

Italias eldre trenger hjelp

Side 46



Respirator-avvenning

Kortest mulig respiratorbehandling gir færrest komplikasjoner. Side 52

Beate Gangås er like blid

Side 74



Sykepleien

NSF POLITIKK: NSF forventer kraftig opprustning av førstelinjen denne stortingsperioden.

Årets
fagblad
2009

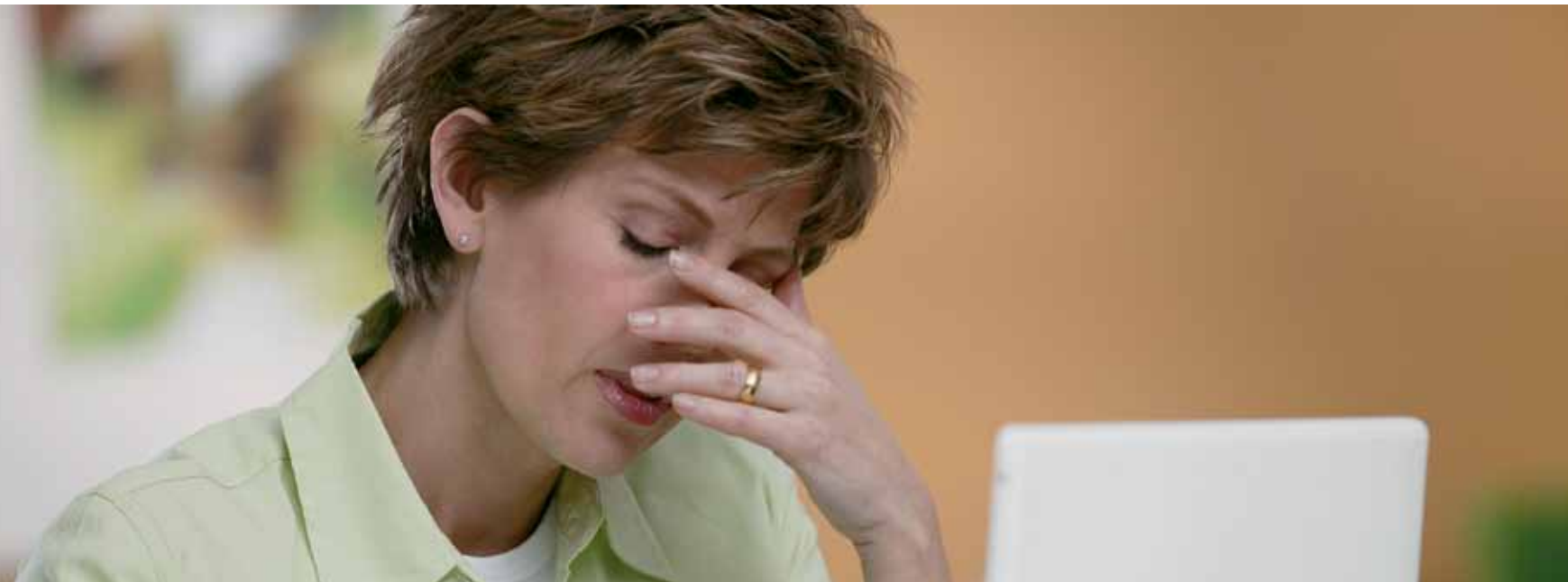
16 | 2009

5. november
2009
97. årgang



I TI DØGN kjempet Trond Jakobsen for livet på intensiven. Sykepleierne lot samboeren være med hele veien. Det har vært godt i ettertid.

