredje alternativ til New Public Management (NPM) og ropet om mer stat.

Idedreper

– NPM-profetene har langt på vei klart å få oss til å tro at nyskaping i offentlig sektor betyr å kopiere den private sektorens markedsløsninger. Det er å snu alt på hodet. For er det noe som hindrer nyskaping, så

en ineffektiv offentlig sektor som ikke klarer å gi fullgode tjenester. Eller enda verre: at offentlig sektor i tillegg lever av privat sektor, som en slags snylter.

Igjen blir ting snudd helt på hodet, ifølge Skjerve.

– Offentlig tjenesteproduksjon skaper verdier på samme måte som privat tjenesteproduksjon. Forskjellen er at den offentlige verdiskapningen er skjult fordi den betales over offentlige budsjetter. Om jeg som sykepleier får lønn fra en kommune eller et privat selskap er ett fett. Det viktige er: Svært lite

er et fruktbart alternativ til hierarkiske strukturer og økende grad av «cockpit-styring» hvor byråkrater og ledere sitter med ryggen vendt mot de ansatte. Med en låst dør mellom seg og de andre. Det er mistillit satt i system, mistillit til de ansattes evne til å finne gode løsninger.

Skjerve vil ha et helt annet utgangspunkt:

– Gi de ansatte og brukerne tillit. Ta dem med når beslutninger skal tas.

Endring nedenfra

De gode løsningene blir svært sjelden skapt på byråkratenes skrivebord. De finnes i de ansattes og brukernes hverdag.

– Å slippe løs kreativiteten til de hundretusener som jobber i helsesektoren, og å gi makt til enda flere som bruker helsetjenestene, vil være en enorm drahjelp i kampen for å fortsette utviklingen fra privatisering til et sterkere fellesskap. Så får vi akseptere at det rundt omkring i helsetjenesten utvikles forskjellige løsninger. Det viktigste er at løsningene er til beste for dem som skal leve med dem, sier Skjerve, som ikke legger skjul på sitt sosialistiske ståsted.

– Hva med økonomien?

– Det trengs mer penger i store deler av helsesektoren, men det er langt fra nok å sitte og rope på stadig mer. Det er også snakk om menneskelige ressurser, å dra nytte av de ansatte og brukernes kunnskaper og erfaringer. Gi dem muligheten til å prøve ut nye løsninger i fellesskap. Det blir

DEMOKRATI – De nye styringsprinsippene som er blitt innført med New Public Management er idedreper i offentlig sektor, sier sykepleier Ingvar Skjerve.

Hvorfor skal demokratiet stoppe ved inngangsdøra til virksomheten eller institusjonen?

er det innføring av NPM, mener Ingvar Skjerve.

– På hvilke måte?

– Ved innføring av hierarkiske og autoritære mistillitssystem, slik NPM-profetene ønsker, har man samtidig lukket døra for innspill og ideer til forbedringer fra dem som produserer og bruker tjenestene. De nye styringsprinsippene er blitt en idedreper i offentlig sektor.

Mistillit

Skjerve frykter at NPM-tenkningen vil skape stadig større mistillit til offentlig sektor i befolkningen.

– Hvis folk ikke oppfatter offentlig sektor som forskjellig fra det private, vil det opprettholde myten om

sykepleie er unødvendig arbeid, sier sykepleieren.

Demokrati

– Hva er alternativet til New Public Management?

– Å skape en «demokratisk sektor» der makten er innenfor rekkevidde for folk flest. Hvorfor skal demokratiet stoppe ved inngangsdøra til virksomheten eller institusjonen? Hva med flere valgte ledere, flere eksperimenter med brukerdeltakelse og ansattedemokrati. Deltakelse og innflytelse er den beste garantien for å få høy oppslutning om fellesskapsløsninger, sier Skjerve.

– Prinsippet om å styre med ansatte og brukere og ikke over dem,

bedre løsninger når flere menneskers kunnskaper og innsikt får prege beslutningene.

– Har du garanti for det?

– Ansatte må ta hensyn til arbeidsplassen og lokalsamfunnet. De kan ikke velte eventuelle problemer over på andre, fordi de selv er en del av arbeidsplassen de får lov til å være med å forme. Dette står i sterk kontrast til dagens hierarkisk



styringsmodell i helsesektoren, mener Skjerve.

Eksempel?

– *Et konkret eksempel?*

– Det er ikke min oppgave å skissere konkrete løsninger. Det er å gå i skrivebordsbyråkratens felle. Løsningene må komme fra de ansatte og brukerne. Men da må maktforholdene legges til rette slik at de får

reell mulighet til å gjøre noe med sin hverdag.

Det er snakk om å gi kreativiteten en mulighet, mener Skjerve.

– Det foregår mye diskusjon på «pauserommene» rundt om på institusjonene. Det er ofte mye klaging over hvor fælt alt er, men her fødes også mange forslag til løsninger på hvordan forholdene kan bli bedre. Da oppleves det ekstra frustrerende

ikke å ha muligheten til å prøve dem ut i praksis. Det kan ikke være slik at de ansattes personlige engasjement og motivasjon for å finne gode løsninger fører til frustrasjon og mistriivsel blant de ansatte.

Ingvar Skjerve mener helsevesenet må skrote NPM-tenkningen, og i stedet utvide demokratiets rekkevidde og mobilisere forandringskraften dette vil utløse.



NPM

Sentrale kjennetegn ved New Public Management (NPM):

- Innføring av kvantitative resultater som mål, med et tydelig belønnings- og straffesystem knyttet til dette.
- Sterkere ledelse, og mindre selvstendighet for den enkelte ansatte.
- Økt bruk av kontraktsrelasjoner.
- Økt konkurranse.

Snart felles prosedyrer i sykehusene

Tre av fire helseregioner har inngått rammeavtale om kjøp av databasen «Praktiske Prosedyrer i Sykepleietjenesten (PPS)».

– Jeg ser det som en viktig anerkjennelse av det arbeidet vi gjør, sier daglig leder Marit L. Berntsen i Akribe.

Helse Nord, Helse Midt-Norge og Helse Sør-Øst har inngått en rammeavtale på rundt 35 millioner kroner om kjøp av dokumentasjonsdatabasen PPS – Praktiske Prosedyrer i Sykepleietjenesten. Rammeavtalen har en varighet på to år med opsjon på to års forlengelse.

– For oss er denne avtalen en bekreftelse på at de tjenestene vi tilbyr har stor verdi for dem som arbeider med pasientbehandling i sykehusene, sier daglig leder i Akribe AS, Marit L. Berntsen.

Mer til behandling

– På hvilke måte vil sykehusene dra nytte av PPS?

– Ressurser som tidligere ble brukt på å utvikle lokale prosedyrer blir ved anskaffelse av PPS frigjort og kan brukes på pasientbehandling og omsorg. Erfaringer viser at det brukes store ressurser på utvikling og vedlikehold av egne lokale prosedyrer, sier Berntsen.

Undersøkelser og beregninger Akribe har gjort viser at et stort og et lite sykehus bruker henholdsvis rundt 8 millioner og 2–3 millioner handlingen. Det at databasen er utarbeidet av ledende fagspesialister innen sykepleie, medisin, helsefag og juss gjør at kvaliteten i behandlingen er sikret. Prosedyrene blir en gang i året faglig oppdatert med utgangspunkt i ny forskning, og at de er i samsvar med gjeldende lover og forskrifter. Pasientene kan således være trygge på at behandlingen de får til enhver tid er den faglig beste, sier Berntsen.

I tillegg til å heve kvaliteten på behandlingen, vil PPS også bidra til



PROSEDYRE: Det er flere tusen ulike prosedyrer for behandling av pasienter. I PPS er samlet rundt 300 grunnleggende prosedyrer i sykepleie.

en mer effektiv pasientbehandling, mener Berntsen. Hun ser PPS som et viktig verktøy i den nye store helse reformen om bedre samhandling mellom kommunehelsetjenesten og sykehusene.

– Felles prosedyrer for sykepleietjenesten vil gi bedre forutsigbarhet for pasientene ved at de får lik behandling uavhengig om de er på et sykehus eller i et sykehjem. For helsepersonell ved at de kan



PPS

Praktiske Prosedyrer i Sykepleietjenesten (PPS) er et elektronisk system for dokumentasjon og kvalitetssikring som inneholder sykepleieprosedyrer og kunnskapsstoff.

PPS ble etablert i 2001 som et offentlig forsknings- og utviklingsprosjekt, støttet av Innovasjon Norge og Kompetanseutviklingsprogrammet VOX.

PPS er i dag i bruk på alle sykepleierhøyskolene. I tillegg blir det brukt av rundt 120 kommuner og ved ti sykehus.

forholde seg til de samme prosedyrene uavhengig av hvor de jobber, sier Marit L. Berntsen.

Økt sikkerhet

Helse Sør-Øst ser det også som svært viktig at sykepleierstudenter, nyansatte, vikarer eller utenlandske sykepleiere har tilgang til felles standardiserte sykepleieprosedyrer.

– Det gir pasientene økt trygghet å vite at for eksempel blodtrykket måles på lik måte av ulike fagfolk og at det hele tiden brukes oppdatert praksis. Det vil være en styrke for pasientrettighetene og minke antall feilbehandlinger, mener direktør for kvalitet og prioritering i Helse Sør-Øst, Elisabeth Arntzen.

Det er snart 60 år siden vi
lanserte vårt første produkt



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



NATUSAN® INSTITUSJON - hudpleie siden 1949

«Her er det trygt og godt.»

Ove Hagen og medpasientene har vært på den ukentlige handleturen. Nå skal alle posene med **øl og rød mix** fraktes inn på sykehjemmet.

«Antabussen», rusavdelingens egen minibuss, har akkurat parkert utenfor Stokka sykehjem i Stavanger. Ut kommer pasienter, noen i rullestol, andre med rullator. Rimiposene blir lastet på en blå tralle, og Ove Hagen tar seg av transporten. Inn i heisen, opp i avdelingen, gjennom korridoren og inn på lageret. Der får fire flasker Koskenkorva og en sekspakning øl selskap av de nye forsynningene. Hyllekantene er merket med navn på pasientene, så alle vet hva som tilhører hvem. Bare personalet har nøkkel til lageret.

Sykehjemmet har åtte senger øremerket for ruspasienter. Nå er det 13 ruspasienter her, to er kvinner. På rusavdelingen er det for tiden også fire somatiske pasienter. To av de ansatte i avdelingen er sykepleiere, i tillegg til avdelingslederen. Kathrine Løvneseth og Son Tran har todelt vakter.

Dør i kø

Det er fritt sykehjemsvalg i kommunen, og det går opp og ned med etterspørselen etter rusplassene. Disse pasientene kommer ikke foran andre i køen. Noen dør mens de venter på plass, andre trekker seg. Erfarin-

gen med helsevesenet er dårlig, så mange vegrer seg for å komme på sykehjem.

– Derfor er det viktig å informere på forhånd, påpeker Løvneseth.

De som får tilbud om plass får komme på besøk før de bestemmer seg. Flere som flytter inn, tenker at de ikke skal bli særlig lenge. Det står ikke så dårlig til, synes de selv. Men de blir. Mange har heller ikke noe alternativ. Siden avdelingen ble opprettet i 2006 har bare to pasienter dratt herfra. Den ene sluttet å ruse seg, den andre døde etter han dro.

Nevrolog Corinna Vossius og de to sykepleierne forteller at de har blitt konfrontert med egne holdninger på denne avdelingen, og diskutert mye etikk.

– Siden vi startet har vi forandret måten vi jobber på. Vårt fokus er ikke rus. De ruser seg som før, og vi må respektere pasientens autonomi, sier Løvneseth

FRITT: Ove Hagen (foran) og Jan Egil Jansen (bak) slipper å smugdrikke på Stokka sykehjem.



■ Les også fagartikkelen på side 44



Det blir mindre drikking»





ORDEN: Ove Hagen og sykepleier Kathrine Løvneseth passer på at varene kommer på plass på lageret med navn på hyllene.

Vossius viser til en etisk diskusjon de har hatt på avdelingen:

– Kan vi nekte pasientene å forlate avdelingen når de er ruset?

De spurte fylkeslegen. Som svarte nei, personalet bør ikke holde pasientene tilbake.

– Frykten er jo at de kan skade seg selv eller andre. Vi stopper dem ikke, men vi prøver å overtale dem til ikke å dra.

Vossius påpeker at hvis det var mulig, ville de heller hatt et eget hjem for rusbrukerne.

– Disse pasientene har ingen fordeler av å være på et sykehjem. Budskapet er heller at det lar seg gjøre, sier hun.

Pasientene deres stjeler ikke,

bråker ikke og driver ikke med narkohandel.

– Det var tilløp til det med biler som kom hit. Men det fikk vi stoppet.

De synes de samarbeider godt både med politi og legevakt, som stadig tar seg av deres pasienter.

– Vi legger listen lavt og har en annen standard enn på andre avdelinger. Men hvis lukten sjenerer andre, prøver vi å motivere dem til å dusje. Vi har faste dusjedager, forteller Løvneseth.

Sykehjemmet har også spa.

– Pasientene elsker det. De får

Vi stiller dem selv om de drikker for mye. Vi skal gi dem verdighet de siste årene.

Kathrine Løvneseth, sykepleier

En annen hygienestandard

Noen av pasientene har ikke vasket seg på årevis når de kommer til avdelingen.

gode fysiske opplevelser. De har jo lite kroppskontakt ellers, sier Tran.

– Vi har det fritt og godt

Ove Hagen har satt seg i den store stuen i grått, hvitt og svart. På den ene vegg er en storskjerm. På bordet har han en grønn ølboks, en rød pakke tobakk og en lighter. Han forteller at tirsdagsturen alltid går til Rimi.

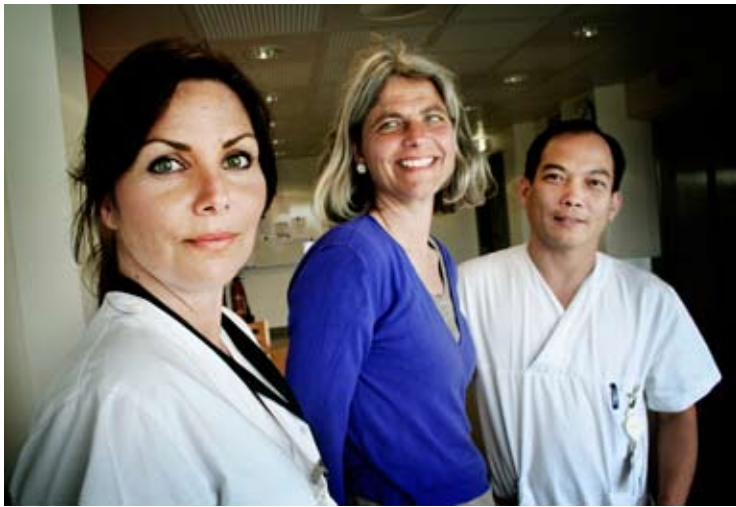
– Alle vil kjøpe øl, vet du. Og tobakk, snop og pølser.

I dag var det for kaldt, men ofte kjører de en tur til sjøen også. Der finner de noen benker og slår seg ned en stund.

Hagen, som er 49 år, har bodd på sykehjemmet et knapt år.

– Greit her, sier han. – Fritt og godt.

Borti gangen har han et lite



Her følger vi dem når de kjøper alkoholen. Så de drikker den, spyr den, og vi skifter sengetøyet.

Son Tran, sykepleier



FORDOMSFRIE: Sykepleier Kathrine Løvneseth (t.v.), lege Corinna Vossius og sykepleier Son Tran er uten moralske pekefinger.

Vi foretrekker at de kjøper øl framfor vodka.

Corinna Vossius, nevrolog

verksted. Der reparerer han rullestoler og rammer inn bilder. Men det blir ikke noe av det i dag. Han ser ut av vinduet. Nedi hagen ligger en bunke materialer. Det skal bli til hønseshus, og Ove Hagen skal være med å bygge.

– Kjekt personale. Vi får lov å sitte her i stuen og ta en øl og røyke. Trivelig miljø. Fredelig, ikke noe munnhuggeri.

Hagen synes det er bedre her enn å bo for seg selv.

– Her er trygt og godt. Det blir mindre drikking. Jeg sitter mye her i stuen. Det er mer sosialt, og vi slipper smugdrikking. Vi tar det med ro og snakker med de andre. Men det hender det blir bråk.

Da må bråkmakerne på rommet og slappe av litt, forklarer Hagen.

Ransaker ikke

Personalet aksepterer ikke illegale rusmidler, men leter heller ikke etter det.

– Finner vi noe, må vi destruere det. Men vi kan ikke ransake rommene, og det er vi glade for, sier Løvneseth.

Hasj, amfetamin og sniffing er vanligst. Vil pasientene bruke slike stoffer, må de gjøre det utenfor huset. Personalet vet at de gjør det, men verken spør eller sjekker.

– *Hva er vanskeligst i jobben her?*

– Å få dem i aktivitet. Vi mener

det øker livskvaliteten og selvfølelsen, sier Tran.

Da noen av dem arbeidet i hagen, var de fornøyde med seg selv etterpå. Men det som klaffer en dag, klaffer ikke nødvendigvis en annen dag.

– Før var det vanskelig å få dem ut fra rommet. Nå er det lettere.

Mye takket være storskjermen, som er særlig populær når Viking spiller fotballkamp. Og personalet har slakket på retningslinjene. Pasientene viste seg svært kreative i å tøye regler.

– Vi fant ut at jo flere regler, desto mer stress, utagering og konflikter. Vi ser tydelig at de reduserer alkoholinntaket når de tar en øl sammen, i stedet for å drikke alene på rommet, slik de måtte før, forteller Tran.

– Vi foretrekker at de kjøper øl framfor vodka, sier Vossius.

Personalet følger ikke pasientene til polet. Noen av pasientene bestiller polvarer og får dem levert på døren.

Romantikk kan også oppstå her på avdelingen.

– Da respekterer vi at de låser døren for å være alene.

Ville minnes med en dram

Tran synes de er flinke til å ivareta pasientenes ønsker. En tidligere pasient ønsket ikke å ha bibelen på et bord utenfor rommet, som er vanlig når noen dør. Han ville heller ha en flaske vodka. Så kunne han bli husket med en dram. Slik ble det.

På beboermøtet ble det bestemt at de ikke ville ha middag klokken ett. Nå får avdelingen middagen klokken 16.30.

Personalet ved andre sykehjem ber om veiledning her. Mange har holdninger om at rusbruken er selv-forskyldt. Slik moralisme må man fort legge av seg her.

Tran setter det på spissen:

– Her følger vi dem når de kjøper alkoholen. Så de drikker den, spyr den, og vi skifter sengetøyet.

– Vi steller dem selv om de drikker for mye. Vi skal gi dem verdighet de siste årene, sier Løvneseth.

– Vi fokuserer på det lille ekstra. I helgen var pasientene på uterestaurant som vanlige folk. De ble fotografert med pils i hånden.

Drakk sprit med sugerør

En terminal pasient klarte ikke lenger å drikke på egen hånd.

– Det er første gangen jeg hjalp en pasient å drikke sprit med sugerør, ler Tran.

Poenget var å unngå abstinens. Og å respektere hans ønske.

– Han ba oss om alkohol, det var et psykisk behov, og sikkert litt trass. Han ville ikke slutte å drikke.

De blandet alkoholen mer og mer ut. Siste fase drakk han mest øl. Etter ni uker døde han av leversvikt.

– Andre pasienter får vanedannende midler på dødsleiet. Da er det ingen som reagerer. Men er målet å dempe abstinens i en terminal fase, synes mange det høres rart ut, sier Løvneseth.

Trivelig miljø. Fredelig, ikke noe munnhuggeri.

Ove Hagen, pasient

Det er ikke noe mål å ha en tørkeperiode, for det blir pasientene sykere av.

– Det er bedre å drikke på det jevne for å slippe abstinens. Men får de abstinens, kan vi gi dem medisin.

Vil klare seg selv

«Tor» har trukket for gardinene på rommet. Han har ikke vært med på handletur. Han har ikke penger å handle for. Det er to uker til trygden kommer.

– Jeg liker meg ikke, sier han.

På tv-skjermen glir en hai forbi. Kanalen er National Geographic. Tor skrur ned lyden.

– Jeg har mistrivdes fra dag én. Jeg hadde flyttet hvis jeg fikk anledning.

Tor har et kryssord i fanget. Han strever med det siste ordet. Alt er fylt ut bortsett fra «mager», som jo har to betydninger. Elleve bokstaver.

Han har bodd her siden en uke før jul i 2007. Den svært slanke mannen har lagt på seg mellom 15 og 20 kilo siden den gangen.

– Jeg har aldri bedt om å komme hit.

Husleien til sykehjemmet blir først trukket fra trygden.

– Jeg har 2 400 igjen å leve for. Det skal dekke tobakk, litt drikkevarer, sprøyter og diverse.

– *Hva gjør du når du ikke har mer igjen?*

– Klarer meg uten.

Tor synes selv han kunne stått på mer.

– Jeg er ikke sosial i det hele tatt.

Men han kjenner de fleste av medpasientene.

– Dette er en bra plass for dem som liker det. Jeg skulle ønske jeg hadde klart meg selv. Jeg *kan* det.

Han håper på å flytte og venter på oppreisningspenger. Han skulle fått dem nå i mai.

Tor funderer videre på synonymer til mager. Han er fristet til å gi opp. Men prøver litt til.

Gretten med abstinens

Løvneseth forteller at Tor er i det molefonkne hjørnet i dag.

– Når pasientene vet at de ikke har rusmidler, blir de i dårlig humør. Har de fått en halv flaske, er dette verdens beste plass.

Abstinensen kan vare et par dager. Etter den tjuende, når trygden kommer, går det bedre med de fleste. Mens de ansatte får det travelt med å ta seg av sine berusete pasienter.

– De faller i et bankende kjørl. Vi legger dem på madrasser for å forebygge nye fall. Vi sjekker pusten deres, sier Løvneseth.

– Jobben vår er å finne løsninger der og da, sier Tran.

Grunnleggende observasjoner kan være vanskelig. Mange er deprimerte. De somatiserer og sier de har vondt i magen. En pasient ble sendt til lege etter mye klaging.

– Det viste seg at han hadde 3,5 i promille. Vi hadde ikke sett at han var beruset. Det var flaut å lese epikrisen etterpå, sier Løvneseth.

Rusen kan kamuflere fysiske skader, for eksempel etter et fall.



REPARATØR: Ove Hagen, her på rommet sitt, har eget verksted for rullestoler.

– Er han trøtt fordi han har fått hjernerystelse, eller skyldes det rusen? Slikt kan være vanskelig å skille, sier Løvneseth.

Typiske følgesykdommer for alkoholikere er svekket gangfunksjon, på grunn av polyneuropati. Mange har leversvikt. Stadig får de kutt og brudd. Angst og depresjon er vanlig.

Løvneseth synes helsevesenet gir opp ruspasientene altfor lett.

– Jeg blir sint og opprørt på deres vegne.

De er ofte lite utredet av helsevesenet når de kommer hit med to poser – den ene full av inkassoregninger.

Pasientene har ofte sterke personligheter. En eldre sjømann som bodde her var en slik type. Hans store stolthet var et enormt skjegg. Han måtte på sykehus, og kom tilbake – uten skjegg.

– Ingen kjente ham igjen. De begrunnet det med hygienehensyn. Det var uverdige at de fjernet det som var en så stor del av ham, synes Løvneseth.

Sjømannen døde uten skjegg.

Mange barnebarn

Verken Tran eller Løvneseth hadde planlagt at de skulle jobbe med disse pasientene. Nå kan de ikke tenke seg noe annet.



NETTVERK: Jan Egil Jansen får ofte besøk av sin store familie. Son Tran liker å gjøre det lille ekstra.

Tran liker godt å prate med pasientene. Jan Egil Jansen setter pris på det. På rommet hans kvitrer to lyseblå undulater. Sengen er oppredd, veggen er fylt av bilder av barn i alle aldre.

– Jeg stortrives. Her er det fritt og godt og betjeningen er hyggelig. Jeg kan ta en øl når jeg vil. Og det er lov å røyke på rommet.

Jansen påstår han røyker hele tiden. Rød mix.

– Men det er ikke lov å røyke på sengen. Det gjør jeg aldri.

Han sitter mest på rommet sitt, men er i fellesstuen av og til.

«Norge rundt» er på tv. Den slår han aldri av, heller ikke om natten.

Jansen er med på nesten alle turer.

– Et par ganger var jeg ikke med.

– Men da var du dårlig, sier Tran.

Jansen, som snart blir 66 år, besøker sin mor på et annet sykehjem hver onsdag. Og selv får han ofte besøk av barn, barnebarn, tidligere arbeidskolleger – og av mor.

Han har vært gift to ganger og har to barn fra hver ekteskap. Han snakker med begge sine ekskoner og deres nye menn. Jansen synes de er hyggelige, alle sammen. Han har kommet ut av tellingen over

hvor mange barnebarn han har.

Samling i stuen

Inne fra stuen høres muntre rop. Pasienter og personal ser bilder fra sist helgetur på storskjermen. Ove Hagen har tødd enda mer opp siden sist.