Zomig[®] *Nasal* ZOLMITRIPTAN



Migrenepasienter oppgir rask smertelindring som **viktigste parameter ved medikamentell behandling¹**

**Zomig Nasal kan virke allerede etter 10 minutter²
- det er 3 ganger **raskere** enn tabletter³**

7 av 10 pasienter **foretrekker Zomig Nasal
fremfor tidligere behandling⁴**



www.zomig.no

- Rask og behagelig^{2,4}

- 1) Lipton et al. "What do patients with migraine want from acute migraine treatment", Headache 2002;42(suppl 1): 3-9
- 2) Gawel et al. Zolmitriptan 5mg Nasal Spray: Efficacy and Onset of Action in the Acute Treatment of Migraine – Results from the REALIZE study. Headache 2005;45:7-16
- 3) Dowson AJ et al. Review of zolmitriptan and its clinical applications in migraine: Expert Opin Pharmacother 2002;3(7):993-1005 review
- 4) Dahlöf et al. Zolmitriptan nasal spray provides fast relief of migraine symptoms and is preferred by patients. J Headache Pain 2004; 5: 237-242

AstraZeneca 

AstraZeneca AS
Høffsveien 70 B
Boks 200 Vinderen N-0319 OSLO
Tlf 21 00 64 00 Faks 21 00 64 01
www.astrazeneca.no

CZomig Nasal «AstraZeneca»
Migrenemiddel.

ATC-nr.: N02C C03

NESESPRAY, oppløsning 5 mg/dose: Hver dose inneholder: Zolmitriptan 5 mg, sitronsyre, dinatriumfosfatdihydrat-dodekahydrat, renset vann, pH 5.

Indikasjoner: Akutt behandling av hodepinefasen ved migrene med eller uten aura.

Dosering: Skal ikke brukes profylaktisk. Anbefalt dosering ved behandling av akutt migreanfall er 5 mg. Bør tas ved første tegn på migrenehodepine, men er også effektiv tatt senere i løpet. Gis som 1 enkeltdose i ett nesebor. Nesesprøyen er et alternativ til vanlige tabletter og smeltetabletter. Egnert for pasienter som opplever kvalme og brekninger under migreanfallet. Det er imidlertid verdt å merke seg at identiske doser av Zomig Nasal og Zomig tabletter ikke nødvendigvis gir identisk effekt. Hvis migrenen fortsatt er til stede etter 2 timer, eller hvis den kommer tilbake i løpet av 24 timer, kan det tas 1 dose til. Hvis pasienten ikke responderer på 1. dose, er det lite sannsynlig at 2. dose vil gi effekt ved det samme migreanfallet. Preparatet skal ikke doseres mer enn 2 ganger i døgnet, og den totale døgndosen skal ikke overstige 10 mg. **Nedsatt leverfunksjon:** Dosejustering er ikke nødvendig ved lett til moderat nedsatt leverfunksjon. Ved sterkt nedsatt leverfunksjon anbefales en maks. dose på 5 mg i døgnet. **Nedsatt nyrefunksjon:** Dosejustering er ikke nødvendig ved kreatin clearance >15 ml/minutt. Sikkerhet og effekt er ikke vurdert for barn, ungdom <18 år og eldre >65 år, og anbefales derfor ikke til disse aldersgruppene. **Interaksjoner:** Ved samtidig bruk av MAO-A-hemmere, cimetidin eller spesifikke CYP 1A2-hemmere er anbefalt maks. dose 5 mg pr. døgnet.

Kontraindikasjoner: Kjent overfølsomhet for zolmitriptan eller noen av de andre innholdsstoffene. Moderat eller alvorlig hypertensjon eller ved ukontrollert mild hypertensjon. Klassen 5-HT_{1B/1D}-agonister har vært assosiert med koronar vasospasme, og av den årsak er pasienter med iskemisk hjertesykdom ekskludert fra kliniske studier. Preparatet anbefales derfor ikke til pasienter som har hatt hjerteinfarkt eller har iskemisk hjertesykdom, har koronar vasospasme (Prinzmetal's angina), perifer karsykdom, pasienter som har symptomer eller tegn som svarer til iskemisk hjertesykdom. Samtidig bruk av ergotamin, derivater av ergotamin (inkl. metysergid) og andre 5-HT_{1B/1D}-agonister. Pasienter med cerebrovaskulær sykdom eller transitoriske iskemiske anfall (TIA) i anamnesen. Pasienter med kreatin clearance under 15 ml/minutt.

Forsiktighetsregler: Skal kun gis til pasienter med en klar migrenediagnose. Andre alvorlige nevrologiske lidelser bør utelukkes før en behandler pasienter med nydiagnostisert migrene, eller migrenepasienter med atypiske symptomer. Bør ikke brukes ved hemiplegisk, basilaris- eller oftalmoplegisk migrene. Migrenepasienter kan ha risiko for visse cerebrovaskulære hendelser. Hjerneblødning, subaraknoidalblødning, slag og andre cerebrovaskulære hendelser er rapportert hos pasienter som behandles med 5-HT_{1B/1D}-agonister. Bør ikke administreres til pasienter med symptomgivende Wolff-Parkinson-White syndrom eller arytmier forårsaket av andre ledningsforstyrrelser. 5-HT_{1B/1D}-agonister har i meget sjeldne tilfeller vært assosiert med koronar vasospasme, angina pectoris og hjerteinfarkt. Pasienter med risikofaktorer for iskemisk hjertesykdom (f.eks. røyking, hypertensjon, hyperlipidemi, arvelig predisponert diabetes mellitus) bør utredes før behandling startes, spesielt postmenopausale kvinner, og menn >40 år. En slik evaluering identifiserer ikke alle pasienter med hjertesykdom, og i svært sjeldne tilfeller har alvorlige kardiale hendelser skjedd hos pasienter uten underliggende kardiovaskulær sykdom. Tungthets-, spennings- eller trykkfølelse over prekordium er observert. Ved brystmerter eller symptomer som kan tyde på iskemisk hjertesykdom, bør pasienten utredes før flere doser tas. Det er sett forbigående økning i systemisk blodtrykk hos pasienter med eller uten hypertensjon i anamnesen. I sjeldne tilfeller har blodtrykkøkningene vært forbundet med signifikante kliniske hendelser. Anbefalte dose skal ikke overstiges. Uønskede effekter kan opptre hyppigere ved samtidig bruk av triptaner og urtepreparater som inneholder johannesurt (Hypericum perforatum). Langvarig inntak kan medføre en forverring av hodepine (MOH- medication-overuse headache). Ved overforbruk av smertestillende bør MOH mistenkes dersom pasienten har daglig hodepine til tross for (eller pga.) regelmessig inntak av smertestillende for hodepine. Lege bør da kontaktes og behandlingen seponeres.

Interaksjoner: Kliniske interaksjonsstudier har vært gjort med koffein, ergotamin, dihydroergotamin, paracetamol, metoklopramid, pizotifen, fluoksetin, rifampicin og propranolol. Det ble ikke funnet klinisk relevante forskjeller i de farmakokinetiske parametre for zolmitriptan eller den aktive metabolitten. Data tyder ikke på klinisk signifikant interaksjon mellom zolmitriptan og ergotamin. Det er imidlertid teoretisk en økt risiko for spasmer i koronarark. Samtidig bruk er derfor kontraindisert. Det bør gå minst 24 timer etter tilførsel av legemiddel inneholdende ergotamin før zolmitriptan administreres. Omvendt bør det gå minst 6 timer etter tilførsel av zolmitriptan før legemiddel inneholdende ergotamin administreres. Administrering av moklobemid, en spesifikk MAO-A-hemmer, ga en liten økning (26%) i AUC for zolmitriptan, og en 3-foldig økning i AUC for aktiv metabolitt. Som en følge av dette, anbefales en maksimaldose på 5 mg zolmitriptan i døgnet til pasienter som bruker MAO-A-hemmer. Preparatene bør ikke brukes samtidig hvis moklobemid gis i høyere doser enn 300 mg pr. døgnet. Etter administrering av cimetidin, en cytokrom P-450-hemmer, øker halveringstiden for zolmitriptan med 44% og halveringstiden for den aktive N-desmetyl-metabolitten fordobles. Interaksjon med spesifikke CYP 1A2-hemmere kan ikke utelukkes, og dosereduksjon av zolmitriptan anbefales ved samtidig behandling med preparater i denne gruppen, slik som fluvoksamin og kinoloner (f.eks. ciprofloksacin). Selegilin (MAO-B hemmer) og fluoksetin (selektiv serotoninreopptakshemmer, SSRI) ga ingen farmakokinetiske interaksjoner med zolmitriptan. Det finnes isolerte rapporter som beskriver pasienter med symptomer forenlig med serotoninerg syndrom (svakhet, hyperrefleksi, inkoordinasjon) etter samtidig bruk av selektive serotoninreopptakshemmere (SSRI). Zolmitriptan kan forsinke absorpsjonen av andre legemidler. Absorpsjon og farmakokinetikk for nesepøyen endres ikke ved forutgående bruk av xylometazolin.