– Se, jeg drikker sjokolade, hoier en kvinnelig pasient som ser seg selv på skjermen.

Så er det ikke flere bilder. Klokken er ennå ikke tre, men Tran sier til damen:

– Finn en øl og sett deg her.

Han vet jo at det er best å holde henne her i stuen sammen med de andre.

Der kommer også Jan Egil med rullatoren sin. Og i sofaen sitter jammen usosiale Tor. Han konsentrerer seg om å lese avisen.

Vi fant ut at jo flere regler, desto mer stress, utagering og konflikter.

Son Tran, sykepleier



Corinna Vossius,
lege,
Stokka sykehjem



Ingelin Testad,
seksjonsleder,
Undervisningssykehjem



Rune Skjæveland,
avdelingsleder,
rusavdeling

«Allsang, bingo og gudstjeneste passer ikke for våre beboere»

I stedet for å fordele pasienter med rusproblematikk på tilfeldige sykehjem, får de bo på en avdeling med andre i samme situasjon. Der møter de aksept og kompetanse fra personalet.

Avrusning er ikke en av våre målsettinger. Personalet må ha et romslig syn på sosiale omgangsformer, og være forberedt på å komme i konfliktsituasjoner.

I en storby som Stavanger med 120 000 innbyggere og et tett befolket nærområde finnes det en rekke tilbud for rusavhengige. Imidlertid er disse tilbudene i all hovedsak rettet mot yngre rusavhengige og har avrusning og re-integrasjon tilbake til et normalt liv som målsetting. For rusavhengige som ikke responderer på tiltak, og som etter hvert blir tiltakende pleietrengende, eksisterer kun det kommunale omsorgsapparatet med hjemmesykepleie og sykehjem. Som en følge av dette, ble «Rusavdelingen» ved Stokka sykehjem åpnet i 2006.

Stokka sykehjem er det største kommunale sykehjemmet i Stavanger kommune med 127 pasienter og er etablert som undervisningssykehjem i Helse Stavanger. Vi har spesialavdelinger for demens, nyopprettet intermedisæravdeling. Vår avdeling for pasienter med rusproblematikk er hittil den eneste i Norge.

Avdelingens beboere

Vi startet med en halv avdeling på åtte senger, mens den andre halvparten var vanlige somatiske pasienter. Det har vist seg at ordningen fungerer godt, det finnes et større behov i kommunen, og vi har derfor fått lov til å omdisponere somatiske senger

til rus. Brukere må fylle to krav: De må ha eller ha hatt et tungt misbruk, og de må oppfylle de vanlige kravene for sykehjemsplass. Pasienter som kommer til oss, har mistet evnen til å ta vare på sine basale behov som ernæring og personlig hygiene. Mange har problemer med å akseptere hjelp fra hjemmesykepleien, eller de trenger mer hjelp enn det de får gjennom hjemmebaserte tjenester. I dag har vi elleve aktive rusbrukere, to av dem er kvinner. Våre beboere kommer fra alle sosiale lag. Vi har personer som hele sitt liv har levd på sosialstøtte, og vi har personer med betydelige midler. Noen har bodd på gaten, andre flytter til oss rett fra eget hjem. De fleste er alkoholikere. Men vi regner med at det vil komme flere pasienter som bruker illegale rusmidler eller har et blandingsmisbruk.

Målsetting

På avdelingen har vi fire hovedmålsettinger:

- Å være et trygt sted å bo
 - Stabilisere beboernes fysiske og mentale tilstand
 - Opprettholde beboernes autonomi i størst mulig grad
 - God livskvalitet
- Avrusning er ikke en av våre

målsettinger. Vi representerer et lavterskeltilbud og forventer ikke at beboerne er rusfrie i avdelingen. Til tross for dette, ser vi at de fleste reduserer inntaket av rusmidler under oppholdet, muligens fordi livssituasjonen stabiliserer seg og fordi de har trygge, forutsigbare rammer rundt seg. Alkohol er et legalt rusmiddel, og bruk av alkohol er tillatt i avdelingen. Illegale rusmidler er ikke tillatt.

Miljøtiltak

Våre brukere skiller seg fra «vanlige» sykehjemsbeboere på flere måter. De er yngre, cirka 45 til 70 år, de har vanligvis et dårlig sosialt nettverk og lite kontakt med familien. Livet deres – både fortid og nåtid – handler mye om rus, og i tillegg har de også helseproblemer. Mange isolerer seg store deler av dagen på rommet sitt, sover, røyker og ser på TV. Det kan være en utfordring å finne aktiviteter de synes det er verdt å stå opp for og som gir mening i hverdagen. Fellesarrangementer på sykehjemmet som allsang, bingo og gudstjeneste passer ikke for våre beboere. Derfor har det vært nødvendig å finne andre former for aktiviteter. Vi har anskaffet et stort lerret til hjemmekino på fellesstuen.

www.sykepleien.no

Les mer og finn litteraturhenvisninger på www.sykepleien.no

Søkeord:

Rusmiddel
Stoffmisbruk
Sykehjem
Livsstil



Foto: Marit Fonn

DRIKKER MINDRE: Alkohol er tillatt på avdeling for pasienter med rusproblematikk på Stokka sykehjem. Likevel er det flere som reduserer inntaket av rusmidler under oppholdet.

I tillegg har vi fått et biljardbord i gave. Begge deler er flittig i bruk. Avdelingen har også vært så heldig å skaffe seg en minibuss, kjærlig omtalt som «Antabussen». På tirsdager er det felles handletur, vanligvis til kolonialbutikk. Andre dager er det turer til stranden eller til byen. Bilen brukes også til å frakte pasienter til undersøkelser på sykehus eller hente våre beboere hjem fra fyllearristen og andre mislykkede byturer. For et lite vederlag lånes den også til andre avdelinger og er dermed til nytte for hele huset.

Siden miljøet i Stavanger tross alt er oversiktlig, kjenner de fleste hverandre fra før, og treffer derfor gamle venner og fiender. Men til tross for forskjellig sosial bakgrunn, danner beboerne et fellesskap hvor vanlige sosiale spilleregler blir overholdt.

Individuell hjelp

Våre beboere er personer med store personlige problemer. De fleste har ødelagt sitt sosiale nettverk, de har økonomiske og juridiske problemer, og den fysiske og psykiske helsen er svekket. Som andre sykehjemsbeboere er de ved slutten av livet når de kommer til oss.

Hver beboer får en primærkontakt som hjelper til med henven-

delser til kommunen, søknader og konflikter, og som i det hele tatt er hovedsamtalepartner. Noen pasienter ønsker å få hjelp til å begrense alkoholinntak. I så fall er det primærkontakten som avtaler den daglige kvoten med pasienten, og som også er samtalepartner ved eventuelle endringer.

De fleste beboere tilbys hjelpeverge for å få orden på inntekter, gjeld og pengebruk. Ved inntak kartlegges pasientens helsetilstand i likhet med alle sykehjemsbeboere. I tillegg tar vi smitteprøver på hiv og hepatitt A, B og C. Helsetilstanden bedres ofte med regelmessig og variert ernæring. Flere av beboerne er bevegelseshemmede og bruker rullator eller rullestol. De har hjerneorganiske skader med redusert hukommelse og redusert vurderingsevne. Personalet legger til rette for trening i ADL-funksjoner, gåtning og fysioterapi. Vi prøver å finne aktiviteter som den enkelte er interessert i og som vi kan være behjelpelig med, som for eksempel besøk på fotballstadion, hjemmebesøk, kontakt med dyr og så videre.

Personalet

Da avdelingen ble opprettet, ble stillingene utlyst internt. Dette betyr

at vi har personale som har ønsket å arbeide med denne gruppen mennesker. De må ha et romslig syn på sosiale omgangsformer og være forberedt på å komme i konflikt-situasjoner. Vanligvis er forholdet mellom våre beboere og personalet svært godt og tillitsfullt. Problemer oppstår når pasientene blir beruset og må settes grenser for. Det hender også at de får besøk av «venner» fra miljøet som ruser seg i avdelingen eller som vi må be om å forlate huset av andre grunner. De fleste konflikter takler personalet, men det hender også at vi må tilkalle politiet hvis pasienter eller besøkende blir fysisk utagerende.

Siden oppstarten har to personer sluttet. For øvrig har staben vært nokså stabil i de tre årene som har gått siden avdelingen ble startet. Sykefravær i 2007 var 3,1 prosent i forhold til 11 prosent i gjennomsnitt på huset. Vi har samme bemanningsnøkkel som de øvrige avdelinger på huset med en avdelingsleder, to sykepleiere, 7,5 hjelpepleiere, en miljøarbeider og 0,2 legestillinger. Alle i personalgruppen har lang yrkeserfaring, men hittil har ingen av oss noen formell utdanning innen psykiatri eller rus. Hver andre uke får vi

veiledning av en spesialsykepleier i psykiatri. Dette gir ikke bare mulighet til å luften frustrasjoner i et nøytralt miljø, men er først og fremst en anledning til å skifte synsvinkel og angripe vanskelige situasjoner fra nye sider. Veiledningen bidrar til å komme til en felles forståelse av målsettinger og handlingsgrunnlag i vår avdeling, og til å minke slitasten i hverdagen.

I 2007 tok avdelingen en studietur til Danmark for å besøke E-Huset og andre rusinstitusjoner i København. Turen ga oss inspirasjon, og vi tok med oss ny kunnskap hjem til avdelingen. Selv om forholdene er forskjellige fra land til land og fra avdeling til avdeling, er det likevel mulig å overføre verdifull erfaring, lære av hverandre og slik ta noen snarveier i hverdagen. På samme måte ønsker vi å formidle vår kunnskap videre til andre kommuner som planlegger lignende tilbud. Som kjent behøver ikke hjulet å finnes opp på nytt hver gang. Besøkende er derfor hjertelig velkommen hos oss, og vi kan arrangere informasjonsmøter for små og store grupper.



Livet er en underlig ting som hendte meg på vei til graven.

Quentin Crisp.

Bøkernes hus

I en tid der de fleste sliter med budsjettinnstramning og manglende likviditet er litteraturhuset i Oslo, med sin ikke-kommersielle og uavhengige status, et oppkvikkende eksempel på at det fremdeles finnes noe som er viktigere enn penger. I dette tilfelle litteratur.

Det norske litteraturhuset støttes av institusjonen Fritt Ord, og hensikten er å formidle og vekke interesse for litteratur og lesing. Ideen stammer opprinnelig fra Tyskland. Der ble det første litteraturhuset etablert i Berlin i 1986. Siden har det vokst frem nye hus i andre tyske byer. Ideen har spredt seg til flere europeiske land, som Danmark, Østerrike, Italia og Frankrike.

Mange med meg har opplevd å bli avvist i døren fordi det ikke er billetter igjen til samtalen med yndlingsforfatteren eller debattmøtet om hijab. Det er snart gått to år siden huset åpnet i Wergerlandsveien. Siden da har mange oslofolk og turister vært innom for å høre foredrag, høytlesning, delta i debatter, drikke et glass vin eller vann og nyte en matbit. Eller rett og slett kjøpe en bok.

Også andre norske byer har latt seg inspirere av suksessen. Det planlegges nå litteraturhus både i Bergen, Tromsø, Stavanger og Grimstad.

Så gled deg, snart blir det kanskje et bøkernes hus også i din landsdel!



Jussamu Diotrichson

Forfatterintervjuet:

Frivillighetsgeneralen

Han tilbrakte tre somre som uteligger i Oslo og København som en del av sosionomutdanningen. Nå har han skrevet håndbok for oppsøkende gatearbeid.



– Jeg hadde aldri en håndbok å støtte meg til i årene jeg selv drev frivillig, oppsøkende arbeid. Og i løpet av de tre somrene jeg bodde på gata, opplevde jeg aldri at noen kom for å ville hjelpe meg.

Slik forklarer Ole Martin Holte bakgrunnen for at han bestemte seg for å skrive boken «På Gata». Etter sosionomstudiet startet han Gaterjeningen i Fransiskushjelpen i Oslo. I boken deler han av egne erfaringer fra gatearbeidet. Leseren konfronteres med rus, fattigdom, ensomhet, psykisk sykdom og død. Men også mening, verdighet og fellesskap. Boken handler i første rekke om møter mellom mennesker. Mellom den frivillige og den rusavhengige, den prostituerte og den bostedsløse.

– Den forsøker å gi et bilde av hvilke utfordringer og plikter den frivillige står overfor, og er som en bruksbok i oppsøkende frivillig gatearbeid.

Når Sykepleien møter Holte, er han på jobb som seksjonsleder for seksjon psykisk helse i Nesodden kommune. Utsikten til Oslofjorden er spektakulær. I det fjerne kan vi så vidt skimte silhuetten av Oslo, ifølge Holte en av Europas verste byer når det gjelder gratis, akutt overnatting for menn. Som «undercover» uteligger i Norges hovedstad tilbrakte han selv 90 prosent av nettene uten tak over hodet.

– De fleste nettene tilbrakte jeg under busker og trær i Frognerparken, og det var kaldt, rått og skremmende. Frykten for at noen kunne komme til å gjøre meg noe var overhengende. Nettene det regnet, vandret jeg bare gatelangs.

Holte fikk snart kjenne på kroppen at «sånne som ham» ikke var ønsket i Oslos mest fasjonable handlegate.

– Folk ropte «lasaron» etter meg i Bogstadveien. «Kom deg bort, du hører ikke til her», brølte de.

Det gjorde noe med ham. Uteliggerprosjektet, som var et selvvalgt ledd av sosionomutdanningen, ble plutselig veldig reelt.

– Jeg kjente at filteret som vanligvis beskytter meg mot slike ting, ikke lenger var der. Angrepene føltes direkte rettet mot meg. Det var ikke prosjektet mitt, men personen

Ole Martin som ble angrepet.

Han valgte å gå sidegatene til Bogstadveien når han skulle til sentrum.

Senere skulle ydmykelsene og krenkelsene Holte opplevde på gata være en medvirkende årsak til at han valgte å starte opp Gaterjeningen i Fransiskushjelpen. Den driver oppsøkende arbeid ute på gata, og har som mål å være til stede for rusavhengige, kvinner i prostitusjon, uteliggere og mennesker med store psykiske lidelser.

– Når mennesker har tilbrakt år på gata, trenger de noen som kan hjelpe dem å holde oppe det de måtte ha igjen av et selvbylde, mener Holte.

Sykepleie på Hjul er en del av tjenesten. Det er et oppsøkende mobilt hjelpetilbud fra bobil, som henvender seg til den samme målgruppen. Bilen er utstyrt med rent brukerutstyr, kondomer og klær. Og føres av engasjerte sykepleiere og en sosionom som gjerne slår av en prat over en kopp kaffe.

Ole Martin Holte er opptatt av at alle som på en eller annen måte har havnet på samfunnets skyggeside skal bli møtt som mennesker, på en skikkelig måte. Frans av Assisi, som levde på 1200-tallet, er således et stort forbilde.

– Jeg har i stor grad latt meg inspirere av Frans av Assisi, som i sin tid forlot sitt rikmannsliv for å hjelpe de spedalske. Det er for øvrig lett å trekke paralleller fra

3 om dobbelt-diagnose

Anbefalt av psykiater og overlege Lars Linderoth.



Kim T. Mueser:

Integrert behandling av rusproblemer og psykiske lidelser

Boken er svært helhetlig og praktisk innrettet. Den er pedagogisk og systematisk, og egner seg helt glimrende for sykepleiere.



Reidun Evjen, Knut Boe Kielland og Tone Øiern:

Dobbelt opp

Boken gir økt forståelse for hjelpebehovet hos pasientgruppen, og beskriver ulike typer intervensjoner og tiltak. Den egner seg godt for både fagpersoner og pårørende.



Statens helsetilsyn, utredningsserie 10-2000:

Personer med samtidig alvorlig psykisk lidelse og omfattende rusmisbruk

En god og omfattende lærebok fra helsetilsynet, som kan lastes ned gratis på nettet. Den kartlegger omfanget og ser på behandlingsmuligheter.

De fleste nettene tilbrakte jeg under busker og trær i Frognerparken, og det var kaldt, rått og skremmende.

middelalderens spedalske til dagens rusavhengige.

– På hvilken måte?

– Vi kan kjenne igjen mange av de samme mekanismene. Som med datidens spedalske vil vi helst gjemme våre rusavhengige. Vi vil ikke vite av dem, og vi ønsker ikke å se dem.

Nå håper Holte at boken hans får plass på pensumlistene.

– Med tiden håper jeg den vil bli brukt i både sosionom, -sykepleie, – og diakonutdanningen. Boken bringer en del perspektiver som jeg så lite til da jeg utdannet meg til sosionom.

Undersøkelser viser at Norge ligger på Europatoppen når det gjelder frivillig arbeid. Men ifølge Holte har vi et stykke igjen når det kommer til oppsøkende gatearbeid.

– Det har jo nærmest vært en profesjonskamp knyttet rundt dette, så det har ikke vært så lett.

– Hva mener du?

– For eksempel når sosialarbeidere mener at oppsøkende gatearbeid er så krevende, at du minst trenger treårig høyskoleutdanning for å utføre det. Når det er sagt, er det gjort mye dårlig arbeid også av frivillige, på gata.

Holte viser til uerfarne 16-17-åringer, som har blitt sendt ut for å møte mennesker og miljøer de mangler enhver forutsetning for å takle. Og til kristne forkynnere av en ensidig sort/hvit-teologi.

– Slike møter kan faktisk være mer til skade enn til gagn.

– Så dette arbeidet ligger ikke for alle?

– Mye kan læres. Men personlig egnethet, interesse, fintfølelse, tålmodighet og ydmykhet er viktige egenskaper.

tekst Geir Arne Johansen
foto Stig Weston



Ole Martin Holte

Aktuell med: På Gata

Utdanning: Sosionom

Yrke: Seksjonsleder for seksjon Psykisk Helse i Nesodden kommune

Bosted: Nesoddtangen

Alder: 38



Læreverk i ny utgave

Det friske og Det syke mennesket fra Akribe forlag har kommet i ny utgave. Det tidligere ettbindsverket er nå delt inn i seks boksett med myke permer, etter at studenter og høgskolelektorer mente dette var for tungt og u håndterlig. Nå består hvert sett av to bøker, en frisk og en syk bok. I hvert boksett kan du altså lese om det syke og det friske mennesket parallelt. 28 nye medisinske fagkonsulenter er med på å kvalitetssikre innholdet. På www.friskogsyk.no kan du lese mer.

Eldreomsorg i kronisk krise

Anmeldelse: Det er én morsom side ved denne boken. Og det er forsiden, med en eminent illustrasjon av Fredrik Skavlan. Innholdet er smertefull lesning om forholdene i eldreomsorgen. Jeg ville ikke trodd på beretningene om jeg ikke hadde sett og opplevd det samme selv.

Det som skiller boken fra andre vitnesbyrd om uverdige og til tider uforstandig behandling av svært syke, gamle er det grundige arbeidet forfatteren har nedlagt, og hvor mange stemmer som får komme til orde. Og ikke minst dokumentasjonen hun har klart å fremskaffe. Den punkterer ansvarsfraskrivelsene som brer om seg fra politikere på høyeste hold og ned til tjenesteledere rett over gulvnivå.

I denne boken nytter det ikke å fremheve ett kapittel. Den hører

nemlig den sjeldne kategori tekster hvor hver eneste setning er like viktig.

Nå er det vel et faktum at ingen mennesker går inn i helsesektoren fordi de ønsker andre vondt. Intensjonene er de beste, men innsikt – og refleksjonsnivå varierer. Uansett: Boken tar ikke mannen, men ballen. Det er systemsvikten og et rigid tankesett det slås ned på. Og dette kan ikke enkeltmennesker rette opp, knapt nok bøte på. Når det er sagt, er det mange konstruktive råd. De som prøver å gjøre jobben sin – og gjør den – blir også sett og formidlet gjennom beretningene. Men det spørres også om hvor de blir av og hvorfor de går over i andre yrker.

«Vår jobb er å pleie!» har en pårørende fått til svar da hun tok opp

tematikken om manglende stimuli for de sengeliggendes del. «Stimuleringsdelen er aktivitetens bord».

Men dette er ikke sant. Sykepleiere skal forholde seg til hele Maslows pyramide! Forfatteren bruker ikke de ordene, men sier det bedre.

Pårørende som siteres i boken vil av gode grunner være anonyme. Enkelte modige ansatte i helsesektoren har hun derimot fått i tale under fullt navn. Som en av dem forteller: – Hvis du sier fra om noe du mener er galt, finkjemmer de deg for alt du foretar deg. Og den dagen du begår en feil, tar de deg.

Lykkenborg har i denne omgang skrevet mer enn en bok. Hun har skrevet et kampskrift. Og hun har beskrevet situasjonen som råder rystende godt. Til å bli redd av. Det angår oss alle.



De skal jo allikevel dø

Av Liv Riktor Lykkenborg
235 sider
Bazar forlag, 2009
ISBN: 978 – 82 – 8087 – 273 – 9
Anmelder: Inger Frogg Jørgensen, psykiatrisk sykepleier

Helse i et samfunnsperspektiv

Anmeldelse: Professor i samfunnsmedisin Bjørgulf Claussen tar i boken for seg sosiale ulikheter i Norge og resten av den vestlige verden. Så tar han opp årsakene til hva som skaper de sosiale forskjellene i helse. Helse blant innvandrere, ungdom, barn og utsatte arbeidstakere presenteres ut fra norske og utenlandske studier.

Han konstaterer at det fortsatt fins mennesker som lever i nød, men at det ikke er disse som holder ved like de store sosiale forskjellene i helse. Forskjellene har paradoksalt økt parallelt med velstandsutviklingen i Norge.

Ulike psykologiske og materielle årsaksforklaringer trekkes frem. Særlig interessant finner jeg diskusjonen om hvordan sosial rang blant aper innvirker på stresshormon og kolesterolnivået hos den

enkelte ape. Forfatteren trekker perspektivet videre til menneskers underordning og plass i det sosiale hierarkiet.

Forfatteren mener sosialmedisinene har vært for opptatt av sykdomsårsaker, heller enn forhold som fremmer helse. Det prøver han å gjøre noe med.

Tiltak overfor barn og ungdom fremheves som særlig viktige for å redusere helseforskjeller. Her nevnes sosialhjelpstiltak for utsatte barnefamilier, barnehager og styrking av barnevernet som særlig viktig. Skoleleger og helsesøstre tillegges en sentral rolle.

I arbeidslivet har sterke fagforeninger en helsefremmende funksjon. Større likhet og mindre lønnsforskjeller er helsefremmende, mener forfatteren.

Av mer politisk orienterte tiltak for

å redusere de store lønnsforskjellene i Norge, nevnes skattereduksjon for de laveste inntektene. Forfatteren mener lønnsforskjellene skyldes markedliberalisme som økonomisk og sosial ideologi.

Boken gir en god og oppdatert oppsummering av emnet. Den er lettest og viser til mulige tiltak på ulike nivåer. Noen ganger er det vanskelig å skille forskeren fra politikeren. Mange av påstandene er udokumenterte. Forfatteren peker imidlertid på at evidensbasert forskning alltid er vanskelig innen samfunnsmedisinen. Synspunktene som presenteres er imidlertid godt begrunnet. Det burde holde. Boken anbefales til alle som ønsker å se helse i en større samfunnsmessig sammenheng.

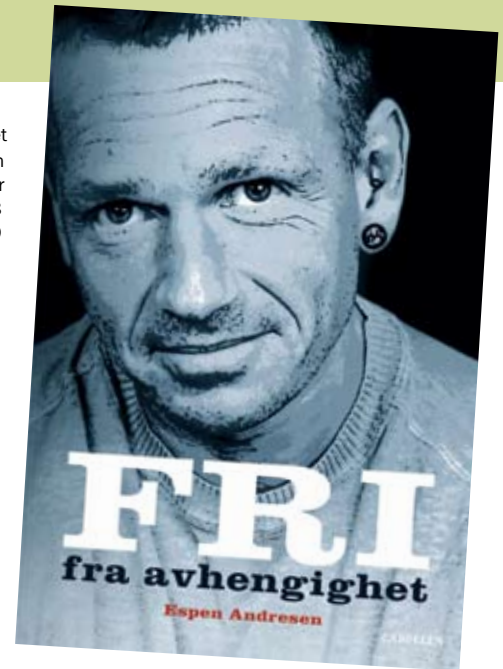
Den inspirerer til videre lesning, noe en god litteraturliste gir gode tips til.



Sosiale ulikheter og helse

Av Bjørgulf Claussen
UNIPUB 2008
122 sider
ISBN 978-82-7477-338-7
Anmelder: Karl-Henrik Nygaard, rådgiver

Månedens bok



Fri fra avhengighet

Av Espen Andresen

192 sider

Cappelen Damm 2008

ISBN: 978-8202-2799-29

Anmelder: Hege Elisabeth Øren

Jakten på den indre diamant

Dette er en ærlig selvbiografi om to personer i én kropp; Diffe, som oppsto i rus, og Espen Andresen, som forgikk i sorg.

Anmeldelse: Boken starter med et indianersagn om en diamant som var symbolet på kjærlighet, fred, samhörighet, ærlighet og tillit. Dyrene ville gjemme diamanten for de griske menneskene, og endte opp med å knuse den og gjemme en liten bit inni hvert menneske. Der mente de at menneskene ikke ville lete.

Deretter fortelles historien om Espens (og Diffs) liv. Espen ble ofte overlatt til seg selv i barndommen og utviklet en «ruskarriere». Nå, etter vel 25 år med narkotikamisbruk, er han på god vei til å leve et normalt liv. Hans beretning er et vitnesbyrd om et liv som ville gått tapt, hvis han kun hadde fulgt den tradisjonelle rusbehandlingen.

Historien hans skinner som en diamant; den er sterk og den berører. Det er Espens søken innover i seg selv som, etter min mening, gjør boken interessant. Den øvelsen tror jeg kan ha allmenn interesse for rusmisbrukere, så vel som behandlere i rusomsorgen.

Hva gjør hans rushistorie annerledes? Sjansene for å bli kvitt rusmisbruk er små. Espen lykkes av flere grunner. Han brukte sine ressurser positivt, som å skrive denne historien. Han hentet frem sin egen, indre styrke og tok ansvar for sitt

liv. Han hadde et godt minne om å spille fotball som guttunge, som ga ham følelsen av å ha lyktes med noe. Dette ble han i stand til å sette ord på gjennom riktig behandling. Og det er denne erfaringskunnskapen som gjør boken verdt å lese.

Etter min mening er det den rusavhengige selv som bør avgjøre hvilken behandling som egner seg best for

ham eller henne. Espen trodde på en behandlingsmetode som definerer rusmisbruket som en sykdom. Dette er velkjent blant annet innenfor Anonyme Alkoholikere (AA).

Behandlingen skal endre holdning, og rusmisbrukeren må innrømme sin maktesløshet ovenfor sykdommen, akseptere alt som ikke kan endres i livet, ta ansvar for det som kan endres, og ha evne til å se forskjellen.

De tolv trinnene i AA og teorier fra komplementær og alternativ tenkning ble redningen for Espen. En teori om traumer er at når de uhemmet får utvikle seg i et men-

neske, skaper de delpersonligheter, som vil overskygge personens egenart med ulike overlevelsesstrategier.

En annen teori er at sorg produserer energi. Og i ubevisst omgang med sorg vil kompensasjonsmekanismer tre i kraft. For at du skal kunne finne tilbake til deg selv, må du etablere en kontakt med det som kjennes godt og helt inne i deg, og

Det er Espens søken innover i seg selv som, etter min mening, gjør boken interessant.

som ligger i deg ubrukt, men bevart. Det er dette jeg leser som «den indre diamanten».

Boken presenterer mange alternative teorier, men her savner jeg referanser. Tross gjentatte refleksjoner, lange tidssprang og litt surrete fremstilling av alle behandlingene han fikk, forstår leseren etter hvert at når Espen tok avgjørelsen om å ta ansvar for sitt liv, innebar det en erkjennelse av at han alltid vil være rusmisbruker. Dermed må han holde seg unna rus resten av livet. Det er tøft, og da er det godt å ha etablert kontakten med sin indre diamant.



Hovedpersonen i bøkene «Vekten av snøkrystaller» og oppfølgeren «Det siste svevet», lider av en kronisk sykdom. Hvilken?

Svar: Muskelsykdom



Eksil og livsløp
Av Berit Berg og Kirsten Lauritsen

Om å være flyktning

Omtale: I boken møter vi flyktninger som kom til Norge fra Chile, Vietnam, Iran og Somalia på 1980- og 90-tallet. De forteller om flukten fra hjemlandet og om kultursjokket når de kommer til Norge. Boken gir et bilde av den langsiktige integreringen i Norge.



Sundhedspædagogik – viden og værdier
Av Karen Wistoft

Hvordan formidle god helse?

Omtale: Politikere og helsearbeidere deler en felles bekymring, nemlig befolkningens helsetilstand. Og mye gjøres for å få oss til å leve sunnere, i form av opplysningskampanjer og liknende. Spørsmålet er om disse tjener formålet. Boken setter blant annet søkelyset på de verdimeslige konfliktene som oppstår når det helsepedagogiske arbeidet rommer aspekter relatert til både sykdom og det levde eller det gode liv.



Livsløp og hverdagsliv med utviklingshemning – Livsberetninger til personer med utviklingshemning og deres eldre foreldre
Av Kirsten Thorsen og Vigdis Hegna Myrvang

Utrygg hverdag

Omtale: Denne boken er basert på historier fortalt av eldre foreldre til sine, nå voksne, utviklingshemmede barn. Vi møter også noen av de voksne barna, som forteller om hvordan de opplever livet og hva som betyr noe for dem i hverdagen. Intervjuene avslører hvordan systemsvikt i støtteapparatet gir konsekvenser i menneskers liv.



Den lange veien tilbake til livet
Av Gro Wold Kristiansen og Tor Arne Sæther

En families kamp mot rus

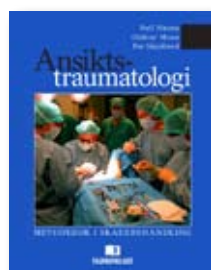
Omtale: Forfatteren er sykepleier, og i denne boken forteller hun historien om sin sønn Fredrik som ble narkoman som 18-åring. I dag er han kvitt heroinen, og går på Subutex. Wold Kristiansen forteller historien i håp om at andre som befinner seg i det helvete det er å være vitne til sitt barns selvødeleggelse, kan dra nytte av hennes erfaringer.



Dagmarerittet
Av Lajla Mageli

Når mobbingen innhenter deg

Omtale: Lillian er en godt voksen sykepleier som er ansatt ved en kirurgisk poliklinikk. Hun strever med moderne teknologi og med de stadig økende kravene til effektivitet på arbeidsplassen. Samtidig hjemses hun av barndommens vonde minner som mobbeoffer. Hun får til slutt sammenbrudd, og tvinges til å ta et oppgjør med fortiden.



Ansiktstraumatologi – Metodebok i skadebehandling
Av Rolf Hanao, Oddvar Moen og Per Skjelbred

Behandling av ansiktsskader

Omtale: Noen av de viktigste metodene i undersøkelse, operativ behandling og postoperativ omsorg blir presentert i boken. Den tar også for seg organisering av behandlingstilbudet, spesialbehandlingens plass i helsevesenet, pasientrettigheter og regler for skadebedømmelse.



Hva leser du nå?

– Jeg holder på med to bøker. «Dødsmesse» av Arne Dahl og «Hjemkomsten» av Victoria Hislop, sier **Bente Irene Aaland**, fylkesleder i NSF Hedmark.

– Dahl har et samfunnskritisk blikk når han skriver, som gjør bøkene hans til mer enn krimromaner. Jeg

lot meg fascinere veldig av Hislops debutroman «Øya», men er ikke like fenet av «Hjemkomsten».

– Selv om jeg er altetende innen litteratur, velger jeg ofte krim når jeg skal koble av. Gjerne i pocketformat. Det er lett tilgjengelig, og krim er fint å lese når jeg ellers har mye å tenke på.

Den tause yrkesgruppen

Sykepleiere bærer på mange historier ingen får vite om. Anestesisykepleier **Kristi Furubotn** bestemte seg for å fortelle noen av dem.

1 Hvorfor har du skrevet denne boken?

Vi som helsepersonell er ei taus gruppe. Jeg har tenkt mye på det at vi sitter der på vaktrommet og snakker sammen, og deler ting vi har opplevd med hverandre. Ting vi aldri kommer til å glemme. Som sykepleiere har vi mange historier inni oss. Erfaringer som bare vi har. Og vi kan kjenne oss igjen i det andre har opplevd. Men vi snakker ikke til andre om det, for vi har jo taushetsplikt. Men kanskje er vi også tause om ting vi ikke trenger å være tause om, sånn for sikkerhets skyld. Med denne boken («Tenk med hodet – Anestesisykepleiere og anestesileger forteller – om narkoser og sånt», red.anm.) er tanken å lette litt på lokket. Jeg tror mer åpenhet kan gi trygghet, både i fagmiljøet og blant pasientene. Dessuten tror jeg vi som sykepleiere kan ha lett for å tenke at vi ikke er så viktige, eller ikke betyr så mye, når vi lar være å fortelle om det vi har opplevd.

2 Hvorfor bør den leses?

Fordi den gir et interessant bilde av utviklingen innen anestesisykepleie. I boken får du møte sykepleieren som satt alene og ga



9 spørsmål til Kristi Furubotn

kloroform. Du kan også lese om sykepleieren som protesterte da sykehusledelsen nektet å betale henne etter en utrykning. Hun hadde fulgt en pasient med hodeskade fra Stavanger til Bergen. Reise og opphold var dekket, og det måtte hun være fornøyd med, ble det sagt. Etter at hun satte foten ned, ble det bestemt at sykehuset skulle gi kompensasjon ved utrykninger.

3 Hvem bør lese den?

Den er skrevet for alle. Men den vil naturlig nok være spesielt interessant for sykepleiere og annet helsepersonell, siden den gir et inn-

blikk i anestesisykepleierens verden og vår historie.

4 Hva liker du selv best ved boken?

At menneskene jeg intervjuer er så ærlige og direkte. De er gode historiefortellere, og det har vært fint å kunne formidle det de har å fortelle.

5 Hva synes du boken mangler?

Jeg har tenkt på at kirurgene ikke får en stemme, men på sett og vis kommer de jo frem likevel,

gjennom historiefortellerne. Så jeg synes boken står godt som den er.

6 Hva er den siste fagboken du har lest?

«Knutby-koden» av Eva Lundgren. Den var kjempespennende. En veldig god bok.

7 Og siste skjønnlitterære?

«Vanære» av J.M. Coetzee. Det er en liten bok om en mann med midtlivskrise. Han ender opp med å jobbe på et hjem for gamle hunder.

8 Hva inspirerer deg til å skrive?

Alt som betyr noe for meg, ting jeg er opptatt av. Det å skrive kan være til både trøst og glede.

9 Hvilken bok drømmer du om å skrive?

Nå holder jeg på med en ungdomsroman, og det synes jeg er et morsomt prosjekt. Jeg gleder meg til å få tid til å fortsette å skrive på den.

tekst **Geir Arne Johansen**
foto **NSF**

Papirløse får helsesenter

I september skal de papirløse migrantene i Norge få sitt eget helsesenter i Oslo. Foreløpig har flest leger meldt seg til frivillig tjeneste. Sykepleierne er i mindretall.

Den sosiale helsedugnaden som skal dekke et viktig hull i norsk helsevesen er allerede godt i gang: Daglig leder og sosialantropolog Solveig Holmedal Ottesen har akkurat ansatt sykepleier Frode Eick, som fra 1. august skal hjelpe henne å drive helsesenteret for papirløse migranter. Det er mennesker som ikke har lovlig opphold i Norge.

Helsesenteret vil trenge personer med ulik helsefaglig kompetanse; leger (ulike spesialister), sykepleiere, jordmødre, helsesøstre, fysioterapeuter, tannleger og psykiatrisk/psykologisk helsepersonell. Det drives av Kirkens Bymisjon og Røde Kors.

Får nok sykepleiere

Senteret skal i første omgang ha åpent en dag i uka. De som melder seg til tjeneste blir bedt om å ha minst en vakt i måneden. Oppgavene vil være å tilby konsultasjoner, enkel behandling, støttesamtaler, tester, vaksiner og medisiner. De skal også kunne henvise til et nettverk av helsepersonell utenfor klinikken, som kan ta imot mer alvorlige tilfeller. For øyeblikket er dette nettverket under organisering.

– Vi hadde to informasjonsmøter for frivillige der det møtte opp totalt 90 deltakere i april. 95 prosent av dem er helsearbeidere, og de fleste er leger, beretter Ottesen.

Hun tror grunnen til det er at Leforeningen har vært veldig aktiv.

– Norsk Sykepleierforbund har også vært positiv og sendt ut informasjon til sine fylkesledere rundt Oslo-området, sier hun.

Ottesen regner likevel med at hun vil få nok sykepleiere. De som vil være særlig aktuelle, er de som snakker flere språk, så senteret kan spare på tolkeutgiftene.

Tør ikke søke hjelp

Statistisk sentralbyrå har anslått at det lever 18 200 papirløse migranter i Norge. Flesteparten er antakelig asylsøkere som har fått avslag på søknad om opphold.

Disse har generelt dårlig fysisk helse med alvorlige sykdomstilfeller, kroniske sykdommer, smittsomme sykdommer og mer hverdagslige problemer som hodepine, mage-

og Ap var negative og mente dette måtte være i strid med norsk lov. Tilhengerne av helsesenteret for papirløse migranter har på sin side fremholdt pasientrettighetsloven og internasjonale overordnede lover som menneskerettighetene og FNs barnekonvensjon.

Høyre-leder Erna Solberg sa til NRK at politiet måtte kunne troppe opp på helsesenteret og arrestere pasientene.

– *Hvordan skal pasientene kunne føle seg trygge hos dere hvis toneangivende politikere sier dette?*

– Nei, si det. Jeg synes det er en helt håpløs uttalelse og jeg håper

er vi helt avhengige av at helsepersonell jobber frivillig, sier Ottesen.

– *Hvordan skriver man inn en pasient som ikke har et personnummer?*

– Kanskje man får gi helsehjelpen først og så får man ta problemet med registrering etterpå. Det er derfor vi også vil knytte til oss helsearbeidere som i sin jobb på ulike institusjoner kan ta imot denne pasientgruppen.

Noen papirløse er rapportert å oppsøke helsehjelp fordi de ønsker en helseattest som de håper kan hjelpe dem til å få opphold i Norge.

– *Hva råder dere personellet til å gjøre hvis de havner i slike etiske dilemmaer?*

– Vi vil være et humanitært helsetilbud som skal tilby helsehjelp og henvisning videre i helsesystemet. Vi har ikke mandat til å hjelpe folk til å få opphold eller å gi folk opphold i Norge. Men vi kan gi informasjon og henvise videre til juridisk rådgivning, sier Ottesen.

Av frykt for å bli oppdaget bruker en del papirløse andres identitet i kontakt med helsevesenet. Det er en av de tingene Ottesen håper ikke blir nødvendig på helsesenteret, siden pasientene vil få hjelp uansett oppholdsstatus og da ikke trenger å benytte falsk identitet.

– *Hva skjer med senteret hvis det blir regjeringsskifte?*

– Det lurer jeg også på. I dag vurderer vi hvor «hemmelig» senteret skal være, men skulle det bli regjeringsskifte, må det vel bli hyperhemmelig.

Skulle det bli regjeringsskifte, må det vel bli hyperhemmelig.

Solveig Holmedal Ottesen

smarter og stive muskler og ledd. Mange har et dårlig kosthold. Et enda større problem er den dårlige psykiske helsen. Noen av dem har psykoser og selvmordstanker. Men det største problemet er at nesten ingen tør søke helsehjelp i frykt for å bli arrestert eller at helsepersonellet skal sladre.

Norge er et av få vesteuropeiske land som ikke tilbyr helsehjelp spesifikt til denne gruppen mennesker. I de fleste land gis hjelpen av frivillige organisasjoner, mens i Spania og Nederland gis den med offentlig støtte. I Norge blusset debatten opp i mediene i vinter, da planene til Røde Kors og Kirkens Bymisjon ble kjent. Politikere fra Frp, Høyre

virkelig ikke det vil skje. Da må vi i så fall få til avtaler med politiet om at de ikke vil gjøre dette. Dette har ikke vært et problem i de landene jeg har besøkt som har helsetilbud for papirløse, sier Ottesen.

Problemer

Men selv om man er aldri så positiv til å yte helsehjelp til denne gruppen mennesker, vil det uomtvistelig kunne dukke opp ymse problemstillinger:

– *Hvem skal for eksempel betale når trygdesystemet ikke kan kobles til denne pasientgruppen?*

– Det blir prosjektmidlene våre. De vil gå til å dekke medisinsk behandling og oppfølging. Derfor



KLARE TIL INNSATS: Sosialantropolog Solveig Holmedal Ottesen og sykepleier Frode Eick skal drive helsesenteret for papirløse migranter. Med seg får de en haug med frivillige helsearbeidere.

Ber regjeringen klargjøre

Norsk Sykepleierforbund ber regjeringen om å klargjøre regelverket rundt papirløse migranternes rett til helsehjelp.

Forbundsstyret i Norsk Sykepleierforbund (NSF) mener at helsepersonell bør kunne yte helsehjelp også til mennesker som befinner seg ulovlig i Norge.

I prinsipputtalelsen fra 14. mai ber forbundsstyret regjeringen om tre ting:

1. Sørge for at lov- og regelverk blir klart når det gjelder papirløse migranternes rett til helsehjelp.

2. Fjerne alle hindringer som gjør denne retten illusorisk.

3. Klargjøre dagens regelverk slik at helsepersonell som yter relevant helsehjelp til papirløse migranter ikke risikerer rettslig etterspill.

«Helsepersonells rett og plikt til å yte nødvendig helsehjelp til mennesker som er i behov for det, er grunnleggende og universell. Retten

og plikten til å yte hjelp kan av den grunn ikke begrenses til å gjelde grupper av mennesker, men må i prinsippet omfatte alle», presiserer styret.

Krenker verdigheten

Også Rådet for sykepleieetikk har uttalt seg i saken, og setter blant

annet spørsmålstegn ved økonomiens betydning i saken:

«Hvis økonomiske argumenter, betalingssystemer og økonomiske rammer kan hemme ivaretagelse av denne etiske fordring i Norge, er det

grunn til å spørre hvilke kulturer og nasjoner som overhodet kan ha mulighet til å gi helsehjelp til de mest sårbare ... At noen humanitære organisasjoner i vårt land har funnet det nødvendig å etablere tilbud på tross av rådende nasjonale føringer, kan være viktige signaler om at gjeldende lovverk krenker menneskers verdig-

Vi innser at denne saken er vanskelig for regjeringen.

Arvid Libak

het og hemmer moralsk praksis», skriver rådet i sin uttalelse.

Sender brev

NSF sender nå uttalelsen i brevets form til regjeringen og forventer at dette er

en sak myndighetene vil jobbe med fremover.

– Vi innser at denne saken er vanskelig for regjeringen. Det er lett for helsepersonell å si at alle skal få helsehjelp, mens regjeringen på sin side ikke kan gjøre det for attraktivt å oppholde seg ulovlig i landet. Likevel forventer vi at rådene våre blir fulgt opp av regjeringen, sier Arvid Libak, leder for samfunnspolitisk avdeling i NSF.

Helsedirektør Bjørn Inge Larsen har uttalt at alle som oppholder seg i landet har rett til medisinsk behandling.

– NSF er uenig med helsedirektøren i at denne retten er så klar slik lovverket er i dag. Derfor er det viktig at regjeringen jobber fram et klarere lovverk, sier Libak.



MULIGENS: Influensavaksiner reduserer muligens risikoen for influensa og influensalignende sykdom hos eldre over 65 år på og utenfor institusjon.

Usikker influensavaksine

I årevis har myndighetene anbefalt eldre og kronikere å vaksinere seg mot influensa. Men fremdeles er det usikkert om det hjelper.

I år er det bestilt 460 000 doser sesonginfluensavaksiner for 12 millioner kroner, ifølge Dagsavisen. De fleste av disse vil brukes på risikogrupper som eldre over 65 år og kronikere. Likevel er det ennå ikke bevist noen klar effekt av vaksinen. Det hevder Kunnskapscenteret etter å ha gått gjennom studiene som finnes på effekt av influensavaksiner for disse gruppene.

Over 2,5 millioner mennesker

har vært med i studiene som har sett på om vaksinen gjør at eldre har mindre risiko for å få influensa, bli innlagt på sykehus, få lungebetennelse eller dø.

– Lav kvalitet på dokumentasjonsgrunnlaget innebærer at konklusjonene blir usikre, men det betyr ikke at influensavaksinen ikke virker, sier forsker Gunn Vist som har ledet arbeidet med rapporten.

Konklusjonen er at influensavaksiner muligens reduserer risikoen for influensa og influensalignende sykdom hos eldre som ikke bor i institusjon, men den påvirker neppe totaldødelighet og lungebetennelse.

For eldre i institusjon og personer med kronisk hjerte- og karsykdom samt personer med hiv-infeksjon er resultatet det samme. Forskjellen her er at dokumentasjonen enten er for dårlig eller mangelfull til å si noe om dødelighet og lungebetennelse. Også for andre kronikere var resultatene for dårlige til å kunne si noe om helst om effekt av vaksinen.

Amina, 4 år, Himalaya

Du
trenger ikke
ekstra sete i
bilen for å
ha plass
for en
til
.

– **bare litt plass i hjertet.** I Plan blir du fadder til én jente eller gutt du kan ha kontakt med og følge over tid. Pengene går imidlertid til hele lokalsamfunnet der barnet ditt bor. Derfor er det å være Plan-fadder en enkel og virkningsfull måte å hjelpe mange barn til et bedre liv. Det koster bare 240 kroner i måneden. Og pengene kommer frem. Plan jobber i 49 land, og minimum 8 av 10 kroner går til våre programmer. Vi ønsker at alle barn skal få oppfylt sin rett til å overleve, utvikle seg og få beskyttelse. **Gjør plass for et barn til.**

www.plan-norge.no / telefon 03123

Bli Plan-fadder i dag.



Plan
For og med barn

Ingen praksis uten ex.phil.

Hva er viktigst for å bli en god sykepleier, teori eller praksis? Studenter og lærere er ikke nødvendigvis enige.

Ikke langt fra Solastranda i Stavanger ligger universitetsområdet og breier seg ut over store areal. Selv om sola skinner og gir illusjoner om sommer, forsvinner den så snart man tar skrittet ut i nordavinden. Men det er ikke bare utenfor det blåser. Selv om det i dag er tre universiteter som tilbyr bachelor i sykepleie, er Universitetet i Stavanger (UiS) det

eneste som har lagt ex.phil. inn i sykepleiepensum. Det er ikke alle like fornøyd med. Sykepleierstudent Guro Rana er en av dem. Hun har vanskelig for å se hva ex.phil. har med sykepleie å gjøre.

– Å bli barnesykepleier eller jordmor har alltid vært en drøm for meg. Målet hennes var å bli ferdig utdannet sykepleier våren 2010. Nå

spøker det for den planen. Årsaken er at hun strøk i ex.phil.

Gode attester

– Jeg har stått i alle fag som for eksempel anatomi, medikamentregning og grunnleggende sykepleie. Jeg har fått kjempegode attester fra praksisfeltet hvor jeg har vært utplassert. Men på grunn av at jeg ikke har be-

stått eksamen i ex.phil., får jeg ikke gå ut i neste praksisperiode. Det betyr at studiet mitt minst blir forlenget med et halvt år. Medstudenter som har strøket i forrige praksisperiode eller i sykepleiefagene i semester 3 og 4, kan gå ut i ny praksis. For meg gir dette ingen mening. Jeg har bestått i alle eksamener som i mine øyne har noe med sykepleie å gjøre.

Dette er saken:

Sykepleierstudent Guro Rana får ikke gå ut i neste praksisperiode fordi hun har strøket i ex.phil. Men hun kan fortsatt følge vanlig undervisning og gå opp til eksamen. For studenter som har strøket i praksis eller andre fag, får det ingen konsekvenser. Rana mener det er ulogisk.



Kommunetorget.no

–for planlegging av rusarbeid i kommunene

Nettstedet Kommunetorget.no skal bidra til at ansatte i kommunene, lokalpolitikere og brukere får mer kompetanse om planlegging og iverksetting av rusforebyggende og behandlingsrelatert arbeid

Kommunetorget.no gir innblikk i:

- kommunale plantyper generelt og rusrelaterte planer spesielt
- brukermedvirkning
- prosesshjelpemidler og planverktøy
- praksiseksempler til hjelp i planarbeidet
- spørsmål og svar omkring planlegging av rusarbeid



Nordnorsk
Kompetansesenter-Rus
Rus og spesialpsykiatrisk klinikk, UNN



Helsedirektoratet



Fakta

Universitetet i Stavanger (UiS) ble offisiell åpnet i 2005. Sykepleierutdanningen er en av 13 fagutdanningene som tilbys. Universitetet i Agder (UiA) ble etablert i 2007. Sykepleierutdanningen ble en del av UiA fra dag en. Sykepleierutdanningen ble lagt inn under Universitetet i Tromsø 1. Januar 2009.

– Jeg synes det er ok at UiS velger å kreve ex.phil. og at den må være bestått til bacheloroppgaven, men det kan ikke være et krav som stopper studenten i praksis, sier hun.

Guro Rana risikerer at hun må ta to praksisperioder etter at hun har bestått alle de nødvendige eksamenene.

– Jeg håper likevel å bli ferdig til jul 2010. I verste fall blir jeg ikke ferdig før sommeren 2011, men det skal ikke skje, sier hun.

Dannelsesfag

– *Hvorfor er ex.phil. et krav hos dere?*

– Det ble gjort et dekanvedtak ved SV-fakultetet for fire år siden. Der ble det bestemt at alle de 13 bachelorutdanningene vi tilbyr ved UiS skal ha ex.phil. som en del av rammeplanen, sier instituttleder ved Helse- og sosialfag ved UiS, Kari Vevatne.