Graviditet/Amning: *Overgang i placenta:* Sikkerhet ved bruk hos gravide er ikke klarlagt. Preparatet bør kun benyttes hos gravide, dersom nytte av behandlingen oppveier mulig risiko for fosteret. *Overgang i morsmelk:* Ukjent. Forsiktighet må utvises ved eventuell bruk hos ammende. Amning bør unngås de første 24 timer etter inntak.

Bivirkninger: Bivirkningene er vanligvis milde til moderate, og opphører oftest spontant. Ev. bivirkninger kommer vanligvis i løpet av de 4 første timene, og forekommer ikke hyppigere ved gjentatt dosering. Svært vanlige (>1/10) bivirkninger er smaksforstyrrelser. *Hyppige (>1/100):* Gastrointestinale: Magesmerter, kvalme, brekninger, munntørhet. Luftveier: Neseblod, ubehagelig følelse i nesen. Muskel-skjelettsystemet: Muskelsvakhet, myalgi. Sentralnervesystemet: Unormal eller forstyrret sansefølelse, svimmelhet, hodepine, hyperestesi, parestesi, tretthet, varmefølelse. Sirkulatoriske: Palpitasjoner. Øvrige: Asteni, tyngdefølelse, tranghetsfølelse, smerte eller trykkende følelse i strupe, hals, ekstremiteter eller bryst. *Mindre hyppige:* Sirkulatoriske: Takykardi, lett blodtrykkstigning. Forbigående stigning i systemisk blodtrykk. Urogenitale: Polyuri, økt vannlatingshyppighet. *Sjeldne (<1/1000):* Overfølsomhetsreaksjoner inkl. urticaria, angioødem og anafylaktiske reaksjoner. Svært sjeldne: Hjerteinfarkt, angina pectoris og koronar vasospasme. Iskemi eller infarkt (f.eks. intestinal iskemi, intestinal infarkt, millinfarkt), som kan sees i form av blodig diaré eller abdominale smerter. Økt vannlatingsstrang. Noen av symptomene kan være relatert til selve migreanfallet.

Overdosering/Forgiftning: *Symptomer:* Døsighet. *Behandling:* Observasjon i minst 15 timer, eller til symptomer på overdosering opphører. Intet spesifikt antidot. I tilfelle alvorlig forgiftning, anbefales intensiv medisinsk overvåking, inkl. sikring av frie luftveier, tilfredsstillende ventilering og oksygenering, samt kardiovaskulær overvåking. Ev. effekt av hemodialyse og peritoneal dialyse er ukjent.

Pakninger og priser: Endose: 6 stk. 463,80. Pris per 21.01.2009.

Refusjon: Refusjonsberettiget bruk: Akutt behandling av hodepinefasen ved migrene med eller uten aura.

ICPC	Migrene	Vilkår nr	ICD	Migrene	Vilkår nr
N89	Migrene	139 140	G43	Migrene	139 140

Vilkår:

139: En hodepinekalender skal brukes ved oppstart og endring av migrenebehandling. Det skal dokumenteres i journalen at hodepinekalender er brukt. Hvis bruk av hodepinekalender ikke kan gjennomføres, må årsaken journalføres.