– *Hvorfor ble dette gjort?*

– Ex.phil. er et dannelsesfag. Det skal hjelpe studentene til refleksjon rundt den praktiske og teoretiske kunnskapen de får underveis. Det er også et viktig fag for å forstå, men også for å kunne stille kritiske spørsmål til forskning. Etter mitt syn går praksis og teori hånd i hånd. God praksis har med hvordan man utfører teori, sier hun.

Ex.phil. kommer ikke på toppen av vanlig treårig sykepleierutdanning. UiS har valgt å bake faget inn i rammeplanens 180 studiepoeng.

– I sykepleiernes rammeplan er det satt opp ni studiepoeng i etikk, og seks i vitenskapsteori. Vi har gjort etikk og vitenskapsteori til ex.phil., forklarer Vevatne.

Ex.phil. er lagt inn i første termin i det første studieåret. Studentene har eksamen før jul. Dersom de stryker kan de prøve på nytt til våren.

Kan forstå studentene

Vevatne er stolt av at sykepleierutdanningen i Stavanger er den første til å integrere ex.phil. i studiet.

– Jeg mener ex.phil. er viktig for å kunne utøve god sykepleie. Sykepleierstudenter må lære hvilket vitenskapssyn sykepleien er forankret i. Faget er også ment å sette sykepleie inn i en akademisk sammenheng.

Den reflekterte praktiker har god teori i bunn, mener hun.

Vevatne kan forstå at enkelte sykepleierstudenter opplever at det blir mye teori i begynnelsen av studiet.

– Jeg har forståelse for at studentene ønsker å lære mer av den praktiske delen av utdanningen. Det er mulig at det blir for mye teori i begynnelsen av studiet for noen, sier hun.

– *Hvorfor får ikke studenter som stryker i ex.phil. lov til å gå ut i praksis?*

– Ex.phil. er et fag som man må ha bestått for å kunne gå videre. Det vi kaller et forkunnskapskrav. Studenter som stryker kan «konte». De kan følge undervisningen som kullet etter dem følger. I andre akademiske utdannelse er ex.phil. et forkunnskapskrav for å kunne begynne å studere, sier hun.

Kan bytte skole

Dersom sykepleierstudenter stryker i ex.phil., kan de bytte skole og fortsette studieløpet.

– Studenter står fritt til å bytte skole. Når vi får søkere som ønsker å komme hit og fortsette studiet, vurderer vi hvert tilfelle. Dersom det er fag de ikke har, må de ta dem i tillegg. Slik regner jeg med at andre skoler også vurderer, sier hun.

Vanskelig spørsmål

NSF Student synes spørsmålet om krav til ex.phil. er vanskelig.

– Sykepleie er blitt en bachelorutdanning med høyere krav til vitenskapsteori. Diskusjonen om

Jeg mener ex.phil. er viktig for å kunne utøve god sykepleie.

Kari Vevatne, instituttleder

akademisering av sykepleiefaget er en del av denne diskusjonen. Vi er ikke imot ex.phil., men ser det kan bli en utfordring når skolene opererer med forskjellige krav, sier NSF's studentleder Tone Moan.

Hun mener det ved alle skoler uansett bør være en logikk i hva som regnes som praksisforberedende fag.

– Dersom man ikke får gå ut i praksis fordi man har strøket i et fag, bør det være en logisk sammenheng mellom faget man strøk i og den praksisen man skal ha, sier hun.



UTSATT: Guro Rana blir forsinket i studiet, i verste fall til 2011.

Hvem har ansvar for hva?

Faglærer: Ansvarlig for studie kvaliteten innen et emne/fag, tar initiativ til møter med studentrepresentantene og rapporterer til instituttleder.

Instituttleder: Ansvarlig for studie kvaliteten på institutt nivå. Skriver årsrapporter og rapporterer til dekan.

Prodekan: Hvert fakultet har en prodekan for undervisning. Leder kvalitetsutvalget. Samarbeider med studenter, fagstaben og administrasjonen.

Dekan: Øverste faglige og administrative leder for de ansatte ved fakultetet.

Prorektor: Er en del av rektoratet ved universitetet og nestleder av universitetsstyret. Leder utdanningsutvalget som lager årsrapport for kvalitetsarbeidet ved universitetet til styret.

Rektor: Øverste faglige leder ved universitetet, leder av universitetsstyret.



Vant i 2007:

Smart smart i Danmark

De fikk fagjuryens smartpris for beste realiserte idé i 2007. Nå har prispengene gjort det mulig å lansere ideen i Danmark.

Helsesøstrene Hilde Egge og Tordis Labraaten ved Bekkestua helsestasjon i Bærum meldte sitt prosjekt «Plan for implementering av skilsmisse-grupper i skolen» inn som kandidat til Smartprisen. Og de stakk av med fagjuryens pris for beste realiserte idé i 2007.

Bakgrunnen for prosjektet var ønsket om å gjøre noe for å lette situasjonen for barn og ungdom med skilte foreldre. Nå kan de stolt fortelle at prispengene på 50 000 kroner har hjulpet dem med å spre ideen til våre naboer i sør.

Ble invitert

– Vi har lansert ideen vår i Danmark, og ønsker å si tusen takk for at dere ga oss muligheten til dette, forteller Hilde Egge entusiastisk fra sitt kontor ved Bekkestua helsestasjon.

Tidligere i år fikk hun en invitasjon fra Center for Familieudvikling i København, som ønsket å høre mer om tilbudet.

– De var gjort kjent med prosjektet vårt fra sitt samarbeid med Modum Bad, forklarer hun.

Dermed dro styrings- og pro-

sjektgruppa til samlivssenteret i København i april, hvor de fortalte om sine metoder og erfaringer.

– Vi fikk også høre litt om hvordan de jobber der. De tok oss veldig godt i mot, og den første veilederen for videregående skole er faktisk nå solgt til Danmark.

Satser stort

Danskene har investert i konseptet helt fra barnehagenivå og opp til videregående skole. Og de har allerede fått erfaring med grupper i barneskolen.

– I etterkant av at vi vant Smartprisen, ble vi spurt om hva vi skulle bruke pengene til. På det tidspunktet var det ennå litt uklart, bortsett fra at vi ønsket å lage en veileder også for videregående skole, forteller Egge.

Det fikk de imidlertid kommunale midler til, slik at prispengene forble urørt.

– Nå kan vi konstatere at prispengene har kommet både til glede og nytte. Vi hadde en fantastisk tur til København, og synes den ble en fin avslutning på prosjektperioden.

SLÅR AN: Tordis Labraaten og Hilde Egge med materiellet til skilsmissegruppene. Arkivfoto: Stig Weston



Årets smartpris er i gang!



Sykepleiens Smartpris 2009 er i gang! Totalt 250 000 kroner skal fordeles blant sykepleiere som har funnet fram til nye, smarte løsninger i helsetjenestene. Søknadsfrist: 15. september.

Sykepleiere som har fått smarte ideer, alene eller i samarbeid med annet helsepersonell, kan nå søke om å få disse vurdert som mulige kandidater til Smartprisen. Det kan være løsninger eller praktiske innretninger som har gjort pleiejobben mer effektivt og som kan føre til forbedringer og gevinster i helsetjenestene.

Også løsninger som ikke er helt ferdig utviklet er velkomne. Selv hvis ideen bare er inne i hodet ditt, kan den bli vurdert av juryen, bare den er god nok. Da er det imidlertid viktig at ideen blir godt begrunnet i en skriftlig søknad.

I år blir det delt ut tre priser.

- 100 000 kroner går til lesernes favoritt. 100 000 kroner går til beste idé.
- 50 000 kroner for beste forslag fra kommunesektoren.
- Vinnerne på de to siste prisene kåres av en fagjury.

Sykepleien samarbeider med KS og Innovasjon Norge om konkurransen. Sistnevnte kvalitetssikrer forslagene og veileder kandidatene som har forslag med et større (kommersielt) potensial.

Terskelen for å sende inn forslag er lav. Sykepleiere må være med blant de som har utviklet ideen, men de kan gjerne inngå i et team som består av flere andre yrkesgrupper. Erfaring viser at de beste ideene ofte utvikles i slike team.

Det er heller ingen forutsetning at løsningen skal representere høyteknologiske nyvinninger. Det er først og fremst om å gjøre at selv ideen er smart, kostnadsbesparende og praktisk.



*Har du en smart ide?
Delta i konkurransen og vinn
store pengepremier!*

1 Forslag sendes til smartpris@sykepleien.no eller til Sykepleien, postboks 456 Sentrum, 0104 Oslo, merket «Smartpris».
Frist 15. september 2009.

2 Med påmelding skal følge **en presentasjon** som bl.a. skal inneholde en beskrivelse av ideen/løsningen:

- Hva er dette?
- Hva er nytt?
- Hvilken nytteverdi har løsningen?
- Hvilke andre fordeler har løsningen?
- Hvor langt har man kommet?
- Hvilke tanker har man for fortsettelsen?
- Kontaktinformasjon til de/den som har eierskap til ideen. (navn, adresse, telefon samt e-postadresse)
- Det skal legges ved en uttalelse fra en relevant fagperson som kan gå god for forslaget.

3 **Vurderingskriterier:**

- Løsningen må være selvutviklet. Det skal ikke stå kommersielle aktører bak.
- Ideen kan være en rutine, et system eller en praktisk ting som en eller flere sykepleiere har funnet opp.
- Kandidater må dokumentere eller argumentere for at de er først ute med dette.
- Kandidater kan foreslå seg selv, sin avdeling eller andre.

4 Alle bidrag til konkurransen behandles konfidensielt. **Bidragene vurderes av en fagjury** som skal bestå av bl.a. helsefaglig personell, personer med kompetanse innen forretningsutvikling og en representant fra Kommunenes Sentralforbund. Alle bidragsyttere vil få skriftlig tilbakemelding.

TIDEN OG VEIEN ...

15. september 2009: Frist for innsending av forslag

November 2009: Presentasjon av godkjente forslag i Sykepleien

Desember 2009: Avstemning på sykepleien.no

Januar 2010: Utdeling av Smartprisene

Blodig alvor

I vestlige land bruker vi tamponger for å skjule at vi har menstruasjon. Vaishnavaene i Vest Bengal benytter brukte bind som teposer for å brygge helsebringende drikke.

De aller fleste kvinner blør i forbindelse med menstruasjon en gang i måneden, fra de er omtrent tolv til de er rundt 50. Men blod er ikke bare en sentral kroppsvæske, det er også et sterkt symbol som sier noe om tiden, samfunnet og de religiøse omstendigheter det inngår i.

Fruktbarhetssymbol

På et seminar om blod ved senter for tverrfaglig kjønnsforskning ved universitetet i Oslo, ble forskjellige kulturers forhold til menstruasjon presentert.

I Ny-Guinea og Kalasha i Nord-

Pakistan bor kvinnene i egne hus under menstruasjonen. Det er ikke fordi de betraktes som urene, men fordi det blir ansett som helsefremmende å skille det kvinnelige fra det mannlige. Også fødsler foregår i disse husene.

Kvinnene opplever ikke det å bo i menstruasjonshus som en utestengning, snarere som et privilegium. Her dyrker kvinnene fellesskapet seg imellom, og de er fritatt fra mange av sine vanlige plikter. Vaishnavaene i Vest-Bengal i India dyrker menstruasjonsblodet som noe hellig og helsebringende.

Å drikke kvinners menstruasjonsblod, riktignok godt blandet opp med te, sukker, kokosmelk og andre drikker, blir sett på som noe sunt og hellig og gjøres jevnlig. Jo yngre kvinnen er, jo bedre er det å drikke menstruasjonsblodet hennes.

Urent

I sterk kontrast til denne formen for fruktbarhetsdyrkelse blir menstruasjon og menstruerende kvinner sett på som urene i mange religioner. Kvinners månedlige blødninger blir betraktet som farlig

å komme i nærheten av, det symboliserer noe fremmed og ukontrollerbart. Blodet tilhører kvinnens kropp samtidig som det forlater den og derfor symboliserer noe grenseløst og utflytende, en trussel mot samfunnets orden. Kvinner som menstruerer får ikke lage mat eller spise sammen med andre, og de isoleres, ikke som privilegerte og fruktbare, men som urene.

På 1800-tallet

Som medisinsk fenomen i Norge fikk menstruasjonen et kraftig oppsving på slutten av 1800-tallet.



Fra og med 1840 gjorde menstruasjonen sitt inntog i de medisinske journalene. Uavhengig av sykdom blir menstruasjonen flittig journalført, hyppighet, varighet, smerteintensitet og så videre.

Gynekologi ble etablert som fag først rundt 1850, men sammenhengen mellom eggøsning og menstruasjon ble diskutert innenfor legevitenskapen på hele 1800-tallet. Det var et særlig sterkt fokus på menstruasjonsmerter; man diskuterte hvorvidt disse smertene var patologiske eller normale.

Frihet i en liten eske?

En finsk studie av kvinners forhold til menstruasjon i dag konkluderer med at menstruasjon fremdeles er et tabubelagt område. Vestlige kvinner betrakter ikke seg selv som syke når de menstruerer. Menstrua-

sjon er normalt, vi ønsker ikke å ta hensyn til at vi menstruerer, vi har snarere en tendens til å ignorere og usynliggjøre menstruasjonen. Menstruasjonen er, med Simone Beauvoirs ord, med på å befeste kvinnen som «den andre», som en motsats til mannen, til det «normale». Stillheten rundt og undergravingen av menstruasjonen er med andre ord en konsekvens av kvinnefrigjøringen, et ledd i å bli likestilt med mannen.

Kilder:

Opplysningene i artikkelen er hentet fra et seminar om blod, ved Senter for tverrfaglig kjønnsforskning, Universitetet i Oslo. Seminaret inngår i en seminarrekke der fenomenet kvinners væsker undersøkes i lys av kultur- og medisinhistoriske perspektiver. Innleggene var ved Sosiolog Elinea Oines, Universitetet i Uppsala, antropolog Kristin Hanssen, Sosialantropologisk institutt, UiO, professor Johanne Sundby, medisinhistoriker Anne Kveim Lie, Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin, UiO og idéhistoriker Hilde Bondevik, STK.

Misliker mensen

Vi rødmer ikke lenger når vi kjøper bind, men det er fremdeles skamfullt å «blø igjennom».

Brynhild Rosbach Hesthamar, helsesøster i Kristiansund kommune, mener at åpenheten rundt menstruasjon på mange områder er større i dag enn for 50 år siden. Hun husker at hennes egen mor fortalte hvordan bindet omhyggelig ble pakket inn i gråpapir på apoteket slik at ingen skulle kunne se hva hun hadde kjøpt. V.G. (vanlig grunn) ble det skrevet i meldingsboken så skolejentene på 50- og 60- og 70-tallet fikk slippe å ha gym akkurat «de dagene».

Menstruasjon var noe man verken snakket eller skrev om. At åpenheten rundt menstruasjon er større i dag er også synlig gjennom reklame for bind og tamponger.

– På en annen side kommer det jenter til meg som vil ha p-sprøyte og p-piller for å slippe å menstruere. Mensen er noe ekkelt griseri som de helst ikke vil ha i det hele tatt.

Den utstrakte bruken av tamponger blant unge kvinner i dag er også et utslag av at mensen ikke skal synes, tror Hesthamar. Hun opplever at unge jenters idealer står i sterk kontrast til naturlige kroppslige fenomener som svettelukt, vinterblekhet, hår og menstruasjonsblod.

– Tamponger, barbering, solarium og parfyme er midler jenter bruker i sin streben etter å nå sitt mål om å bli tilnærmet perfekte, filosoferer Hesthamar.

LIVGIVENDE VANN: I Vest-Bengal blir menstruasjonsblodet betraktet som hellig og helsebringende. Den fruktbare kvinnen blir assosiert med hellig, livgivende vann. Bildet viser kvinner i Chennai i India som bader i havet.





Ole Greger Lillevik,
høgskolelektor ved Høgskolen
i Narvik og studiekoordinator
ved videreutdanning i «vold
i nære relasjoner og aggresjons-
problematikk».

Tiltak mot trusler og vold

Ansatte i helse- og sosialsektoren er spesielt utsatte for trusler og vold på arbeidsplassen.

Konflikter blant de ansatte, eller kontrollende og autoritær atferd fra de ansattes side vil kunne øke faren for voldelig atferd fra pasienter.

www.sykepleien.no

Les mer og finn
litteraturhenvisninger på
www.sykepleien.no

Søkeord:

Arbeidsmiljø
Arbeidsmedisin
Vold
Yrkesskade



Illustrasjonsfoto: Colourbox

I flere år har jeg vært opptatt av problemstillinger rundt temaet trusler og vold. I et pilotprosjekt til et forskningsarbeid har jeg undersøkt hvilke kvaliteter i det terapeutiske miljøet som kan være med på å forebygge trusler og vold fra pasienter. I pilotprosjektet gjennomførte jeg et intervju med en ansatt i en barnevernsinstitusjon som ofte står i situasjoner hvor ungdommer er truende eller voldelige.

Utsatt yrkesgruppe

Sykepleiere og andre yrkesgrupper innenfor helse- og sosialsektoren møter trusler og vold på arbeidsplassen. Vi møter aggresjonsproblematikk i for eksempel spesialisert psykiatri- og rusbehandling, men også i hjemmesykepleien og i andre hjemmebaserte tjenester. Så mye som 5–6 prosent av norske arbeidstakere har vært utsatt for trusler og vold på arbeidsplassen (1,2), og ansatte som jobber i helse- og sosialsektoren er særlig utsatt. I en rapport fra Statens arbeidsmiljøinstitutt går det frem at i overkant av 20 prosent av de spurte sykepleierne opplevde vold eller trusler om vold på jobb, en eller flere ganger i måneden. Blant vernepleiere, sosionomer og barnevernspedagoger opplever over 30 prosent av de spurte det samme (2). Å arbeide i et miljø som er preget av trusler og vold, kan gi både psykiske og fysiske belastninger (3,4). Med tanke på faren for traumatisering etter vold er dette alvorlig. Ifølge arbeidsmiljøloven skal ansatte så langt som mulig beskyttes mot vold, trusler og uheldige belastninger som følge av kontakt med andre (5). Jeg mener det derfor er nødvendig å iverksette tiltak som sikrer at arbeidet blir tilrettelagt slik at arbeidstaker i minst mulig grad blir utsatt for trusler og vold.

For å ivareta sikkerheten på arbeidsplassen skal arbeidsgiver sørge for at arbeidstaker får den opplæ-

ring, øvelse og instruksjon som er nødvendig (5). Arbeidsgiver har både registreringsplikt ved skader og meldeplikt til arbeidstilsyn og politi ved alvorlige skader (9), men det foreligger stor grad av underreportering (6,7). For å hindre svikt i rapporteringen er det nødvendig at arbeidsplassene iverksetter systematiske tiltak for å melde og registrere episoder med trusler og vold. Ved å jobbe målbevisst med å forebygge, håndtere og følge opp arbeidstakere etter episoder med trusler og vold på arbeidsplassen, tror jeg at man kan hindre både fysiske og psykiske skader hos ansatte.

Voldelig atferd

Det finnes en del forskning og litteratur om aggresjonsproblematikk i pasientarbeid, og mange er opptatt av å kunne forutsi voldelig atferd fra pasientene. Det er utviklet ulike typer sjekklister med prediksjonsfaktorer for å kunne forebygge vold ved å forutsi risiko. De viktigste faktorene framholdes som: tidligere voldsatferd, rusmisbruk, psykiske lidelser, svikt i impuls kontroll og svikt i empatisk evne (8,9,10). I Norge er det blant annet utviklet et prediksjonsverktøy primært for bruk ved sikkerhetsavdelinger (11). Felles for prediksjonsindikatorer er at de beskriver generelle forhold hos pasienten, og at de ikke fokuserer på relasjonelle faktorer i behandlingssituasjonen.

Et dilemma ved risikovurdering ved hjelp av prediksjonsindikatorer, vil kunne være at sykepleieren iverksetter tiltak ut fra en forventet risiko basert på helt generelle kategorier, løst fra pasienten. I artikkelen, «Patologisering av menneskelivet», minner Lars Fr. H Svendsen oss på at det er et velkjent fenomen at mennesker som blir klassifisert gjennom ulike kategorier, blir påvirket av klassifiseringen (12). Dermed kan vi komme til å

møte pasienten med en forventning om at han/hun er farlig. Jeg tror at kategorisering gjør at vi som sykepleiere lett kan komme til å se alle uttrykk hos pasienten som bekreftelse på vår kategori, som for eksempel: «farlig». Dermed kan pasienten bli fanget i et stigma som han eller hun vanskelig kan komme ut av. Gjennom stigmatisering og fratatt integritet kan veien til selvoppfylgende profeti være kort.

Registrering av aggressiv og voldelig atferd vil være sentralt for bedre å kunne forutsi og forebygge utageringer fra den enkelte pasient (11,13,14). Dermed flytter oppmerksomheten seg fra generelle forhold og generelle kategorier, som for eksempel at schizofreni gir økt risiko for vold, over til spesifikke forhold hos den enkelte pasient basert på hva som skjer her og nå. Men også her vil oppmerksomheten i stor grad være konsentrert om forhold som knyttes til egenskaper ved pasienten. Jeg tror at vi dermed lett kan komme til å overse relasjonelle og strukturelle årsaker, som for eksempel kvaliteten på forholdet mellom sykepleier og pasient, eller hvordan sykepleien blir organisert.

Relasjonsfokus

I en artikkel gjør Lene Lauge Berring en oppsummering basert på en litteraturstudie gjort i 2003. Her identifiseres det tre hovedkategorier av utløsende faktorer. I tillegg til

utløsende faktorer knyttet opp mot pasienten, beskrives også utløsende faktorer i relasjon til pleieprosessen og til strukturen (8).

I pleieprosessen vil de ansatte kunne øke faren for voldelig atferd dersom de selv er utrygge. Konflikter blant de ansatte, eller kontrol-

lerende og autoritær atferd fra de ansattes side vil også kunne øke faren for voldelig atferd fra pasienter. Det er etter mitt syn viktig at vi sykepleiere våger å se og være nysgjerrig på, hvem vi selv er i møte med den andre. Det handler ikke om å ta ansvaret fra den som utøver vold, men det er en erkjennelse av at samspillet påvirker pasientens opplevelse av personlig integritet og avmakt.

Uklare rammer eller rigide miljøregler kan gi økt risiko for voldelig atferd. Det samme gjelder stor utskiftning av personell eller mangel på fast og kjent personal. Alt dette vil kunne skape mangel på oversikt, og dermed utrygghet både blant ansatte og pasienter. Dette sammenfaller godt med en artikkel av M E Johnson, der det legges vekt på faktorer relatert til forhold som erfaring og utdanning hos den ansatte, og på forhold på arbeidsplassen, som antall og sammensetning av pasienter, rutiner og bemanning (15).

Alle disse strukturelle forholdene, som ikke handler om den enkelte pasient, mener jeg er grunnpilarene i forebygging av trusler og vold på arbeidsplassen (16). Det ligger som fundament, og alt annet forebyggende arbeid hviler på dette. Det innebærer at når man på arbeidsplassen skal starte med systematiske tiltak for å redusere trusler og vold, må man begynne

Å arbeide i et miljø som er preget av trusler og vold, kan gi både psykiske og fysiske belastninger.

med å vurdere disse forholdene. Felles for grunnpilarene er at de skal bidra til oversikt og forutsigbarhet for de ansatte, og dermed også trygghet. Informanten i pilotprosjektet formulerer seg blant annet slik: «(...) at vi har en del felles prinsipper, som igjen skaper den

forutsigbarheten som igjen skaper trygghet (...)

Et uoversiktlig miljø kan som sagt gi utrygge pasienter. En måte å gjenvinne tryggheten for pasienten på, kan være å søke etter forutsigbarhet ved å prøve ut grenser og rammer. Grenser kan testes ut, både i forhold til regler i miljøet og i forhold til hva personalet tåler av konflikter. Gjennom testing og over-skridelser av grenser kan pasienten synliggjøre disse for seg selv.

Forebygging av vold

Funn i pilotprosjektet indikerer tre forhold eller kvaliteter i samspillet som er av betydning i forebygging av trusler og vold:

Miljøsensitivitet refererer til personalets kompetanse til å være sensitiv i forhold til den stemningen som er i det terapeutiske miljøet. Som informanten i pilotprosjektet som sier: «Du merker det på ei slags stemning i miljøet når du kommer på jobb, måten du blir møtt på». Denne stemningen kan være en indikator på hvordan forholdet er på jobb personalet imellom, pasienter imellom og mellom personalet og pasienter. Samspillet beveger seg mellom alle disse tre konstellasjonene. Når samspill og samhandling fungerer dårlig, eller om det blir samhandlingsbrudd, kan dette bidra til uoversiktighet og utrygghet. Den grunnleggende tryggheten som kreves for å mestre vanskelige situasjoner er i ubalanse.

Valgkreativitet refererer til personalets kompetanse på å bidra til, og å synliggjøre for pasienten, ulike valgalternativer til aggresjon og utagering. I alle situasjoner finnes valg. Når frustrasjon og aggresjon er på et høyt nivå, kan det være vanskelig å se seg selv og omgivelsene i perspektiv. En vanskelig situasjon for pasienten kan gi han eller henne en opplevelse av avmakt. Denne

avmakten vil kunne utløse utagering. For personalet blir det derfor viktig å hjelpe pasienten til å se de reelle valg som finnes. Dette utfordrer kreativiteten til sykepleieren. Informanten uttrykte seg slik: «(...) det blir skapt så mange muligheter til å komme seg ut av denne her situasjonen på et ordentlig vis at det nesten blir litt ..., ja, ei utagering vil nesten bli litt halvart.»