140: Ved oppstart og endring av behandling skal sumatriptan tabletter forsøkes først. I tillegg kan inntil 2 andre triptan-preparater forskrives samtidig. Hvert forskrevne triptan-preparat skal forsøkes ved minst 3 migreanfall med mindre pasienten opplever uakseptable bivirkninger. Pakningsstørrelsen forskrevet skal være tilpasset antall doseringer nødvendig for utprøving. - Hvis pasienten ikke oppnår ønsket effekt eller får uakseptable bivirkninger av triptan-preparatene som er forsøkt, kan ytterligere 3 triptan-preparater forskrives samtidig. - Etter utprøving kan pasienten fortsette behandling med andre triptan-preparater enn sumatriptan tabletter kun dersom det i hodepinekalenderen er vist at: 1. De har bedre effekt og/eller mindre bivirkninger enn sumatriptan tabletter, eller 2. Sumatriptan tabletter alene ikke er tilstrekkelig for optimal anfallsbehandling. - Årsaken til behandling med andre triptan-preparater enn sumatriptan tabletter skal dokumenteres i journalen.

Basert på godkjent SPC 27.11.2008.

© AstraZeneca AS, Oslo

Teksten er opphavsrettslig beskyttet i henhold til lov om opphavsrett til åndsverk m.v. av 12. mai 1961.

AstraZeneca

ID: Hjemte 6-90

Har du tenkt over hvor mange timer om dagen du står og går på hardt underlag? Dette sliter på rygg, ledd og føtter og kan føre til smerter og plager.

MBT er den originale masai-skoen. Vi bruker betydelige ressurser på produktutvikling og forskning. MBT avlaster ledd, trener kjernemuskulatur og bedrer kroppsholdning.



- effekt dokumentert gjennom seriøse, uavhengige studier.
- flere millioner fornøyde brukere verden over.

MBT®
physiological footwear
www.mbt.no

Sykepleien

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

E-post:

redaksjonen@sykepleien.no
interaktivt@sykepleien.no

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

Medarbeidere:

Redaksjonssjef Bjørn Arild Østby
tlf. 22 04 33 59/93 03 09 05
bjorn.arild.ostby@sykepleien.no

Journalist Marit Fonn
tlf. 22 04 33 68/99 23 65 90
marit.fonn@sykepleien.no

Journalist (vikar) Geir Arne Johansen
tlf. 22 04 33 67/92 23 84 94
geir.arne.johansen@sykepleien.no

Journalist Eivor Hofstad
tlf. 22 04 33 71/91 75 39 03
eivor.hofstad@sykepleien.no

Journalist Susanne Dietrichson
tlf. 22 04 33 53/45 42 96 41
susanne.dietrichson@sykepleien.no

Fagredaktør Torhild Apall Dybvik
tlf. 22 04 33 76/99 41 46 77
torhild.apall@sykepleien.no

Journalist Ann-Kristin Bloch Helmers
tlf. 22 04 33 73
annkristin.helmers@sykepleien.no

Journalist Kari Anne Dolonen
tlf. 22 04 33 69/94 37 36 11
kari.anne.dolonen@sykepleien.no

Redaktør Anners Lerdal
tlf. 22 04 33 63/95 03 31 44
anners.lerdal@hibu.no

Journalist/webredaktør Lily Kalvø
tlf. 22 04 33 66/91 79 50 50
lily.kalvo@sykepleien.no

Journalist/deskleder Ellen Morland
tlf. 22 04 33 60 / 41 02 56 22
ellen.morland@sykepleien.no

Grafisk formgiver Hege Holt
tlf. 22 04 33 57
hege.holt@sykepleien.no

Grafisk formgiver Hilde Rebaard Evensen
tlf. 22 04 33 58
hilde.rebaard.evensen@sykepleien.no

Grafisk formgiver Sissel Vetter
tlf. 22 04 33 61
sissel.vetter@sykepleien.no

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

Markedskonsulent, produkt: Lise Dyrkoren
tlf. 22 04 33 72/99 50 40 05
lise.dyrkoren@sykepleien.no

Markedskonsulent, stilling: Finn Simonsen
tlf. 22 04 33 52/91 68 46 64
finn.simonsen@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 sykepleierens 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.

Gjesteskribenter:



Sølvi Røsvik Vågen

Hvilken holdning avdelingssykepleier har til avvismeldinger er helt avgjørende for hvordan meldekulturen blir i avdelingen. Det er høyst forskjellig, viser studien Vågen har laget og viser til i sin kronikk på side 68.



Marie Aakre

Det kan bli så mye papirarbeid at en sykepleier kan sitte foran pcen hele dagen, og forsømme pasientene for å tekkes kravene fra systemet. Aakre er ikke i tvil om hvor vår lojalitet skal ligge. Side 72.



Monir Saadati

I kronikken forteller Saadati om sin studie av iranske kvinners møte med helsevesenet. Side 56.



Bodil Bach

Bruken av videokonferanse øker blant deltakere involvert i pasientomsorgen, forteller Bach i verkstedspalten side 42.



Innhold

Sykepleien

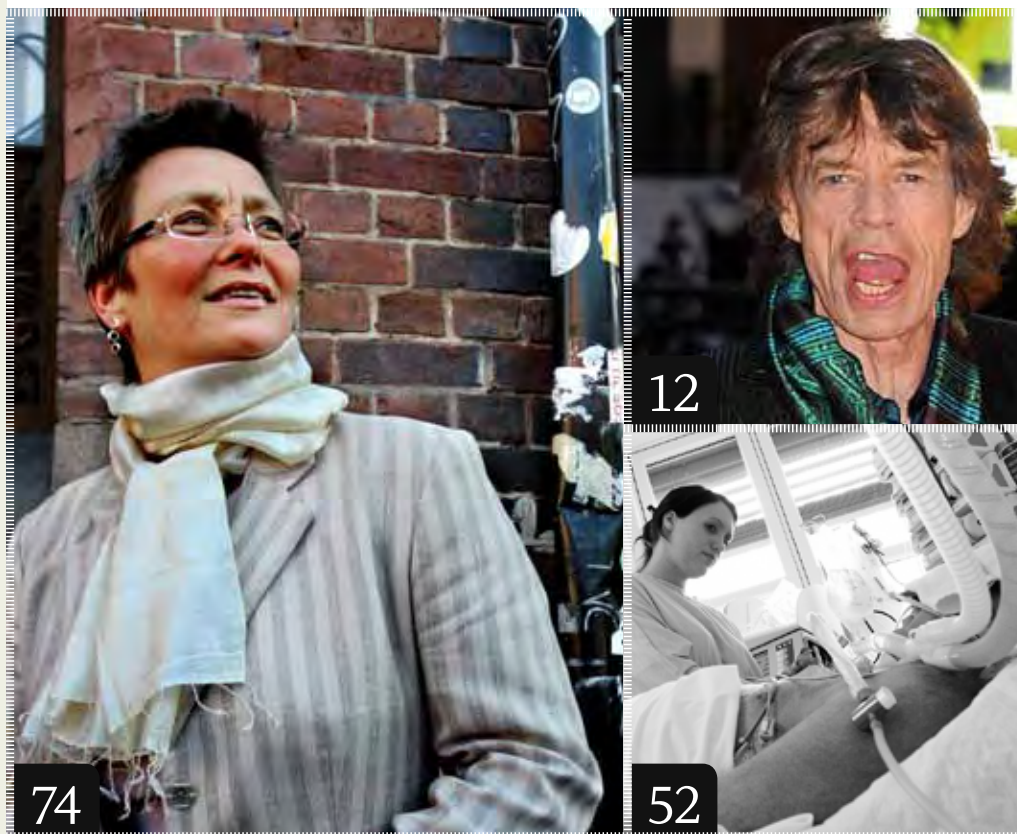
AKSJONISTEN: «Samuel Johnsons

Hva skjer

- 7 Aksjonisten
- 8 Hva skjer — småstoff
- 11 Vil vite mer om sykepleiere
- 12 Omsorgsteknologi blir løsning for 68-erne
- 16 Mer administrasjon — færre pleiere
- 18 Vi bare spør Bent Høie
- 20 Usikre på ny tvangsløv
- 22 Pillegrense bak rattet
- 24 Vant pensjonsoppgjøret
- 25 Vil hjelpe mannlige prostituerte