Situasjonsvaliditet refererer til personalets kompetanse til å gyldiggjøre alle vanskelige situasjoner slik at de i etterkant kan gi motivasjon og læring. Det er vesentlig at sykepleieren makter å jobbe med både tap- og mestringssituasjoner på en slik måte at det kan bidra til håp om og tro på at det er mulig å håndtere vanskelige situasjoner uten trusler og utagering. Det innebærer at sykepleieren følger opp både de situasjonene som gikk bra og de som ikke gikk bra. Man må styrke pasienten slik at han mestrer en vanskelig situasjon. Og man må gi pasienten håp om at dersom han eller hun ikke mestret situasjonen så kan det gå bra neste gang. Informanten uttrykker det blant annet på denne måten: «(...) så er det noe med at man trenger ikke hive alt på båten ..., man må jo bruke det som er bra. Ja..., man har jo ikke tapt fullstendig (...). Du må jobbe med håp. Du må jobbe med muligheten, du må jobbe med det en har fått til. (...) Du kan si: ok, det gikk ikke helt bra denne gangen, men jeg er sikker på at du får det til neste gang.»

Veien videre

Funnene i pilotprosjektet beskriver egenskaper som jeg forstår som en del av sykepleierens relasjonskompetanse. Det kan derfor bli viktig å holde fokus på sykepleierens relasjonelle kompetanse som en trussel- og voldsforebyggende faktor. Et spørsmål vil da være om

utdanningene og arbeidsplassene tar utvikling av personlig kompetanse tilstrekkelig på alvor.

Et annet spørsmål er hvorvidt det å ha et sterkt fokus på teknikker for fysisk håndtering kan bidra til at sykepleiere overser tidlige signaler på frustrasjon og sinneoppbygging. Trening på håndteringsteknikker skal bidra til å gjøre sykepleieren trygg i situasjoner som medfører bruk av makt, og det er bra, men spørsmålet blir da om vi kan ende opp med å velge fysisk inngripen framfor forebygging. Det er gode grunner til å trene på disse teknikkene, men det må ikke bli et alternativ til å utvikle vår miljøsensitivitet eller vårt kliniske blikk. Det må heller ikke bli noe vi velger framfor å gå i dialog med pasienten av mangel på kompetanse på valgkreativitet eller situasjonsvaliditet. Jeg mener derfor at man også må tilrettelegge for nødvendig øvelse på verbale samhandlingssituasjoner. Dette kan for eksempel tilrettelegges som rollespill, som vil gi spesifikke ferdigheter i konfliktsamhandling. Dersom man utnytter øvelsene til å gi kollegial tilbakemelding vil det danne grunnlag for utvikling av faglig og personlig kompetanse blant de ansatte. En undersøkelse fra 2003 antyder at tilbakemelding fra sykepleiekollegaer er viktig nettopp i forhold til faglig og personlig utvikling. Tilbakemelding fører til at sykepleieren reflekterer over sine handlinger (17), og det kan danne grunnlag for ytterligere kunnskapsutvikling til å møte utfordrende konfliktsituasjoner med samhandling fremfor makt.

I mitt videre arbeid vil jeg kunne få svar på om de begreper jeg foreløpig har utviklet er holdbare beskrivende begreper, og om funnene kan gi innsikt i noe mer allment.

LITTERATUR

1. Norges offentlige utredninger. Ny uførestønad og ny alderspensjon for uføre. NOU 2007:4. Oslo: Statens forvaltningstjeneste; 2007.
2. Eiken T, [et.al.]. Psykososialt arbeidsmiljø. Delrapport. Stami-rapport nr 11 2008. Oslo: Statens arbeidsmiljøinstitutt; 2008.
3. Elklit A, Brink O. Akut traumatisering etter vold. Ugeskrift for læger 2004;166(7): 595-598.
4. Trygstad SC, Sollund M, Johansen B. Bedre arbeidsmiljø i hjemmetjenesten? Evaluering av Arbeidstilsynets landsomfattende kampanje "Rett hjem". NF-rapport 2003:23. Bodø: Nordlandsforskning; 2003.
5. Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. 16. juni 2005 nr. 609. (Arbeidsmiljøloven) Tilgjengelig fra: <http://www.lovdatabank.no/all/nl-20050617-062.html> (13.3.09)
6. Dolonen KA Tema: Når pasienter bruker vold. Sykepleien 2009;87(4): 22-29.
7. Whittington R, Wykes T. Aversive stimulation by staff and violence by psychiatric patients. British journal of clinical psychology 1996;35 (Pt1): 11-20.
8. Berring LL. Sygeplejestrategier i mødet med voldelige og truende psykiatriske pasienter. Klinisk sygepleje 2006;20(3): 70-78.
9. Hartvig P, Alfarnes SA, Østberg B. Risikovurdering for voldelig atferd – bruk av sjekkliстер. Tidsskrift for den norske legeforening 2001;121 (29): 3431-4.
10. Woods P, Ashley C. Violence and aggression: a literature review. Journal of psychiatric and mental health nursing 2007;14(7): 652-660.
11. Almvik R, Woods P, Rasmussen K. The Brøset Violence Checklist: sensitivity, specificity, and interrater reliability. Journal of Interpersonal Violence 2000; 15 (12): 1284-1296.
12. Svendsen FH. Patologisering av menneskelivet. Samtiden: Tidsskrift for politikk, litteratur og samfunnsproblemer. 2006 (1): 131-139.
13. Bjørkly S. The scale for the prediction of aggression and dangerousness in psychotic patients (PAD): a prospective pilot study. Criminal justice and behavior 1994; 21:341-356.
14. Rør E. Pasienters aggresjon kan registreres. Tidsskriftet sykepleien 1999;87 (21): 50-54.
15. Johnsen ME. Violence on inpatient psychiatric units: state of science. Journal of the American psychiatric nurses association 2004;10(3): 113-121.
16. Lillevik OG. Trusler og vold i klientarbeid: arbeidshefte. Narvik: Høgskolen i Narvik; 2007.
17. Gran SV. Kollegial tilbakemelding. Tidsskriftet sykepleien 2002;90 (14): 38-42.

Vil nå unge diabetikere

Er du ofte plaget med høyt blodsukker? Synes du at du får tilstrekkelig hjelp fra helsepersonell? Disse og flere spørsmål blir stilt i den nye brosjyren fra Ungdiabetes, som har til hensikt å bedre kommunikasjonen mellom helsepersonell og bruker. Ungdiabetes er ungdomsorganisasjonen under Norges Diabetesforbund, og de vil at unge tenker igjennom sin egen sykdomssituasjon før de møter hos legen. En diabetiker bruker cirka 0,3 prosent av året hos legen. Resten av tiden er det opp til en selv å behandle sykdommen, sier leder av Ungdiabetes, Erlend Gjerve.

Kilde: diabetes.no

Puster inn kokain i spanske storbyer

Narkotikaforbruket er nå så høyt i Madrid og Barcelona, at forskere i enkelte bydeler finner spor av opptil fem narkotiske stoffer i luften. Størst er forekomsten av kokain, men også amfetamin, hasj, LSD og opiater er det funnet spor av, melder tidsskriftet Analytical Chemistry. Konsentrasjonen er særlig høy i helgene, men ifølge forskerne ville man ikke få i seg en brukerdose kokain gjennom luften selv om man levde i 1000 år. Spania har ifølge statistikkene det høyeste forbruket av kokain og hasj i Europa.

Kilder: Analytical Chemistry og NTB

Fornøyd med fastlegen

Normenn er tilfreds med fastlegen sin. Det viser årets undersøkelse fra Norsk kundebarometer ved Handelshøyskolen BI, der 600 brukere er intervjuet om sine erfaringer av offentlige tjenester. Av maksimalt 100 oppnåelige, skårer fastlegene som er vurdert i undersøkelsen hele 82,3 poeng. Det er en markant økning i tilfredshet i forhold til fjorårets måling, selv om fastlegene toppet listen også da. Bare BMWs og Toyotas bilforhandlere skal ifølge undersøkelsen ha mer tilfredse kunder.

Kilde: Dagens Medisin



Færre dør av brystkreft

Stadig færre kvinner i Norge dør av brystkreft, viser ferske tall fra Statistisk sentralbyrå (SSB). Ifølge Kreftregisterets statistikk døde 662 kvinner av sykdommen i 2007, og det er det laveste antall dødsfall av sykdommen som er registrert i Norge på flere år. Leder for screenavdelingen ved Kreftregisteret, Rita Steen, tror dette er en trend som vil fortsette. En sterkere effekt av Mammografiprogrammet og bedre behandling vil redusere dødeligheten, mener hun.

Kilder: Statistisk sentralbyrå og Kreftregisteret

LEDERSTILLING I HELSESEKTOREN?

BI Nettstudier tilbyr lederutdanning for helsepersonell. Undervisningen foregår på samlinger ved Handelshøyskolen BI i Oslo i kombinasjon med nettstudier. Programmene er spesielt utviklet for deg som har jobbet noen år, og som ønsker å utvikle og formalisere dine lederferdigheter.

- Grunnstudiet - Ferdigheter i helseledelse
- Fordypningstudiet - Helsetjenestens rammebetingelser

Studiestart i september 2009

www.bi.no/helseledelse

TYNGDEN DU TRENGER



Anne Berit Nystad,
Bymisjonsprest, Ammerud-
hjemmet bo- og kultursenter

I en refleksjonsgruppe kommer personalet lett i kontakt med etiske problemstillinger.

«Jeg fikk hjelp til å se og tenke konstruktivt rundt et problemområde. Det ga meg en følelse av lettelse.»

En hjelpepleier i refleksjonsgruppen

www.sykepleien.no

Les mer og finn litteraturhenvisninger på
www.sykepleien.no

Søkeord:
Eldreomsorg
Sykehjem
Veiledning

Refleksjonsgrupper på sykehjem:

Samtaler gjør jobbe

En refleksjonsgruppe er et møtested der personalet fritt kan ta opp ulike problemstillinger fra sykehjemshverdagen og følelser tilknyttet disse.

Refleksjonsgruppe er en arbeidsform som brer om seg i sykehjemssektoren. Ifølge Nina Amble ved arbeidsforskningsinstituttet, er det igangsatt refleksjonsgrupper ved 28 institusjoner i seks fylker. Nina Amble og Elisabeth Gjerberg har sørget for opplæring av gruppelederne (fasilitatorer) og hatt møte med disse underveis. De har også vært med som forskere i refleksjonsgrupper ved Lille Tøyen sykehjem.

Hvordan jobber vi?

Ved Bymisjonens sykehjem i Oslo har refleksjonsgrupper vært utprøvd ved Vålerenga bo- og service senter i 2007 under ledelse av Stein Kåre Tytingvåg og Kristin Fragell Lillevold. I 2008 har vi på Ammerudhjemmet Bo- og kultursenter hatt refleksjonsgrupper på alle fem avdelingene.

En refleksjonsgruppe på Ammerudhjemmet varer en time og foregår på hver avdeling en gang i måneden. Refleksjonsgruppen skiller seg fra vanlig veiledning ved at deltakelse ikke er kontraktsfestet. Gruppen møtes midt på dagen, etter personalets lunsj og før servering av middag til beboerne. Det er et forholdsvist rolig tidspunkt og de som er på jobb deltar. Vi avtaler på forhånd hvem som går ut om noen trenger hjelp i avdelingen.

Temaer

Temaene i gruppen var problemstillinger personalet opplevde i hverdagen. Noen ganger kom personalet

til meg på forhånd med ønske om tema, andre ganger foreslo de et tema i begynnelsen av gruppemøtet eller jeg foreslo tema på bakgrunn av kjente problemstillinger fra sykehjemshverdagen. En gang i halvåret underviste en ekstern foreleser om profesjonsetikk. Beboernes integritet i sykehjemshverdagen, eldre og seksualitet og våre holdninger til dette, og hvordan håndterer vi kritikk av pårørende er eksempler på tema som ble tatt opp i refleksjonsgruppene.

Deltakerne var engasjerte og delte sine tanker og erfaringer, noe som kan tyde på at deltakerne følte seg trygge i gruppen. De fleste kjente hverandre godt, og nyansatte og ekstravakter fikk anledning til å bli bedre kjent med sine kollegaer.

En grupperregel er at vi har taushetsplikt på det som blir sagt i gruppen av personlig informasjon. Slik skaper vi en grense mellom gruppemøter og andre møter i avdelingen. Enkelte saker kan være så viktige at personalet blir enige om å løfte det opp på et høyere plan. Det skjer ved at boleder (avdelingsleder) drøfter saken med ledergruppe eller institusjonssjefen.

Hensikt

I en refleksjonsgruppe kommer personalet lett i kontakt med etiske problemstillinger. Hensikten med gruppen er at personalet gjennom refleksjon blir mer bevisst på hva de kan gjøre og ta valg på bakgrunn av det. På påfølgende møte hender det at vi tar opp tråden fra forrige gang

ved å si noe om hvordan det går nå. Hva har skjedd siden sist og hva har eventuelt hindret en endring?

Refleksjonsgrupper bidrar aktivt til kvalitet for både ansatte og beboere ved at gruppen i fellesskap tar opp hva vi kan gjøre i forhold til en enkelt beboer. Det medfører en tilnærmet lik behandling av den enkelte beboer fra personalets side. Refleksjonsgruppen gir muligheter for et felles engasjement når det gjelder pleie, behandling, personlig samtale, omsorg ved livets slutt og kulturarbeid.

Tiltak og endring av strategier?

En utfordring personalet ofte møter i arbeidet er hvordan vi kan hjelpe beboerne til å bevare sin integritet i en krevende institusjonstilværelse. Dette temaet har vært drøftet i refleksjonsgruppene. Som utgangspunkt for samtalen stilte jeg et par spørsmål: «Hvilke tiltak er med på å styrke beboernes selvfølelse?». «Hvordan kan vi arbeide sammen mot uheldige faktorer som liten bemanning og at beboerne lever i et kollektiv med mindre privatliv enn før de kom til sykehjemmet?». Hensikten var å sette ord på det som ikke fungerte så godt og finne konkrete, positive tiltak.

Jeg vil illustrere dette temaet med fire faktorer som ble diskutert i gruppene: travelhet, tidsfaktor, kommunikasjon og smerter i kroppen.

Travelhet

Personalet ga uttrykk for at når de

n givende



ØKT FAGLIGHET: Målet med samtalen er å stimulere til videre refleksjon. Arkivfoto: Stig Weston

har dårlig tid er det lett å ta over for beboerne i stedet. Dette kan få beboerne til å føle seg små og ubetydelige og gi dem dårlig selvfølelse. Gruppen diskuterte dette og kom fram til at et viktig tiltak er å forsøke å legge merke til hvilke beboere som har det slik for om mulig å hjelpe dem.

Tidsramme

Tiden fra morgenrapporten kl. 08.00 fram til frokost blir servert kl. 09.30 kan enkelte dager vise seg å være knapp for personalet, avhengig av bemanningssituasjonen. Hvis det ikke blir servert frokost halv ti kan noen av beboerne bli urolige.

Gruppen diskuterte ulike løs-

ninger. De kom fram til at et mulig tiltak var å bruke mer tid på stedet og heller servere frokost 15 minutter senere. De beboerne som er tidligst oppe får tilbud om en brødskiye og kaffe før frokost.

Kommunikasjon

Det virker som om det er en tendens til at samtalen foregår mest mellom beboerne og personalet. Dette gjelder særlig avdelingens demente. En pårørendeundersøkelse gjennomført ved Ammerudhjemmet i 2008 viste at det å snakke med personalet er en viktig trivselsfaktor for beboerne.

Gruppen tok opp hvor engasjerte beboerne er den dagen de veies. Da

samtaler beboerne ivrig seg imellom, de vil gjerne vite vekten til de andre, og spørsmålene går på kryss og tvers av rommet: «Hvor mye veier du? Har du lagt på deg? Hvorfor det?», og så videre.

Smerter i kroppen

Det siste eksempelet på temaer som ble drøftet i refleksjonsgruppen er at beboerne klager over smerter i kroppen. Personalet drøftet ulike tilnæringsmåter og ble enige om å oppfordre beboerne til å bruke kroppen sin mer. For eksempel ved å bli med på ulike aktiviteter som kultursenteret ved Ammerudhjemmet tilbyr. Flere ganger i halvåret

arrangeres det utflukter til ulike museer i Oslo, til Lilloseter og til Grorud kirke for «Syng med oss», med mer.

Målet med refleksjonsgruppen er å hjelpe personalet til å se problemer i et nytt lys og om mulig skifte strategi. Min intensjon som leder av refleksjonsgruppen er å trekke inn personalet og la ulike erfaringer og syn på en sak komme fram. En hjelpepleier sa det slik: «Jeg fikk en opplevelse av ikke bare å se problemer og grave meg ned i dem, og tenke huff, jeg har så mye å gjøre. I stedet fikk jeg hjelp til å se og tenke konstruktivt rundt et problemområde. Det ga meg en følelse av lettelse».

Konklusjon

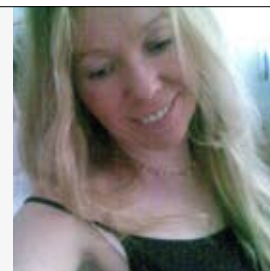
Hensikten med refleksjonsgruppene er at personalet tar seg tid til å sitte ned og drøfte ulike problemstillinger fra sykehjemshverdagen. Jeg mener at samtalen rundt et tema stimulerer til videre refleksjon. Det er godt for personalet å høre at flere på avdelingen har tenkt lignende tanker eller strevd med samme type problemer.

Takk til rådgiver Per Kristian Hilden ved fagutviklingsenheten i Stiftelsen Kirkens Bymisjon Oslo for gode råd og innspill til artikkelen.

LITTERATUR

1. Amble N, Gjerberg E. Hjerter, hoder, hender. Et refleksjonsverktøy for mestring i pleie og omsorgstjenesten.
2. Hefte utgitt av Arbeidsforskningsinstituttet og Sosial- og helsedirektoratet, 2008.

Kristin Markussen om hyppige sykehusinnleggelser



Fra: Oslo

Yrke: MPH. Fagutvikling-og forskningssykepleier. OUS- Rikshospitalet HF

Kols gir angst

Det er viktig at helsepersonell er klar over at angstproblematikk ofte er en underliggende årsak til symptomer hos kols-pasienter.

Pasienter med kronisk obstruktive lungesykdom (KOLS) har et kronisk sykdomsforløp, sykdommen er økende i befolkningen og gir høy sykkelighet. Vi vet mye om fysisk helse hos denne pasientgruppen, men er vi like gode på sammenhengen mellom fysisk og psykisk helse? Ifølge en skandinavisk undersøkelse utført i 2005 øker risikoen for reinnleggelser hvis pasienten har angst (1), likeledes har pasienter som er innlagt for KOLS høy forekomst av angst (2). Forskning viser også at det er en sammenheng mellom sigarettøyking og angst, det vil si at vi kan anta at angst er en etiologisk agent hos pasienter med kols (3).

Min erfaring er at sykepleiere og leger som behandler denne pasientgruppen er for lite oppmerksomme på at for eksempel symptomer som pustebesvær også kan være et symptom på angst. Det er dette litteraturen beskriver som «anxiety-dyspnea-anxiety cycle», og som jeg vil legge vekt på i denne artikkelen.

Angst-dyspnea-angst sirkelen

Dette er begreper som er godt dokumentert i litteraturen (4), men jeg har erfart at vi ikke klarer å anvende denne kunnskapen på en systematisk måte i pasientbehandlingen på sykehus. Pustebesvær er subjektivt og er hovedsymptomet på en mulig akutt forverring av sykdommen. Samtidig kan pustebesvær være et symptom på angst, eller et reelt anfall av pusteproblemer kan føre til angst eller panikk. Denne sirkelen er vond å bryte, og blir håpløs for pasientene å leve med, fordi de ikke har lært hvordan de skal skille mellom disse to faresignalene. Det kan igjen føre til at pasientene bruker trygghetssøkende strategier, noe som kan resultere i at de isolerer seg. På kort sikt vil pasientene oppleve at det å

unngå aktiviteter som krever mer lungefunksjon demper dyspnea-angstsymptomene, og de får mer kontroll. På lang sikt vil derimot symptomene de prøver å få kontroll over ha motsatt virkning. Angsten kan forsterke seg, også i andre situasjoner. Pasientene trenger å lære løsningsorienterte strategier, og de trenger mer kunnskap for å bli bevisste på hvordan angsten kan styre livene deres, og hvordan de selv kan ta tilbake kontrollen på en hensiktsmessig måte. Pasientene jeg møter beskriver ofte pustebesvær som en opplevelse som tar fra dem evnen til å tenke og handle logisk; de handler ofte i panikk når medikamentene ikke virker.

Vi kan sette angst på dagsorden ved hjelp av enkle samtaleteknikker.

Enkelt screeningsverktøy

HAD – Hospital Anxiety and Depression scale er et enkelt psykometrisk screeningsinstrument som kan kartlegge både angst og depresjon og som er mye brukt som forskningsinstrument (5). Skjemaet er et selvrapporteringsskjema som består av totalt 14 spørsmål, hvorav sju er relatert til angst. Skjemaet egner seg godt til daglig klinisk bruk, både til inneliggende og polikliniske pasienter, og kan følge pasientjournalen. Skjemaet kartlegger følelser, og ved å summere skårene på angstdelen vil vi få en rask oversikt om pasienten for eksempel har symptomer på angst, og i så fall hvilken alvorlighetsgrad. Skjemaet fanger også opp symptomer på angst som

kan være belastende, men som ikke krever noen spesifikk behandling. Har vi opplysninger om angst kan dette brukes på en bevisst måte hvis pasienten i tillegg har pustebesvær eller forverret pustefunksjon. Dette er nyttig og viktig klinisk informasjon fordi hvis pasienten har en forverring i pustefunksjonen (FEV1/FVC) så medfører dette gjerne at legen for eksempel endrer medikamenter, eller styrken på medikamentene. Enhver forverring disse pasientene får betyr at lungefunksjonen blir gradvis varig redusert, med de konsekvenser det medfører. Hvis pusteanfallet derimot skyldes angst, som er like reelt, men ikke livstruende, så kan behandlingen rettes mot dette symptomet.

Det overordnede målet med kolsbehandling er å sikre at pasienten har en pustefunksjon som fungerer så lenge som mulig, noe som igjen kan sikre lengre levetid. Hvis vi «ignorerer» angstproblematikken, som igjen kan føre til det pasienten opplever som et pusteanfall, så er min erfaring at pasientens reaksjoner og handlinger er følgende: 1) Pasienten tar gjerne ekstradoser med inhalasjonsmedikamenter av atroent/ventoline, men opplever ingen bedring. 2) Pasientens pusteanfall vedvarer og kan føre til panikk. 3) Pårørende eller pasienten ringer til sykehuset og blir lagt inn som øyeblikkelig hjelp. Ved å lære mer om angst-dyspnea-angst sirkelen kan vi både heve pasientens livskvalitet og samtidig unngå unødige innleggelser og sykehusopphold. Vi kan sette angst på dagsorden ved hjelp av enkle samtaleteknikker. Hvis pasienten har skår som uttrykker en angstbelastning, kan vi bevisstgjøre pasienten på dette ved å gjennomgå skjemaet. Vi viser til at for eksempel «det å være nervøs og urolig» (spørsmål 1 på HAD skjemaet) er et symptom på angst og kan medføre panikkanfall som kan forveksles med pusteanfall. Og fordi det var et panikkanfall så virket ikke ekstradosene med atrovent/ventoline. Dette er en forenklet problemstilling som bør problematiseres, slik at vi tenker oss at også et reelt pusteanfall ofte fører til angst og panikk. Å

nyansere dette krever kunnskap om angst og en mer reflektert og bevisst holdning når vi møter denne pasientgruppen. På den måten åpner vi opp for å diskutere dette sammen.

Fremtidens pasientbehandling

Det er særlig tre behandlingstiltak som er viktige for denne pasientgruppen; treningsprogrammer, psykofarmakologi og terapi (2). I forhold til angst har særlig sistnevnte gruppe vist lovende resultater, men det må utføres mer kontrollerte, randomiserte kliniske studier for å studere nærmere hvilken effekt dette har på angst. Like viktig synes jeg det er å stille flere etiologiske spørsmål. Ubesvarte spørsmål i forhold til hvordan vi skal behandle angst-dyspnea-angst sirkelen vil for eksempel være: 1) Hvilke risikofaktorer kan predikere utvikling av angst hos pasientgruppen? 2) Er røyking eller bruk av alkohol risikofaktorer for å utvikle angst, eller er det slik at pasienter

som røyker eller bruker alkohol har større risiko for å utvikle angst på grunn av etiologiske faktorer? Eller sagt på en annen måte: Er pasienter som har begynt å røyke i utgangspunktet mer disponert for å utvikle angst? Epidemiologiske studier viser at noen forfattere antyder dette (6), og i psykiatrisk litteratur har man nærmest konkludert med at det er slik (7). Men hvilken innvirkning har for eksempel bruk av antiinflammatoriske medikamenter og brokodilatorer på utviklingen av angst? Mange av pasientene bruker i tillegg beroligende medikamenter daglig, men vi vet lite om hvordan de ulike farmakologiske midlene virker sammen. Ikke stigmatiser angst og angstutvikling på pasientgruppen, ta den på alvor og lær pasientene mestrings teknikker. Jeg håper denne lille oppsummeringen kan inspirere sykepleiere til å ta opp angstproblematikken både med pasientene og med behandlende lege.

LITTERATUR

1. Gudmundsson T, Gislason T, Janson C, et al. Risk factors for rehospitalisation in COPD: role of health status, anxiety and depression. *Eur Respir J* 2005;26: 414-19.
2. Brenes GA. Anxiety and chronic obstructive pulmonary disease: prevalence, impact and treatment. *Psychosom Med* 2003 Nov-Des; 65(6): 963-70.
3. Wagena EJ, Van Amelsvoort Ludovic GPM, Kant I, Wouters Emiel FM. Chronic Bronchitis, Cigarette Smoking, and the Subsequent Onset of Depression and Anxiety: Results from a prospective population-based cohort study. *Psychosomatic Medicine* 2005; 67: 656-60.
4. Bailey PH. The dyspnea-anxiety-dyspnea cycle- COPD patients' stories of breathlessness. «It's scary when you can't breathe». *Qual. Health Res* 2004 Jul,14(6): 760-78.
5. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983; 67:361-70.
6. Maurer J, Rebbapragada V, Borson S, Goldstein R, et al. Anxiety and depression in COPD. Current understanding, Unanswered questions, and research needs. *Chest* 2008; 134: 43S-56S.
7. Moussas, G, Tselebis A, Karkanas A, Stamouli D, et al. A comparative study of anxiety and depression in patients with bronchial asthma, chronic obstructive pulmonary disease and tuberculosis in a general hospital of chest disease. *Annals of General Psychiatry* 2008; 7:7



Pustebesvær er subjektivt og er hovedsymptomet på en mulig akutt forverring av sykdommen.

OND SIRKEL: Røyking kan føre til kols som medfører pustebesvær og ofte angst. I tillegg viser forskning sammenheng mellom røyking og angst. Illustrasjonsfoto: Colourbox

Marie Aakre om naturlig død

Leder, Rådet for sykepleieetikk, skriver hver måned i Sykepleien

Alder: 60 år

Fra: Trondheim

Utdannet sykepleierleder, -lærer og -veileder



Mammas død

Nå var det mammas tur. Hun var godt forberedt.

Gjennom det siste året snakket mamma stadig mer om døden. Hun lengtet etter å få dø, og hun håpet døden kom raskt. Selv om hun klarte seg utrolig godt i egen leilighet, var hun livstrett. Hun deltok fortsatt på alle sosiale arrangementer i familien, men det hadde ikke appell lenger. På morsdagen serverte hun som vanlig vafler og kaffe, og mange var innom. Hun var nok litt ekstra tungpustet denne dagen, og neste dag ble det akutt sykehusinnleggelse med hjerteovervåking. Hjertesvikten hadde nok vært der lenge, men nå ble den raskt forverret, beskrevet som «svært marginal».

Nå var det min tur til å være pårørende. Det ble tre intense og helt spesielle uker både for henne og oss som var hennes nærmeste, de to siste på sykehjem. Mamma, nesten 92 år, var døende. Jeg hadde tenkt på dette lenge og var svært opptatt av å være til stede når det ble hennes tur. Jeg hadde lovet meg selv at jeg skulle gjøre alt jeg kunne for at hun skulle få en verdig død. Men ville jeg rekke frem i tide? Og hvordan ville det forløpe?

Pappa døde på samme sykehjem for flere år siden. Han fikk ikke god hjelp og døde alene uten god lindring. Vi pårørende ble varslet altfor sent, fikk ikke tatt farvel eller deltatt i prosessen, og jeg rakk ikke frem i tide.

Pårørende og fagperson

Jeg ville følge mamma helt fram, både av plikt og lyst. Jeg kjenner ikke meg selv i rollen som pårørende. Omsorg ved livets slutt har riktignok vært «mitt fagfelt». Jeg har fulgt mange mennesker til døden, men alltid fra den «andre siden av skranken» i ulike faglige roller. Pårørendeperspektivet gir god utsikt, men også mye avmakt. Jeg hadde egentlig bare lyst til å være datter, da dette handlet om å dele det siste stykke liv sammen med mamma. Men jeg hadde samtidig lovet mamma å følge med, være til faglig hjelp hvis kompetansen manglet. Hun hadde jo selv krevende erfaringer med pappas dødsleie, og var skeptisk til sykehjem.

Jeg ble heldigvis oppringt flere ganger og forlot både seminarer og andre oppgaver for å være til

stede. Selv om jeg prøvde å være vanlig og vennlig pårørende, ble jeg raskt «avslørt» som fagperson og måtte innse at delaktighet og åpenhet om faglige valg ble nødvendig både for de ansatte og meg. De hadde mye respekt og vennlighet å gi, og det var tydelig at de gjorde sitt aller beste. Jeg la vekt på å være forsiktig, men antar personalet naturlig nok opplevde det som en utfordring å ha meg som pårørende.

Jeg så raskt hvor marginalt det var med ressurser og kompetanse, særlig på natt og i helgene. Det var lite kontinuitet i pleien, og selv om en av oss i familien nesten alltid var der, ble informasjonen om tilstand og behandlingsvalg forvirrende og til tider faglig uforståelig. Det var også lite ressurser til informasjonsarbeidet, så jeg fant stor hjelp i å lese journalen og å be om samtale med ansvarlig sykepleier og lege et par ganger.

Naturlig død

Det er naturlig å dø, ikke minst når man er nesten 92 år. Mamma ble begravet på sin 92 årsdag 12. mars. Hun fikk en verdig livsavslutning, kanskje først og fremst fordi hun fikk lov til å dø når hun var gammel og «mett av dage».

Jeg tenkte mye på hvor viktig begrepet naturlig død er da jeg satt hos henne. Vi fikk formulert dette begrepet inn i yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere ved siste revisjon i 2007 (1). Naturlig død bør være sentralt i sykepleiespråket, et signal om at vi bidrar til å fremme naturlige livsprosesser i praksis, og da hører dødsprosessen med. Respekten for livet innebærer også respekt for en naturlig og verdig livsavslutning og død.

– Ikke gjør for mye med meg

Mamma var redd for en uverdigg og meningsløs uthaling av dødsprosessen. Hun gjentok til flere leger at «dere må ikke gjøre for mye med meg». Da febereren kom en ettermiddag takket hun og vi nei til utredning av infeksjonen og behandling med antibiotika. Legen syntes nok ikke dette var helt lett, men respekterte vårt valg og vår rett til å være medbesluttende. Der og da kjente hun godt det var å kjenne til formuleringene i den nasjonale veilederen om begrensnings av livsfor-

lengende behandling (2). Dette handlet ikke om å ta liv men å la dø. Mamma fikk lindring, ro, tilstedeværelse og lov til å dø med sine nærmeste rundt seg to dager senere.

Avslutningen ble også verdig fordi hun våget åpenheten. Mammas dødsleie ble et samlingssted der de fleste av oss fem barna med våre familier fikk del i at hun summerte opp hovedtrekk fra sitt liv, takket den enkelte og tok farvel. Det ga oss mulighet for å gi vårt tilbake. Det var dager da vi fikk lite kontakt, men når hun våknet ryddet hun opp gjennom mange minner og tilbakeblikk. Vi lo og gråt og kjente hvordan disse dagene bandt oss sammen i en historie som nå skulle avsluttes. Det var familien, sangen og troen som ble det mest sentrale helt fram til døden. I små stunder tok hun selv gitaren i senga og sang med den lille pusten hun hadde.

Da hun døde var vi der og fikk bruke tid og ro i flere timer før vi forlot henne. Personalet utviste stor respekt og fleksibilitet for vår måte å ta farvel på.

Døden nær er leksjoner i liv

Jeg har ofte sagt denne påstanden på seminarer, og nå kjente jeg hvor sant dette var. Det går an å leve åpent med døden også for oss. Innholdet i følgende refleksjon ble sterkt bekreftet:

Det finnes død i livet

og liv i døden

Det finnes mer liv i døden

om døden er med

Mamma fikk god pleie og omsorg de tre ukene hun trengte det. Det er imidlertid flere grunner til å si at hun både hadde flaks og var heldig. Det gikk fort, hun hadde nesten ikke smerter, og hennes dyspnoe ble lindret med surstoff og små doser Morfin mot slutten. Vi var også mange pårørende som kunne sitte hos henne på skift. Jeg var litt bekymret for at mamma skulle få særomsorg på grunn av meg, og tror nok at det var tilfelle. Et eksempel er en natt jeg satt da både ansvarlig sykepleier på hele sykehjemmet og en hjelpepleier kom innom og snudde mamma og snakket med

meg hver eneste time. Jeg visste jo hvor få de var, og jeg både hørte og så andre pasienter som lå ale- ne og ropte «vær så snill og kom og hjelp meg». I ettertid tenker jeg at det var ikke det at mamma fikk for mye, men andre fikk for lite. Dette kan si noe om hvor krevende prioritering er når alt er marginalisert. Det gjorde sterkt inntrykk på meg at den eneste sykepleieren på vakt i helgene og på nattevakt også hadde legevaktstelefonen i lommen som «forkontor» til legen. Sammenlignet med bemanningen på sykehuset uken før, med mange spesialsykepleiere til stede hele døgnet, er forskjellene umulige å begrunne rasjonelt.

Åtte år i koma

Hvorfor skriver jeg alt dette? Mest for å understreke at sykehjemmene er det stedet der de fleste dør i vårt land. Det er nettopp der vi burde finne kompetansen og nødvendige ressurser for god omsorg ved livets slutt. Altfor ofte skal lite til før kommunenes rammer og ressurser blir krenkende og for trange. Mange gjennomlever lidelsesfulle prosesser i norske sykehjem. Noen sykehjem og kommuner har gjort nødvendige løft for å sikre kvalitet i dødspleien, og da er sykepleie og lege ressurser og kompetansen helt avgjørende.

Jeg skriver også dette for å bekrefte hvor viktig den nye nasjonale veilederen om å begrense livsforlengende behandling er. Rådet for sykepleie-etikk mottar stadig spørsmål om faglige og etiske dilemma nær døden. Midt i vår egen familieprosess ble jeg oppringt fra lege og sykepleier ved et sykehjem der en kvinne hadde ligget comatøs i over åtte år etter en alvorlig grunnlidelse, holdt i live med ernæringssonde. De hadde ikke hatt kontakt med henne hele denne tiden, og saken var ikke tatt opp med pårørende eller til tverrfaglig drøfting. Pårørende hadde nå bedt om samtale. Lege og ansvarlig sykepleier var enige om at dette ikke kunne fortsette. De ba om råd for pårørendesamtalen og en planlagt avslutningsprosess. En krevende prosess for alle involverte parter, men mye læring om verdighet.

Verdig død er mulig i sykehjem der ressurser og kompetanse er tilgjengelig og alle involverte parter har felles ideologi, informasjon og mål. Dødspro-



Personen på bildet har ingen forbindelse med historien i teksten. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

sessen og døden tilhører familien, og de pårørende har krav på respekt og omtanke samtidig som de er viktige ressurspersoner. Jeg og mange flere i min familie sitter igjen med mye viktig erfaringslæring og takknemlighet for at vi heldigvis klarte det. Mamma fikk oppfylt sitt tydelige ønske om en verdig død.

REFERANSER

- 1: Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere NSF
- 2: Begrensning av livsforlengende behandling. Nasjonal veileder. Helsedir. Legeforeningen, SME, UiO
- 3: Livshjelp. NOU 2/1999-2000



Til refleksjon

- Hvordan definerer dere begrepet «verdig død» der du arbeider?
- Hvordan samhandler dere med de pårørende i vanskelige beslutninger?
- Har dere drøftet den nye nasjonale veilederen om begrensning av livsforlengende behandling hos dere?
- Hva skal til for at omsorgen ved livets slutt skal bli enda bedre hos dere?

Send din mening på epost interaktivt@sykepleien.no, eller skriv til Sykepleien, boks 456 Sentrum, 0104 Oslo. Du kan også lese inn din reaksjon på telefon 22 04 33 65. Reaksjoner fra leserne trykkes i neste nummer.



Verv og vinn!

Nå har du mulighet til å styrke NSF, samtidig som du skaffer deg flotte vervepremier. Verv en sykepleier og få en praktisk brødpose eller en termos. Ønsker du heller kokkekniv og metallsåpe eller iPod nano, kan du spare vervingen til du har fått vervet flere.

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

arbeidstid og eventuelle yrkesskader blir ivaretatt. NSF er et sykepleiefellesskap som setter faget, dets utvikling og plass i utdanningssystemet og helsevesenet på dagsorden. Medlemmer kan søke juridisk bistand dersom det oppstår problemer knyttet til arbeidsforholdet. Juridisk bistand kan også gis i enkelte typer straffesaker, for eksempel ved feil medisinerings.

Hva koster medlemskap i NSF?

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

Vi kjenner ditt yrke og jobber for deg!

Dine medlemsfordeler er:

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



2 vervinger: kokkekniv og metallsåpe fra Edge.



4 vervinger: iPod nano (siste modell).



1 verving: Stelton brødpose eller Wave termos.

VERV EKUPONG

Kryss av: Brødpose Termos Jeg sparer vervingen

Vervepremiene gjelder ikke for verving av studentmedlemmer

VENNLIGST BRUK BLOKKBOKSTAVER

Ververs navn:

Ververens medlemsnr.:

Navn på nytt medlem:

Har du vært medlem tidligere?

Tidsrom:

Fødselsnummer (11 siffer)

Adresse:

Postnr:

Poststed:

E-post:

Telefon privat:

Mobil:

Eksamensdato:

Sykepleierhøgskole/sted:

Arbeidsgiver:

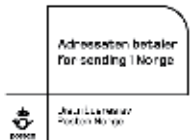
Arbeidssted:

Ansatt dato:

Avdeling:

Stillingsbenevnelse:

Medlemmer i lønnet arbeid innbetaler kontingenten ved månedlige trekk i lønn



Norsk Sykepleierforbund
Svarsending 1016
0090 Oslo

Borghild Elverland

Det var med sjokk og sorg vi mottok meldingen om at Borghild hadde fått en alvorlig kreftsykdom. Borghild, den sprekeste av oss alle, som elsket å ferdes i skog og mark til alle årets tider, og som nylig hadde startet sitt nye liv som en særdeles aktiv pensjonist.

Borghild var født i Bykle i Setesdal i desember 1943. Hun tok sykepleiereksamen ved Louisenberg i 1966, og jobbet der frem til 1968 før hun kom til Tromsø. Her tok hun spesialutdanning i operasjonssykepleie, og var så praktisk talt sammenhengende ved operasjonsavdelingen på UNN i 40 år inntil hun gikk av med pensjon i juni 2008. I denne tiden hadde hun forskjellige stillinger; ass. oversykepleier, oversykepleier og avdelingssykepleier. Noen av oss har jobbet sammen med henne i mer enn 20 år.



Våren 2008 valgte Borghild

å førtidspensjonere seg. Hun og Hans flyttet til Oslo for å komme nærmere de tre døtrene og Borghilds familie for øvrig. De sa farvel til Tromsø og Senja hvor de har sitt ferieparadis, men veien fra Oslo til Nord-Norge er ikke lang, så vi hadde jo ventet at vi skulle sees nå til sommeren igjen.

Nå skulle Borghild få mer tid til å nyte livet med sin kjære Hans og dyrke sine hobbyer. Borghild hadde så mange interesser. Hun begynte blant annet å studere kunsthistorie da hun kom til Oslo.

Skjebnen ville det imidlertid annerledes. I november merket hun de første tegnene på at noe var galt, og i desember fikk hun den alvorlige kreftdiagnosen. Hun døde 18. mars i år. For oss som jobbet sammen med henne, er det ennå uvirkelig at hun er borte. Med sitt rolige og vennlige vesen var hun en avholdt og kjær kollega. Det var lett å jobbe sammen med henne, og med sin brede kompetanse som operasjonssykepleier var hun en ressurs i avdelingen. Vi vil savne henne.

Våre tanker går til Hans, Hanne, Marit og Siri som har mistet sin kjære Borghild.

Vi lyser fred over hennes minne.

Hilsen kollegaer i operasjonsavdelingen UNN Tromsø.

Sten Strandin

Det var med stor sorg vi 22. april mottok beskjeden om at vår gode, snille og blide kollega Sten var gått bort, bare 34 år. Når man får slike beskjeder føler man at problemer og utfordringer i hverdagen blir bagateller.

Sten begynte hos oss i april 2006. Vi var veldig forventningsfulle og glade for å få en mann ansatt hos oss. Det skulle vise seg at han levde opp til forventningene, og vel så det.

Han var en samvittighetsfull og dyktig sykepleier, og tok ansvar i avdelingen. Han gjorde en god jobb som avdelingens HLR-instruktør, og hadde også ansvar for kontroll og opplæring av medisinsk teknisk utstyr.

Sten var en som alle satte stor pris på og ble raskt glad i, både ansatte og pasienter. Han var omsorgsfull, rolig og humoristisk mot pasientene og kollegaer og vil bli savnet for dette. Han var ikke redd for å gi av seg selv, og hadde stor omsorg for dem rundt seg. Han var alltid i godt humør, og klagde ikke.

Sten tok vare på sine kollegaer. Dersom det var noen som gjorde oss urett, grep han straks inn og forsvarte oss. Det var trygt og godt å ha Sten på jobb. Vi som var hans kollegaer på Med 1, forstår ikke helt at Sten virkelig er borte, og synes stadig vi hører stemmen hans i korridoren.

Vi er stolte av å ha hatt Sten som kollega og venn. Han var en viktig del av posten vår, og savnet vil derfor føles stort i lang tid. For oss vil han alltid være et vakkert minne. Våre tanker går til Astrid, Leander, Ingeborg og hans nærmeste familie.



På vegne av de ansatte på Med 1 ved Sykehuset Østfold Moss, lyser vi fred over Stens minne.

Ansatte ved Med 1, Sykehuset Østfold Moss



Til deg som er medlem i NSF

Vi har en avtale med Norsk Sykepleierforbund som gir deg gunstige betingelser hos oss.

Les mer om Postbanken-tilbudet ditt på www.sykepleierforbundet.no

Du kan også ringe 03800

Postbanken - en del av DnB NOR Bank ASA



Terje Carlsen om eiendomsrett

Yrke: Sosiolog og skribent

E-post: te-car@online.no



Patent som koster smerte

Medisinprodusentene utvikler og tar patent på vaksiner. Og eier og tjener penger på dem. Er det riktig?

Fryktpandemien som først fulgte fugleinfluensaspøkelset i 2005, og siden svineinfluensa-utbruddene i Mexico i vår, har ført til at nasjonale myndigheter i den vestlige verden har hamstret Tamiflu og Relenza i paller. Milliardene har rent ned i lommene på aksjonærene i de store legemiddelfirmaene. Nå peker flere kritiske bloggere og vitenskapsjournalister på at pandemispøkelset kan ha blitt hypet av folk med økonomiske interesser i «sjokk- og fryktindustrien» (stjernejournalisten Naomi Kleins uttrykk-min anm.).

Kjøpte 80 millioner doser

Ifølge avisa Daily Mail stiller forfatteren av The Great Bird Flu Hoax, dr. Joseph Mercola, nå spørsmål om hvorvidt Bush-administrasjonen hadde vikarierende motiver da den i 2005 lot sin helserådgiver Mike Leavitt kunngjøre på nasjonalt TV at så mange som 2 millioner amerikanere risikerte å dø av en pandemi i kjølvannet av fugleinfluensaen. For flere sentrale republikanere, blant dem tidligere forsvarsminister Donald Rumsfeld, har betydelige eierposter i Gilead Sciences som har patentet på Tamiflu. I hvert fall reagerte administrasjonen spontant på Leavitts «bekymringsmelding», og kjøpte 80 millioner doser med Tamiflu til nasjonalt beredskap. Andre regjeringer fulgte eksemplet, deriblant Norge, som kjøpte Tamiflu for 200 millioner kroner.

Spratt opp 24 prosent

Også president Barack Obama tjener noen slanter på den sjokk- og fryktindustrien som har sikkerhet som sitt mantra. Skal vi tro nettstedet E24 så sitter til og med han på aksjer i Gilead Sciences. Men Obamas utbytte blir likevel bare lommesusket mot det Rumsfeld har håvet inn på Gilead. Obamas totale aksjeinvestering hos

sin porteføljeforvalter er bare på mellom 115 000 og 250 000 dollar. En mindre del av dette er investert i Gilead Sciences. Rumsfelds portefølje skal ifølge Daily Mail ha vært verd hele 17 millioner engelske pund så tidlig som i 2005. Aksjen spratt opp eventyrlige 24 prosent etter Leavitts melding til nasjonen. Rumsfeld har hele tiden prøvd å forklare sitt engasjement i Gilead som et tilbakelagt stadium. Åkke som. Gileads første kvartalsregnskap i 2009 viser likevel ren gevinst til selskapet på 1000 millioner dollar.

Urettferdig

Utgangspunktet for den gedigne fortjenesten er som alle lesere har fått med seg naturligvis patentet. Det er greit nok juridisk sett. Men er det moralsk riktig at forskere og investorer gjennom patentet kan hindre at det utvikles kopimedisi-

Vesten kan ikke lenger tvinge verdens underklasse inn i samme føydale avhengighet som vi selv en gang var i, og som vi tar avstand fra i våre nasjonale grunnlover.

ner (generiske medisiner) som kunne ha reddet millioner av mennesker i utviklingsland fra det helvete som de de facto lever? Jeg tenker ikke her bare på medisiner mot globale viruspandemier, men også mot aids, malaria, tuberkulose og denguefeber, som ikke bare tar liv, men ødelegger hele samfunn. Kan vi i den rike delen av verden leve med sånn urettferdighet? Svaret er at det nok avhenger av hvilken historisk horisont vi har.

Hvem eier løsningene

Ifølge liberal rett, som er hele den vestlige sivilisasjons rettsgrunnlag, har den som har oppfunnet eller bearbeidet noe grovt sagt et selvsagt eierskap til dette. Pirate Bay-saken er et uttrykk for et slikt syn som er forankret i opphavsretten. Tekniske produkter som legemidler har i tillegg til beskyttelse i immateriell rett, en beskyttelse i patentinstituttet. Filosofen John Locke (1632-1704) har i det som blir kalt liberalismens bibel, «Two Treaties of Government», levert mye av det filosofiske grunnlaget for eiendomsretten. Locke argumenterer med at når et individ bearbeider en naturgjenstand, så legger det noe av seg selv i tingen. Derved har hun et ubestridelig eierskap til sluttproduktet. Denne konklusjonen er naturligvis utledet av erkjennelsen av at vi er frie, like og selvstendige individer.

Hindrer distribuering

Det er med utgangspunkt i denne tenkning, men fra en motsatt posisjon, Karl Marx argumenterer for at arbeideren skal ha del i den merverdien som kapitaleieren får for et produkt etter at det er bearbeidet. Det er fra et liknende ståsted helseaktivister og bloggere nå peker på at Gileads suksessrike portefølje, som blant annet også inneholder fire anerkjente aidsmedisiner, er utviklet og finansiert av stipendmidler som er betalt av skattebetalerne. (En kunne også legge til at mange legemidler er utviklet med deltakelse fra mennesker i u-land – in vitro-studier er endepunktet før legemiddelet kan frembys på markedet). Spørsmålet de da igjen stiller er lovligheten i at et fåtall aksjonærer i Gilead bruker millioner av dollars på dyre advokater i Hugo Boss-dresser for å hindre distribuering av billigere, generiske (kopi)-versjoner av de livred-



IKKE FOR ALLE: Patent på nye medisiner kan gjøre det vanskelig å redde millioner av syke mennesker i utviklingsland, mener Terje Carlsen. Foto: Colourbox

dende medisiner som skaper så mye lidelse for millioner i utviklingsland.

Underklasse

Filosofen John Rawls hevder at et rettferdig samfunn må tilfredsstille de fordelingskriteriene som ville være enstemmig valgt på et fritt og utvungent grunnlag. «Når kriteriene er slike at ingen har gode innvendinger mot dem, når de altså kan sies å være rimelige, forholder vi oss til hverandre som frie og like selv når vi tvinges til å underkaste oss samfunnsinstitusjonene», skriver han (Andreas Føllesdals oversettelse 1999). Det betyr selvsagt ikke at vi må reversere tilværelsen tilbake til naturtilstanden, for derved å gjøre en gyldig kontraktsinngåelse. Men det innebærer at Vesten ikke lenger kan tvinge verdens underklasse inn i samme føydale avhengighet som vi selv en gang var i, og som vi tar avstand fra i våre nasjonale grunnlover.



TJENTE FETT: Personer i Bush-administrasjonen hadde betydelige personlige interesser i utviklingen av Tamiflu. Men også Obama tjener indirekte på den nye pandemien. Foto: Scanpix



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



redaksjonssjef
Bjørn Arild Østby
tlf. 22 04 33 59
bjorn.arild.ostby@sykepleien.no

MAGASINET



Journalist/gruppeleder
Marit Fonn
tlf. 22 04 33 68
marit.fonn@sykepleien.no



Journalist (vikar)
Geir Arne Johansen
tlf. 22 04 33 67
geir.arne.johansen@sykepleien.no



Journalist
Eivor Hofstad
tlf. 22 04 33 71
eivor.hofstad@sykepleien.no



Journalist
Susanne Dietrichson
tlf. 22 04 33 53
susanne.dietrichson@sykepleien.no



Fagredaktør
Torhild Apall Dybvik
tlf. 22 04 33 76
torhild.apall@sykepleien.no

JOBB



Journalist/gruppeleder
Ann-Kristin Bloch Helmers
tlf. 22 04 33 73
annkristin.helmers@sykepleien.no



Journalist
Kari Anne Dolonen
tlf. 22 04 33 69
kari.anne.dolonen@sykepleien.no

SykepleienForskning



Redaktør
Anners Lerdal
tlf. 22 04 33 63
anners.lerdal@hibu.no

NETT



Journalist/webredaktør
Lily Kalvo
tlf. 22 04 33 66
lily.kalvo@sykepleien.no

DESK/LAYOUT



Journalist/deskleder
Eilen Morland
tlf. 22 04 33 60 / 41 02 56 22
eilen.morland@sykepleien.no



Grafisk formgiver
Hege Holt
tlf. 22 04 33 57
hege.holt@sykepleien.no



Grafisk formgiver
Hilde Rebaard Evensen
tlf. 22 04 33 58
hilde.rebaard.evensen@sykepleien.no



Grafisk formgiver
Sissel Vetter
tlf. 22 04 33 61
sissel.vetter@sykepleien.no

ANNONSER



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



Markedskonsulent, produkt
Lise Dyrkoren
tlf. 22 04 33 72
lise.dyrkoren@sykepleien.no



Markedskonsulent, stilling
Finn Simonsen
tlf. 22 04 33 52
finn.simonsen@sykepleien.no

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

Alt eller berre handpynt

Sit no med Sykepleien magasin nr 07. Eg vert fengsla av artikkelen om: «En av tre bruker helsefarlig pynt». Ber at ein merksam ser på bileta på side sju over overskrifta «Smykkefritt sykehjem». Det viser smykker rundt og ved halsen. Så ber eg at dei fire sjukepleiarane på bilete på side 87 med sine navneskilt og pennholderar vert granske.

Spørsmålet mitt vert: Kan «arbeidsredskap» som namneskilt og pennar tolererast, men ikkje smykker rundt og ved hals?

Eg har jobba i så mange år no at eg har vore gjennom dette mange gonger. Eg har fleire gonger gleda mine gamle pasientar, spesielt

damer, med å ta på eit nytt smykke rundt halsen som dei kunne sjå på medan eg stelte dei. Mitt synspunkt er at det er hendene opp til albogen som må vera totalt fritt for dekorasjon. Dei hindrar ein god handhygiene!

Heile dagen tek vi i ting og utstyr som gjer at vi må vaska oss. Smykker rundt halsen, briller og namneskilt kjem, etter mi meining, i same kategori når det gjeld hygiene. Det er hendene og vår handhygiene som hindrar smitteoverføring. Eg skulle så gjerne fått vitenskapelege argument for at «pyntesmykker» er uhygienisk medan «arbeidssmykker» er tillate når det gjeld hygiene.

Smykkebruk og etikk vert ein annan diskusjon, der også sminke vert ein del av problemstillinga.

Med helsing medl. nr. 663161
P.S. Eg ser med gru på bilete side 36 og 65 i same tidsskrift. Kva gjøymmer seg under desse armbandsura?

SV vil ha likelønnsnett

I saken om partienes likelønnspolitikk i Sykepleien nr. 8, var SVs vedtak om en likelønnsnett falt ut i oversikten over hva partiene mener om likelønn og likestilling.

Riktig om fysiologi og anatomi

I Sykepleien fra 23.4.09, leste jeg en artikkel som traff skikkelig. Artikkelen het «Mer enn støttefag» og går på hvor viktig det er at sykepleiere har gode basiskunnskaper i fysiologi og anatomi. Jeg kunne ikke vært mer enig!!

Jeg er selv tredjearsstudent, ferdig utdannet i løpet av kort tid. Jeg – og flere i klassen min – har allerede vært og kjøpt oss arbeidsbok i anatomi og fysiologi for å repetere før vi skal begynne å arbeide. Vi føler helt klart at vi mangler kunnskaper her. I evalueringsskjema til skolen har jeg gang på gang gitt uttrykk for at jeg ønsker at disse fagene skal vektlegges mye mer. Jeg ville hatt mye mer yrkesstolthet og selvsikkerhet dersom jeg følte meg tryggere i disse fagene. Jeg vet at jeg ennå er ny (ikke ferdig utdannet engang), men jeg føler at om jeg vil bli god i disse fagene, må jeg gjøre det på eget initiativ på fritiden min. Det gjør jeg, men hva med alle de som ikke gjør det?

Jeg jobber litt som ekstravakt på en medisinsk avdeling på lokalsykehuset og der jobber det

sykepleiere fra andre nasjoner, for eksempel svensker – som har tatt utdannelsen sin i Sverige. Jeg merker at de har hatt en grundigere opplæring i disse fagene, de er mye tryggere enn oss norske.

Jeg synes dette må forandres så snart som mulig, jeg har lyst til å være en sykepleier som faktisk kan svare godt for meg, gi god opplæring til pasienter og pårørende og være tryggere i mine observasjoner! Og jeg ønsker at mine norske kolleger skal ha det likedan. Takk for god og viktig artikkel!

Mvh. Lill Tone Johansen

Dikt om god sykepleie

Forfatterne til diktet på side 81 i nr. 7, «Dikt om god sykepleie», hadde dessverre ikke kommet med i bladet. Det var en gjeng studenter fra HINT Levanger: Pia Berglund, Hanne Bjørnødegård, Thea Fagerheim, Marita Rotmo Innhaug, Maria Teresa Hansen og Ingrid Kristiansen.

Sykepleien nr 10/09

Pasienttransport i nord

I Helse Nord blir pasientene fraktet i sightseeingbusser. Sykepleien var med.

Trist om Villa Sana

Det er med sorg vi skriver dette innlegget. For siste gang etter ni år opplever sykepleiere å få komme til Villa Sana, Modum bad, fra mandag til fredag, i stillheten og roen for å få hjelp til å fortsette i yrket. Her er vi med konsentrasjonsvansker, søvnforstyrrelser, utmattethet og mange andre kroppslige symptomer. Noen opplever det allerede i 20-årene, andre i 40- og 50-årene. Lenge har vi stått på, bare gått og gått uten å kjenne etter eller forstått at kroppen har forsøkt å si ifra om at det er på tide å stoppe opp.

På ulike måter fikk vi vite om Villa Sana. Tenk at NSF hadde et slikt tilbud! Fantastisk! I naturskjønne omgivelser, i et vakkert hus, i rolig tempo, har vi fått lov til å bare «være». Vi har fått med oss verktøy for «resten av vårt liv» som skal hjelpe oss bort fra gamle mønstre. Vi skal lytte til kropp, tanker og følelser. Oppmerksomhetstrening og avslapningsøvelser. Mikropauser og egne grenser. Forebygge at vi blir/ kommer til å bli utbrent i fremtiden.

Som lyn fra klar himmel har NSF

sagt opp avtalen med Villa Sana. Ingen flere livsmestringskurs. Til tross for at alle tilbakemeldinger disse ni årene har vært entydig positive. I snitt har det vært cirka 250 søkere hvert år til de 96 plassene. 864 stykker har hatt glede og hjelp av dette tilbudet disse årene.

Hvordan i all verden kan dere som bestemmer i NSF rasere et slikt flott opplegg? Hvor i Norge skal dere finne en slik kompetanse, erfaring og et lignende konsept? Dere har sikkert tenkt på alternativer siden behovet er så stort, men vi kan ikke se hva som erstatter dette: åtte til ni sykepleiere sammen i fem dager. Ingen forstyrrende elementer. Mulighet for ettertanke og prosess. Opplevelse av selvinnsikt og erkjennelse av nye veier videre.

Vi håper dere vil tenke dere om én gang til. Det er lov å ombestemme seg!

Ni takknemlige medlemmer: Britt Spånberg, Vigdis Danielsen, Hanne- Berit Hamre Østby, Olaug L Mørk, Camilla Bjerke, Pål Roland, Magnus Hermansson, Kristin Randulff, Lena Sofie Kristoffersen.



Faksimile fra Sykepleien nr. 8 - 2009

Dikt og førrbainna løgn!

Jeg har med stor interesse lest artikkelen i siste utgave av Sykepleien, og her skal dere få min opplevelse. Jeg arbeider som geriatrisk sykepleier på ei indremedisinsk avdeling, lokalsykehus. Det er åtte år siden jeg ble utdannet og jeg har jobbet i fire år som geriatrisk sykepleier.

Etter 1.2.2008 er vi blitt færre folk på jobb, da vi ble sammenslått med UNN.

Jeg har vært, og er frustrert, i jobbsammenheng. Jeg er lovbrøyer fordi jeg ofte ikke får dokumentert i arbeidstiden og sitter ikke utover ordinær arbeidstid og gjør det. Koordineringsfunksjonen jeg har mot kommune(r), rehab-institusjoner og

så videre lider. Pasientene lider, de kunne fått bedre stell og observasjoner. Pasientene har ikke fått det bedre.

Jeg har i tretti år vært politisk interessert (én periode i kommunestyret og mangeårig medlem av AP). I vinter meldte jeg meg ut av partiet, og det er nesten med skam å melde at jeg ikke har tenkt å stemme til høsten. Politikere er ikke troverdige, jeg tror ikke på dem og slettes ikke på noen andre når AP ikke kan levere.

Ti tusen hender! For å si det rett ut på nordnorsk og i en språkdrakt jeg sjelden bruker: Dikt og førrbainna løgn!

Med hilsen medlem nr. 1038447, Bente Arntsen



Hvor tok hendene veien i Skien kommune?

Kommunen opprettet tidligere stillinger som fagsykepleier eller fagkoordinatorer. Stillingene innebærer blant annet mye ansvar for at pasientene får det de har krav på i forhold til behandling og oppfølging, samt veiledning av andre i forhold til mange ulike spørsmål som fører med seg mange viktige diskusjoner. Disse var en ekstra ressurs som kunne brukes til det meste. Fra 1. januar 2009 har kommunen omorganisert og fjernet disse stillingene. I tillegg til dette ble mange årsverk fjernet fra boliger, hjemmetjenester og institusjoner. Man skulle ned til en bestemt pleiefaktor. Mens andre kommuner oppretter fagstillinger for å forbedre kvaliteten, tar altså Skien kommune dem bort.

De som hadde disse stillingene er nå i annet arbeid i kommunen hvor de har fått helt andre arbeidsoppgaver enn tidligere. Man tar bort dyktige medarbeidere og plasserer dem et nytt sted hvor opplæring trengs. Og så setter man andre til å utføre oppgaver vedkommende hadde, som også er ukjent med sine nye arbeidsoppgaver. I et komplekst system som dette vil det vel være slik at når man endrer en ting, påvirkes andre faktorer. Det kan oppstå en del utilsiktede hendelser som ikke har vært forutsett. Kan dette ha vært grundig nok gjennomtenkt og hensiktsmessig?

Vi som jobber i institusjon og hjemmetjeneste opplever det som betenkelige at vi tilstreber å gi pasientene pleie av god kvalitet, forebygge skader og gi pasientene en god livskvalitet. Men så tas det beslutninger om å fjerne årsverk som fører til at en allerede presset hverdag blir mer presset og pasientene blir de skadelidende. Det fører igjen til mer belastninger på de ansatte som står midt oppi det.

Det er gjennomført en undersøkelse som fant ut noe om hvilke behov vi har og hvilke hindringer vi må over, for å kunne ha kunnskapsbasert praksis som et mål,

slik det står i kvalitetsforskriften og i andre nasjonale planer. Undersøkelsen viser at tiden er den største hindringen for å kunne utføre forsvarlig pleie. Hvordan skal man kunne oppnå dette ved at nedbemanninger skjer og pasientene stadig blir dårligere – i tillegg til at vi overtar oppgaver som sykehuset tok seg av tidligere?

Det kan for meg virke som om det blir gjort noen kortsiktige løsninger innen eldreomsorgen. Man kan ikke bare telle hoder, men man må se på hele situasjonen. Det skremmer meg hvis det fortsetter slik i fremtiden, når vi trenger mange flere innen yrket. Hvem vil da jobbe med dette, og hvor lenge klarer den enkelte å stå i jobben?

Jeg opplever at det er mange ting vi har for liten tid til. Spesielt kanskje i forhold til den dokumentasjonen vi er pålagt. Denne er viktig, men tar også tiden bort fra pasientene. Da vi ikke har tid nok til dokumentasjon, når skal vi da få oppdatert vår kunnskap og øke kompetansen vår til å kunne håndtere de fremtidige utfordringer med flere, dårligere pasienter med sammensatte behov i en stadig strammere tidsramme og økonomisk ramme?

Et viktig spørsmål i denne sammenheng blir derfor: Gjør vi tingene på riktig måte, eller gjør vi de riktige tingene? Jeg bare lurer.

De ekstra hendene vi ble lovet kom ikke til syne hos oss. Vi har i stedet mistet flere, og vaktene kortes ned til en arbeidsdag menn ikke ville godtatt!

Marit, sykepleier i Skien kommune



NSF/NKSF – Norsk kvinnelige sykepleierforbund

Først vil jeg takke Michael Råberg, som skrev i Sykepleien nr. 7/09, for et knakende godt innlegg. Det kunne knapt sies bedre. Videre kan man lese i artikkelen på side 63 at hele 82 prosent av de spurte i en undersøkelse utført av TNS Gallup, oppgir at likelønn er det viktigste for å oppnå likestilling.

Det første Sykepleierforbundet kan ta tak i er ordet likestilling. Vi er faktisk nå såpass mange menn i sykepleieryrket, at ordet likestilling er utdatert. Prøv heller å ta til dere at lik lønn for likt arbeid er det som er fokuset. Jeg har ikke bart, og om jeg anlegger en, så får jeg ikke så mye som en skilling ekstra i lønn. Den første linjen som er å lese på «barte-plakatene» er følgende: «Kvinner tjener kun 85 øre for hver krone en mann tjener.» Så NSF mener jeg som mann tjener bedre en mine kvinnelige kollegaer? Hvordan i huleste får dere dette til? Dette er ren DISKRIMINERING av oss menn i sykepleieryrket. Denne kampanjen som NSF holder på med, er så feilslått

som det er mulig å få det til. Og det erger meg at mine kontingentpenger blir sløst bort på noe som er svært lite gjennomtenkt. Videre kan en lese i samme bladet på side 63 at lønnsforhandlinger gjennom 20 år ikke har lyktes. Gjennom 20 ÅR! Er det da ikke på tide å stikke fingeren i jorden å innse at noe er fundamentalt galt med måten de forhandlingene blir utført på?

Jeg er stolt av yrkesvalget mitt, jeg liker jobben min, men jeg har regninger å betale jeg også. Med tanke på hvor mange medlemmer NSF har, og hvor mange nøkkelstillinger de medlemmene innehar, så er NSF en av Norges mektigste organisasjoner. Bruk det, slik andre organisasjoner har gjort tidligere. Vis at vi er tilstede og er uunnværlige. La oss få et rettfærdig lønnsoppgjør som gjør at jeg kan anbefale sykepleieryrket for andre også.

Med ønske om et sterkere NSF,
Kai H Fløtre, sykepleier.



tekst **Eivor Hofstad**

1 Hvilke medisiner kan hjelpe mot influensa hvis man ikke har fått vaksine?

- A: Antibiotika
- B: Antiviralia
- C: Tamoksifen

2 Hva er den anslåtte dødeligheten hos dem som smittes av den nye influensa A H1N1, tidligere kalt svineinfluensa?*

- A: 0,4 prosent (omtrent som asiasyken i 1957)
- B: 2,5 prosent (omtrent som spanskesyken i 1918/1919)
- C: Opptil 33 prosent (anslått letalitet av fugleinfluensaviruset H5N1, hvis det skulle bli en pandemi)

3 Hvor mange mennesker får tuberkulose i verden hvert år?

- A: 2 millioner
- B: 4 millioner
- C: 8 millioner

4 Hva kommer ordet pasient fra?

- A: Lat
- B: Smittsom
- C: Lidende

5 Hva med husstøvmiddelen kan gi astma eller utslett hos folk som er allergiske?

- A: Duften som utsondres
- B: Avføringen
- C: Blodsugingen

6 Hva tåler husstøvmiddelen dårligst?

- A: Sollys
- B: Klesvask på 40 grader
- C: Mørke

7 Hva er en multigravida?

- A: En gravid kvinne som venter flere enn et barn
- B: En svanger kvinne som har vært gravid flere ganger
- C: Et instrument for å måle blodplatenes gravitasjonsmotstand i flere blodprøver samtidig.

8 Et gammelt, norsk begrep for nervesykdommen Huntingtons Chorea?

- A: Setesdalsrykkja
- B: Gaularvassott
- C: Koreafeber

9 Hva er et iskemisk slag?

- A: Hjerneslag på grunn av hjerneblødning
- B: Slag mot hodet som gir alvorlig hjernerystelse
- C: Hjerneslag på grunn av blodpropp

10 E-coli-utbruddet fra januar til nå har gitt seks tilfeller av hemolytisk-uremisk syndrom (HUS) i Norge. Hva kjennetegner HUS?

- A: Nyrestein, høyt blodtrykk og hevelser i ekstremitetene
- B: Nyrebetennelse, blodforgiftning og kramper
- C: Akutt nyresvikt, hudblødninger og blodmangel



GRAVID: Tilhører denne magen en multigravida? Foto: Colourbox

😊 **10 poeng:** Imponerende. Pasientene kan ikke få nok av deg. (Sikker på at du ikke har kikket?)

😊 **6-9 poeng:** Lovende. Men ikke treng deg på pasienter mer enn høyst nødvendig.

😐 **3-5 poeng:** Bra. Men kanskje på tide med den videreutdanningen du har tenkt på så lenge?

😞 **0-2 poeng:** Ikke bra. Hold deg mest mulig på vaktrommet og lat som du dokumenterer. (Sjekk at du virkelig er autorisert.)

* Ifølge en vitenskapelig publisering i Science online, 11. mai.



BEGRAVELSE: Christian Michelsen døde på Gamlehaugen på Fjøsanger 29. juni 1925, vel 68 år gammel. Stortinget besluttet enstemmig at begravelsen skulle skje på statens bekostning. Den fant sted 3. juli med kong Håkon VII til stede. Chr. Michelsens navn knyttes i første rekke til den fredelige oppløsningen av unionen med Sverige i 1905.

Hesten varslet mer død

Døden var tidligere en naturlig del av livet. I vår moderne tid med institusjoner for gamle og syke har vi skapt avstand til døden.

Ved dødsfall i eldre tider var det familien og grannene som gjorde den døde i stand til gravferd. Først brente de sengehalmten til den døde. Så ble grannekona tilkallet for å lage likklede. Hun vasket, kledde og la den døde i kista.

Gravferden skulle etter gammel skikk finne sted på den sjuende dag, eller helst ennå seinere. Noen steder ventet man i opptil 30 dager. I 1682 ble per lov bestemt at begravelsen skulle skje innen åtte dager.

På gravferdsdagen ble gårdens bygning pyntet med løv eller annet grønt etter årstiden. På tunet var det strødd bar.

I selve gravferden var det helst mennene som deltok, kvinnene holdt seg mer i bakgrunnen. Nå skulle de mørke hestene gå foran, baketter fulgte de lyse. Den hesten som trakk vognen med den døde

måtte helst være svart. Før likfølget satte seg i bevegelse, var skikken at man skjenket seg en dram eller to til ære for den avdøde.

Ferden til kirken kunne gi varsel om hvem som neste gang ville dø. «Var det regn eller snø ved ei gravferd, ville snart noen komme etter», pleide man å si. Og dersom hesten snudde seg underveis, mente man at den så etter flere døde.

Når man kom fram til kirka måtte man gå rundt den medsols tre ganger. Man måtte også merke seg hvordan kirkeklokken klang, den kunne gi varsel om hvordan

Snudde hesten seg underveis i gravferden, så den etter flere døde.

den døde hadde det. Kisten ble for sikkerhet skyld ikke båret gjennom, men løftet over porten til kirkegården. Det for å hindre spøkeri. Var det en som hadde fått en unaturlig død, ble kisten løftet over selve kirkegårdsmuren, og nedsatt i en utkant av kirkegården.

Forbundsleder Lisbeth Normann

Stilling: Forbundsleder i NSF

E-post: lisbeth.normann@sykepleierforbundet.no



Sykepleiere leder innovasjon i omsorgstjenestene

«Kreativitet er å tenke ut nye ting, innovasjon er å gjøre nye ting.»

Visdomsordene stammer fra økonomen Theodore Levitt. Og vi som sykepleiere kjenner oss igjen i denne beskrivelsen. Dette ble også understreket da innovasjon var tema for årets internasjonale sykepleierdag 12. mai. Innovasjon har preget vårt fag siden starten. Det er gjennom nye meto-



INNOVATIV: Innovasjon er ikke noe nytt begrep for sykepleierprofesjonen, skriver Lisbeth Normann. Her er innovasjon representert ved vinneren av Sykepleiers Smartpris 2008, Britt Helen Haukø, som har utviklet konseptet «Barnas time».

der og løsninger at faget vårt utvikler seg.

«Som sykepleiere lever vi i en verden som er i konstant endring. Det er vår mulighet som sykepleiere til å spille en viktig rolle for verdens befolkning. Vi har aldri vært i en bedre posisjon til å gjøre dette enn i dag. Ekspertkunnskap og den sykepleieforskningen som underbygger denne kunnskapen er i hjertet av mange av våre nye roller, så vel som grunnlaget for tradisjonell sykepleie og omsorg. Men det er kombinasjonen av innovasjon og vitalitet som gjør at arbeidet vårt tar av.»

Dette skriver president i International Council of Nurses, Hiroko Minami om årets valg av «Innovasjon i omsorgstjenestene» som motto for Den internasjonale sykepleierdagen 12. mai. Jeg kan ikke annet enn å si meg helt enig i denne beskrivelsen.

For å opprettholde og forbedre kvaliteten i sykepleien er innovasjon sentralt. Ett av de tidligste eksemplene på dette er Florence Nightingales skjellsettende studie av dødeligheten av barsel feber. Hun observerte det høye antallet dødsfall i fødeavdelinger og spurte: «Dør kvinner oftere etter en fødsel på sykehus enn hjemme? Om så, hvorfor?» Studien hennes beviste at dødeligheten var høyere for kvinner som fødte i sykehus. Dette resulterte i endringer av sykehus tjenestene og at mange kvinners liv ble reddet.

Innovasjoner vokser ofte ut av nødvendigheten av å ta tak i et behov, mangler i tjeneste eller i teknologien; men de behøver ikke nødvendigvis være høyteknologiske for å få stor effekt. Sykepleiere vet for eksempel at å pleie for tidlig fødte spedbarn i kuvøse er dyrt, og i noen tilfeller er effekten usikker. I mange land er kuvøser heller ikke tilgjengelig. Derfor ble «Kengurumetoden» utviklet i Colombia av en amerikansk sykepleier. Et enkelt, billig, sikkert og sosialt akseptabelt alternativ, der friske premature spedbarn legges hud-mot-hud mot morens bryst.

Bruk av denne metoden i Zimbabwe viste at Kengurumetoden reduserer neonatal dødelighet.

På Island ble mødre tilbudt oppfølging fra en kvalifisert sykepleierrådgiver med opp til fem telefonoppringninger over to måneder, på denne måten reduserte de mødrenes tretthet og bekymring. Dette er eksempler på målrettede enkle sykepleie tiltak med stor betydning for den enkelte og med god effekt!

I Norge har NSF gått i front med utviklingen av PPS (elektroniske sykepleieprosedyrer) og elektroniske samhandlingsløsninger mellom pleie- og omsorgstjenesten i kommunene, fastleger og sykehus gjennom ELIN-k-prosjektet. Dette er banebrytende, innovativt arbeid

Til sammen illustrerer dette initiativet hvordan innovasjon gir mulighet til å møte lokale utfordringer og gjøre en innsats for å nå viktige, prioriterte helse mål.

Innovasjon er altså ikke noe nytt begrep for sykepleierprofesjonen. Innovasjon i sykepleien er en grunnleggende kilde til fremgang for helsetjenestestrukturer i hele verden. Nyskapende løsninger fra sykepleiere representerer et vitalt element i innsatsen for å ta fatt på dagens og fremtidens globale helseutfordringer – som aldrende befolkning, hiv/aids, tuberkulose, malaria, økning i smittsomme sykdommer, fattigdom, utilstrekkelige ressurser og mangel på arbeidskraft. Behovet for innovative løsninger har aldri vært større enn nå når helsetjenestemiljøer over hele verden strever for å tilby rettferdige, trygge og effektive helsetjenester, og på samme tid holde kostnadene nede. Vi er klare til å levere!



Sparte 1000-lapper ved flytting av forsikring

Familien Solberg sparte nesten 4 000 kroner i året ved å flytte forsikringene til Norsk Sykepleierforbund. Den lille familien tjener på at forbundet har forhandlet frem gode forsikringsordninger på vegne av medlemmene.

Frode Solberg er vant til å «shoppe» tjenester som strøm, telefon og forsikring. Da kona begynte å jobbe i NSF, var det derfor naturlig for ham å sjekke ut forsikringstilbudet som forbundet kunne tilby.

– Jeg sendte over de samme spesifikasjonene som vårt daværende forsikringsselskap satt på, og fikk en gledelig tilbakemelding; gjennom NSF's ordning kunne vi spare nesten 4000 kroner i året, forteller Solberg fornøyd.

Med ferie som nærmer seg, er det godt å ha litt ekstra i reisekassa.

– Da får jeg kanskje litt ekstra «feriepenger» i år, foreslår datteren Kine på 11 år.

Normalt forsikringsbehov

Ifølge Solberg har familien bestående av to voksne, ett barn og to hunder, et veldig gjennomsnittlig forsikringsbehov.

– Med bolig øst i Oslo, en liten hytte på fjellet, bil, moped og

hunder, var det primært forsikring av disse verdiene vi hadde behov for. Datteren vår er foreløpig forsikret et annet sted, men vi vil sjekke ut tilbudet NSF har også på dette området, forteller familiefaren.

– Vi har også reiseforsikring inkludert i tilbudet. Både ferie og arbeid. Det er godt å vite at vi har en god ordning her om ulykken skulle være ute, legger han til.

Fordeler

Flere forsikringsselskap tar gebyrdersom kunden ønsker å betale forsikringskostnaden månedlig. Frode Solberg satte derfor pris på at NSF's tilbud var motsatt; at det var rimeligere å betale månedsvis fremfor halvårlig eller kvartalsvis.

– Mange familier har sikkert en så ryddig økonomi at de klarer å sette av penger til forsikringer hver måned, for så å betale etter et halvt år. For oss kom denne kjemperegningen alltid som «julekvelden på kjerringa». For

oss passer det bedre å betale en mindre regning hver måned.

Service

Foreløpig har ikke familien Solberg vært utsatt for noen forsikrings sak, så selve servicen ved et skadeoppgjør har de liten erfaring med foreløpig.

– Vi har byttet bil i løpet av kundeforholdet. Det resulterte i rimeligere premie, merkelig nok. Vi hadde i den prosessen en tett og god dialog med forsikringsrådgiverne i NSF, og fikk et godt inntrykk så langt.

Den ene hunden har nylig vært gjennom en operasjon – noe som resulterte i en høy veterinærkostnad. Nå starter kontakten med forsikringsselskapet for å få dekket deler av utleggene gjennom forsikringen.

– Vi regner ikke med at dette skal by på problemer, men det vil være en form for «lakmustest», mener Frode Solberg.



NY KUNDE: Frode Solberg og familie har spart penger på å velge NSF's forsikringsavtale. Datteren Kine vet hva disse kan brukes til nå som ferien nærmer seg.

NSF's forsikrings-tilbud

Kollektive ordninger til lave faste priser
Foreningsgruppeliv Obligatorisk, Foreningsgruppeliv Tilleggsforsikring, innboforsikring, innboforsikring student, reiseforsikring én person og reiseforsikring familie.

I tillegg kan det gis forsikringstilbud for følgende produkter:
Villa, fritidsbolig, bil, traktor, fritidsbåt, moped, motorsykkel, scooter, verdigjenstand, husdyr, ulykke, utvidet reiseforsikring m.m.

Kontakt:
For mer informasjon, ta kontakt med Forsikringskontoret NSF på telefon 22 04 31 50, eller gå inn på nettsidene www.sykepleierforbundet.no/forsikring.

Sykepleierforbundet vokser

Norsk Sykepleierforbund har fått en ny faggruppe etter at Norsk faggruppe for ØNH (øre-nese-hals) sykepleiere er blitt en del av NSF. Norsk faggruppe for ØNH-sykepleiere har vært organisert siden 1998 og har om lag 200 medlemmer.

– At de nå ønsker et formelt samarbeid er et viktig initiativ, sier leder for sentralt fagforum i Norsk Sykepleierforbund, Maria Tjønnfjord.

Øre-nese-halssykepleierne vil bli nummer 33 i rekken av faggrup-

per tilknyttet Norsk Sykepleierforbund.

– Vi synes det er positivt at sykepleiere med spesialkompetanse ser betydningen av å være tilknyttet et større faglig fellesskap som arbeider målrettet for å utvikle sykepleiefag-

get. Norsk Sykepleierforbund er i så måte et naturlig valg for alle sykepleiere – med eller uten spesialkompetanse, mener Tjønnfjord.

– For oss er dette et viktig faglig tilskudd blant våre faggrupper, legger hun til.



Tariffoppgjøret 2010:

Det er nå du har mulighet til å påvirke NSF's krav!



NSF er allerede i gang med å forberede hovedtariffoppgjøret i 2010, og i løpet av den nærmeste tiden vil tillitsvalgte holde medlemsmøter for å høre medlemmenes mening.

Den demokratiske prosessen er viktig når NSF skal utforme tariffkravene, og lokale medlemsmøter er helt avgjørende for at forbundsstyret kan være sikre på at våre medlemmers ønsker og prioriteringer danner grunnlaget for kravene vi stiller. De tillitsvalgte får i disse dager oppdrag å avholde medlemsmøter.

Vår utfordring til deg som medlem av NSF er at du bruker din rett og mulighet til møte opp å si din mening. Hva mener du er de viktigste kravene den kommende tariffperioden?

Synspunktene fra medlemsmøtene blir tatt med til regionsvise tariffkon-

feranser for de ulike tariffområdene. Disse arrangeres til høsten. Rådene fra tariffkonferansene danner grunnlaget for de kravene forbundsstyret vedtar å fremme våren 2010. At de tariffpolitiske rådene er forankret i medlemsmassen er helt avgjørende dersom NSF blir nødt til å aksjonere for å nå frem med våre krav.

Les debattnotatet «Si din mening om lønnsoppgjøret!»

Det er i år utarbeidet et felles debattnotat som i begynnelsen av juni blir sendt til alle medlemmene som arbeider innenfor tariffområdene, Spekter, KS, Oslo kommune, staten og HSH.

Notatet beskriver kort utfordringene i tariffperioden 2010–2012 knyttet til likestilling, lønnsmessig verdsetting, bemanning og kvalitet. Det gir også en kort beskrivelse av lønnsutviklingen og lønnsnivået for noen av våre stillinger i de ulike tariffområdene.

Dersom du ikke har fått tilsendt debattnotatet eller ønsker mer bakgrunnsstoff, finner du debattnotatet med mere på denne nettsiden: www.sykepleierforbundet.no.

Ta stilling

Våre opparbeidede rettigheter er under press fra flere sterke krefter.

Derfor er det viktigere enn noen gang at medlemmene engasjerer seg!

Før du går til medlemsmøtet kan det være lurt å ha tenkt igjennom følgende spørsmål som du blir bedt om å ta stilling til:

- Hva bør det legges størst vekt på – sentrale eller lokale forhandlinger?
- Hva skal prioriteres i valget mellom generelle tillegg og justering av enkelte stillingsgruppers lønn (sentrale justeringer)?
- Hvilke stillinger skal prioriteres?
- Hvilke krav til fellesbestemmelser/de sosiale bestemmelsene bør prioriteres?

Sykepleiere viser søstersolidaritet

12. mai er den internasjonale sykepleierdagen – dagen som sykepleiere over hele verden bruker til å markere yrket, kompetansen og internasjonal solidaritet.

For Norsk Sykepleierforbund er det viktig å benytte denne dagen til å fokusere på noe utover våre særnorske krav. Selv om norske sykepleiere har flere viktige slag å ta, som likelønn og rett til heltid, vet vi at virkeligheten til kolleger i andre deler av verden får situasjonen vår til å fortone seg rosenrød.

Når vi i Norge ser alvoret i og konsekvensene av at det kun går en sykepleier på vakt på 100 syke- hjemspasienter, kan vi bare forestille oss hvordan sykepleierne i Malawi

har det. For en befolkning på nesten 13,6 millioner mennesker, finnes det kun 7500 autoriserte sykepleiere!! Til sammenligning er det omtrent 100 000 sykepleiere på cirka 4, 6 millioner innbyggere i Norge ... Det er i et slikt perspektiv vi forstår hvor alvorlig den globale sykepleiermangel er, og at vi bare kan glemme å løse sykepleiermangelen her hjemme med å rekruttere fra andre land. En slik handling ville være direkte uetisk.

Norsk Sykepleierforbund ble stiftet i 1912, og organisasjonen har

siden den gang hatt et bredt internasjonalt engasjement. Dette er særlig knyttet til å bygge profesjonelle nettverk, fagutvikling, samt ivaretagelse av sykepleiernes sosioøkonomiske interesser.

I tillegg er Norsk Sykepleierforbund involvert i bistandsarbeid. Det har vært en naturlig forlengelse sett i sammenheng med yrkets internasjonale utbredelse og verdigrunnlag. Den moralske plikten til å bistå lidende og syke, stopper ikke ved landegrensene. Fokus på fattigdomsreduksjon, menneskerettigheter, solidaritetsarbeid og organisatorisk kapasitetsbygging, har preget organisasjonens satsinger. Norsk Sykepleierforbund jobber for eksempel med

søsterorganisasjoner i fattige land for å styrke dem rent faglig, og for å bygge opp sterke fagforbund som kan tale sykepleiernes rettigheter.

I Norge er sykepleie kåret av befolkningen som det viktigste yrket. Det er vi stolte over. Men sykepleie er minst like viktig i andre deler av verden. Norsk Sykepleierforbund vil derfor fortsette å jobbe for et kvalitetsmessig forsvarlig helsetilbud både i Norge og i verden for øvrig.

På etterskudd vil vi gratulere 100 000 sykepleiere i Norge og 12 millioner sykepleiere verden over med den internasjonale sykepleierdagen.

Les mer om våre internasjonale prosjekter på www.sykepleierforbundet.no

C RoActemra «Roche»

Immunosuppressivt middel.

ATC-nr.: L04A C07

KONSERTRAT TIL INFUSJONSVÆSKE 20 mg/ml: 1 ml inneh.: Tocilizumab 20 mg, sukrose, polysorbat 80, dinatriumfosfatdekahydrat, natriumdihydrogenfosfatdihydrat, vann til injeksjonsvæsker.

Indikasjoner: Behandling, i kombinasjon med metotreksat, av moderat til alvorlig, aktiv revmatoid artritt (RA) hos voksne pasienter som enten ikke har respondert tilfredsstillende på eller som har vist intoleranse for tidligere terapi med ett eller flere sykdomsmodifiserende antirevmatiske legemidler (DMARD) eller tumornekrosefaktor (TNF)-hemmere. Hos disse pasientene kan tocilizumab gis som monoterapi ved intoleranse for metotreksat, eller hvor fortsatt behandling med metotreksat ikke anses som egnet.

Dosering: Behandling skal initieres av lege med erfaring i diagnostikk og behandling av RA. Anbefalt dosering er 8 mg/kg kroppsvekt, men ikke <480 mg, gitt 1 gang hver 4. uke. Gis i.v. over 1 time. Doser >1,2 g er ikke undersøkt. **Unormale leverenzymverdier (ASAT/ALAT):** Ved ASAT/ALAT >1-3 × øvre normalverdi (ULN) justeres metotreksatdosen hvis nødvendig. Ved vedvarende forhøyede verdier, reduseres tocilizumabdosen til 4 mg/kg eller tocilizumab seponeres inntil ASAT/ALAT er normalisert. Behandlingen gjenopptas deretter med 4 mg/kg eller 8 mg/kg iht. klinikk. ASAT/ALAT >3-5 × ULN: Tocilizumab seponeres inntil ASAT/ALAT <3 × ULN. Behandlingen gjenopptas deretter med 4 mg/kg eller 8 mg/kg. Ved vedvarende forhøyede verdier >3 × ULN, seponeres tocilizumab. ASAT/ALAT >5 × ULN: Tocilizumab seponeres. **Lavt absolutt nøytrofitall (ANC (celler × 10⁹/liter)):** ANC >1: Ingen dosejustering nødvendig. ANC 0,5-1: Tocilizumab seponeres inntil ANC >1 × 10⁹/liter. Behandlingen gjenopptas deretter med 4 mg/kg og økes til 8 mg/kg iht. klinikk. ANC <0,5: Tocilizumab seponeres. **Lavt platetall (celler × 10³/µl):** Platetall 50-100: Tocilizumab seponeres inntil platetall >100 × 10³/µl. Behandlingen gjenopptas deretter med 4 mg/kg og økes til 8 mg/kg iht. klinikk. Platetall <50: Tocilizumab seponeres. **Eldre:** Dosejustering ikke nødvendig. **Nedsatt lever- eller nyrefunksjon:** Dosejustering ikke nødvendig ved lett redusert nyrefunksjon, for øvrig ingen erfaring. **Barn og ungdom:** Anbefales ikke til barn <18 år pga. manglende data.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for noen av innholdsstoffene.

Forsiktighetsregler: **Infeksjoner:** Behandling skal ikke initieres ved aktiv infeksjon. Dersom pasienten utvikler alvorlig infeksjon, bør tocilizumab seponeres inntil infeksjonen er under kontroll. Det bør utvises forsiktighet ved vurdering av bruk av tocilizumab hos pasienter med residiverende eller kroniske infeksjoner i anamnesen, eller underliggende tilstander (f.eks. divertikulitt, diabetes) som kan predisponere for infeksjoner. Overvåking for snarlig diagnostisering av alvorlige infeksjoner anbefales for pasienter som får biologisk behandling for moderat til alvorlig RA, da symptomer og funn ved akutt inflammasjon kan reduseres i forbindelse med suppresjon av akuttfasereaksjonen. Effekten av tocilizumab på C-reaktivt protein (CRP), nøytrofiler og infeksjonssymptomer skal vurderes når en pasient evalueres for mulig infeksjon. Pasienten skal rådes til å kontakte lege umiddelbart ved symptomer på infeksjon, for å sikre rask undersøkelse og adekvat behandling. **Tuberkulose:** Pasienten bør screenes for latent tuberkulose (TB) før behandling startes. Pasienter med latent TB bør behandles med standard antimykobakteriell terapi før tocilizumab initieres. **Komplikasjoner til divertikulitt:** Tocilizumab bør brukes med forsiktighet av pasienter med intestinal ulcerasjon eller divertikulitt i anamnesen. Pasienter med symptomer på divertikulittkomplikasjoner, f.eks. abdominalsmerter, blødning og/eller uforklarlig endring i avføringsmønster med feber, skal undersøkes snarest med tanke på gastrointestinal perforasjon. **Hypersensitivitetsreaksjoner:** Alvorlige hypersensitivitetsreaksjoner er rapportert ved infusjon av tocilizumab. Egnet anafylaksibehandling bør derfor være tilgjengelig. **Aktiv leversykdom og nedsatt leverfunksjon:** Behandling med tocilizumab, spesielt ved samtidig bruk med metotreksat, kan være forbundet med forhøyede hepatiske transaminaser. Det bør derfor utvises forsiktighet når behandling av pasienter med aktiv leversykdom eller nedsatt leverfunksjon vurderes, da sikkerhet ved bruk av tocilizumab hos disse pasientene ikke er tilstrekkelig undersøkt. **Økt hepatisk transaminase:** Forbigående eller intermitterende mild til moderat økning av hepatiske transaminaser uten progresjon til leverskade er rapportert. Økt frekvens av forhøyede verdier ble observert når potensielt hepatotoksiske legemidler (f.eks. metotreksat) ble gitt i kombinasjon med tocilizumab. Det bør utvises forsiktighet ved initiering av tocilizumabbehandling hos pasienter med ASAT/ALAT >1,5 × ULN. Ved ASAT/ALAT >5 × ULN anbefales ikke behandling. ASAT og ALAT bør måles hver 4. til 8. uke i de første 6 behandlingsmånedene, deretter hver 12. uke. Ved ASAT/ALAT >3-5 × ULN som bekreftes med gjentatte prøver, bør tocilizumab seponeres inntil transaminaser <3 × ULN. Tocilizumabbehandling kan deretter gjenopptas med 4 eller 8 mg/kg. **Hematologiske forandringer:** Reduserte verdier for nøytrofile granulocytter og trombocytter er sett ved behandling med tocilizumab 8 mg/kg i kombinasjon med metotreksat. Det kan være økt risiko for nøytropeni hos pasienter som tidligere er behandlet med en TNF-hemmer. Det bør utvises forsiktighet ved initiering av tocilizumab hos pasienter med lave verdier for nøytrofile granulocytter eller trombocytter (ANC <2 × 10⁹/liter eller trombocytall <100 × 10³/µl). Behandling frarådes ved ANC <0,5 × 10⁹/liter eller trombocytall <50 × 10³/µl. Nøytrofile granulocytter og trombocytter bør monitoreres 4-8 uker etter behandlingsstart og deretter iht. standard klinisk

praksis. **Lipidverdier:** Økning i lipidverdier inkl. totalkolesterol, LDL-kolesterol, HDL-kolesterol og triglyserider er observert. Hos flertallet av pasientene var det ikke tegn på økt forekomst av aterosklerose, og pasienter med økt totalkolesterol responderte på behandling med lipidsenkende legemidler. Måling av lipidverdier bør gjøres 4-8 uker etter initiert tocilizumabbehandling. Pasienter bør behandles for hyperlipidemi iht. lokale kliniske retningslinjer. **Neurologiske sykdommer:** Behandlende lege bør være oppmerksom på symptomer på nyoppstått demyeliniserende sykdom i sentralnervesystemet. Risiko for demyeliniserende sykdom ved bruk av tocilizumab er ukjent. **Maligne lidelser:** Pasienter med RA har økt risiko for maligne lidelser. Immunmodulerende legemidler kan øke risikoen for malignitet. **Vaksinasjon:** Levende og svekkede levende vaksiner bør ikke gis samtidig med tocilizumab, da klinisk sikkerhet ikke er fastslått. **Kardiovaskulær risiko:** Pasienter med RA har økt risiko for kardiovaskulære sykdommer og risikofaktorer (f.eks. hypertensjon, hyperlipidemi) bør behandles iht. klinisk praksis. **Kombinasjon med TNF-hemmere:** Det er ingen erfaring med bruk av tocilizumab kombinert med TNF-hemmere eller annen biologisk behandling ved RA. Tocilizumab sammen med andre biologiske legemidler anbefales ikke. **Natrium:** Preparatet inneholder 1,17 mmol (26,55 mg) natrium pr. maks. dose på 1200 mg. Pasienter på saltfattig diett må ta hensyn til dette. Doser <1025 mg av dette legemidlet inneholder <1 mmol (23 mg) natrium, dvs. nærmest natriumfritt. Pasienter med svimmelhet i forbindelse med behandlingen, skal rådes til ikke å kjøre bil eller bruke maskiner før svimmelheten har forsvunnet.

Interaksjoner: Ekspresjon av hepatiske cytokrom P-450-enzymmer hemmes av cytokiner, f.eks. IL-6, som stimulerer kronisk inflammasjon. Enzymekspresjonen kan derfor normaliseres under behandling med potent cytokinhemmende terapi, som tocilizumab. IL-6 reduserer ekspresjon av CYP 1A2, CYP 2C9, CYP 2C19 og CYP 3A4 in vitro. Tocilizumab normaliserer ekspresjonen av disse enzymene. Ved oppstart eller seponering av tocilizumabbehandling, bør pasienter som tar legemidler som justeres individuelt, og som metaboliseres via CYP 3A4, 1A2, 2C9 eller 2C19 (f.eks. atorvastatin, kalsiumkanalblokkere, teofyllin, warfarin, fenytoin, ciklosporin eller benzodiazepiner), monitoreres da doseøkning kan bli nødvendig for å beholde terapeutisk effekt. Effekten av tocilizumab på cytokrom P-450-enzymaktiviteten kan vedvare i flere uker etter seponering, pga. lang halveringstid.

Graviditet/Amning: Kvinner i fertil alder må bruke adekvat prevensjon under og i opptil 6 måneder etter avsluttet behandling. **Overgang i placenta:** Preparatet bør ikke brukes under graviditet, hvis ikke strengt nødvendig. **Overgang i morsmelk:** Ukjent. Ved ev. behandling må nytten av amming for barnet vurderes mot nytten av behandling for kvinnen.

Bivirkninger: Hyppigst rapportert ved monoterapi eller i kombinasjon med DMARDs er øvre luftveisinfeksjoner, nasofaryngitt, hodepine, hypertensjon og forhøyet ALAT. **Vanlige (≥1/100 til <1/10):** Blod/lymf: Leukopeni, nøytropeni. Gastrointestinale: Munnulcerasjon, gastritt. Hjerne/kar: Hypertensjon. Hud: Utslett, pruritus. Infeksiøse: Øvre luftveisinfeksjon, cellulitt, pneumoni, oral herpes simplex, herpes zoster. Neurologiske: Hodepine, svimmelhet. Øye: Konjunktivitt. Øvrige: Forhøyede hepatiske transaminaser, hyperkolesterolemi. **Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):** Gastrointestinale: Stomatitt. Hud: Urticaria. Infeksiøse: Divertikulitt. Øvrige: Hypersensitivitetsreaksjoner, forhøyet total bilirubin, hypertriglyseridemi.

Egenskaper: **Klassifisering:** Human IgG₁ monoklonalt antistoff mot human interleukin-6 (IL-6)-reseptor. Produsert i kinesiske hamsterovarie (CHO)-celler med rekombinant DNA-teknologi. **Virkningsmekanisme:** Bindes spesifikt til løselige og membranbundne IL-6-reseptorer (sIL-6R og mIL-6R) og inhiberer sIL-6R- og mIL-6R-medierte signalisering. IL-6R er et pleiotropisk proinflammatorisk cytokin som bl.a. er medvirkende i patogenesen av inflammasjonssykdommer, osteoporose og neoplasier. Blokkering av IL-6-reseptorer reduserer symptomene ved RA. **Absorpsjon:** «Steady state» for C_{max} oppnås etter 1. administrering og etter hhv. 8 og 20 uker for AUC og C_{min}. **Fordeling:** Distribusjonsvolum ved «steady state» 6,4 liter, hvorav 3,5 liter sentralt og 2,9 liter perifert. **Halveringstid:** Elimineringen er bifasisk. Halveringstiden er konsentrasjonsavhengig og avtar med avtagende konsentrasjon innenfor et doseringsintervall.

Oppbevaring og holdbarhet: Oppbevares i kjøleskap (2-8°C). Må ikke fryses. Beskyttes mot lys.

Andre opplysninger: Tilberedning: Steril, pyrogenfri natriumklorid injeksjonsvæske 9 mg/ml (0,9%) trekkes opp aseptisk fra en 100 ml infusjonspose, tilsvarende det volumet av tocilizumabkonsentrat som pasienten skal ha. Forskrevne mengde tocilizumabkonsentrat (0,4 ml/kg) trekkes opp fra hetteglasset og overføres til infusjonsposen, som da får et sluttvolum på 100 ml. Oppløsningen blandes ved sakte å vende posen for å unngå skumdannelse. Tilberedes aseptisk. Ferdig tilberedt infusjonsoppløsning bør brukes umiddelbart. Ferdig oppløsning er stabil i opptil 24 timer i kjøleskap (2-8°C).

Utlevering: Alle pasienter som behandles med tocilizumab skal få utdelt et eget pasientkort med viktig sikkerhetsinformasjon i forbindelse med behandlingen.

Pakninger og priser: Hettegl.: 4 ml kr. 2021,10. 10 ml kr. 5000,40. 20 ml kr. 9965,70.

Sist endret: 17.04.2009



www.rochemare.no

NYHET!

RoACTEMRA[®]
tocilizumab

RoACTEMRA[®] – nytt behandlingsprinsipp ved revmatoid artritt

- som første biologiske behandling etter svikt på DMARD eller
- etter svikt på TNF-hemmere
- I kombinasjon med metotreksat eller som monoterapi (ved intoleranse for metotreksat)¹

RoACTEMRA[®]:

- 28-34% oppnådde remisjon på tvers av ulike pasientgrupper i samtlige fase III studier¹
- Det eneste biologiske legemiddel som har vist bedre klinisk effekt i monoterapi enn metotreksat^{1,2}
- Rask og vedvarende effekt, som forbedres ytterligere over tid¹
- Grundig og dokumentert sikkerhetsprofil i det mest omfattende klinisk fase III studieprogram noen gang for et biologisk legemiddel ved RA¹

Referanser: 1. RoACTEMRA SPC, 2. Jones et al: Comparison of Tocilizumab monotherapy versus methotrexate monotherapy in patients with moderate to severe rheumatoid arthritis: The Ambition Study. Ann Rheum Dis 2009 [accepted] 3. <http://www.emea.europa.eu/home.htm>