Der ute

- 38 Trener til arbeidslivet
- 42 Verkstedet
- 43 Min jobb
- 44 Øyeblikket
- 46 Avhengig av utenlandske hjelpere



74

52

Dokumentar: Pårørende

- 26 Dokumentar: Ti døgn på intensiven
- 32 – Vi ble godt ivaretatt
- 34 Trodde de skulle klare det
- 35 Gir ikke falsk håp
- 36 – Vil være nær

26



tid handlet om kriger der menn sloss mot menn. I dag handler det mest om salg.»

16 · 2009
5. november 2009 · 97. årgang

Fag og bøker

- 52 Ulike metoder for respiratoravvenning
- 56 Åpner seg lettere for flerkulturelle sykepleier
- 58 Forfatterintervju: Ann Heberlein
- 60 Det metodiske hjørnet
- 61 Bokanmeldelser
- 62 Rektal temp er best
- 62 Quiz

Mennesker og meninger

- 64 Lisbeth Normann: Hvorfor ikke «sykepleie»?
- 65 Siden sist og meninger
- 67 Minneord
- 68 Sølvi Røsvik Vågen om meldekultur
- 70 Mette Dønåsen og Øyvind Nordbø om organisering av sykehus
- 72 Dilemma
- 74 Tett på Beate Gangås
- 78 Hør her: Tor-Arne Solbakken vs. Lisbeth Normann
- 80 Refleks: Camilla Crone Leinebø

- 81 Stillingsannonser
- 88 Meldinger, skoler og kurs

GJESTESKRIBENTEN

«Jeg er fanget i øyeblikkets tyranni.»

Camilla Crone Leinebø

80

«Vi var slett ikke forberedt på eldrebølgen.»

Andrea Ranieri, byrådssekretær i Genova, Italia



46

56



DEN BESTE STARTEN

Alkohol kan påvirke barnets utvikling under hele svangerskapet. Det finnes ingen sikker nedre grense der vi vet at alkohol ikke påvirker barnet. For å gi barnet ditt den beste starten, anbefaler vi at du ikke drikker noe alkohol når du er gravid. Vi anbefaler også at du tenker over dine alkoholvaner når du prøver å bli gravid.

ALKOHOLFRI
SVANGERSKAP



Helsedirektoratet

www.helsedirektoratet.no/gravid

Barth Tholens om pr-bransjen

Stilling: Redaktør i Sykepleien

E-post: barth.tholens@sykepleien.no

Ikke kjøpt,
men betalt

Nei. Denne månedens spalte er ikke betalt, sponset eller påvirket av noen. Jeg kom faktisk på ideen selv.

La meg gjøre det helt klart: Tidligere helseminister Bjarne Håkon Hanssen har ingen finger med i spillet når jeg nå skriver dette. Han har ikke ringt meg ennå. Hvis noen kunne være fristet til å betale saftige honorarer for at Hanssen skal få meg til å skrive noe fordelaktig om for eksempel private helseklinikker eller Kreftforeningen, så vil pengene være bortkastet.

Jeg vil heller ikke heise flagget for Tamiflu, som har slik en fin effekt når vi får svineinfluensa (takk for en gratis pakning til meg og min familie). Eller for MBT Masai-sko som Nav ikke lenger vil gi støtte til. Det må det reageres på, skriver forhandleren Vinkoe AS i sin hjertelige e-post. Men det gjør jeg ikke.

Det var også hyggelig med en raus invitasjon fra Nycomed. Som kjent er det nå tidligere AP-statsråd Karita Bekkemellem som troner på toppen av Legemiddelindustriforeningen. De har satsset mye på «samfunnskontakt», virker det som. I hvert fall ble jeg plutselig bombardert med informasjon fra Nycomeds informasjonsansvarlige.

Om Norges økonomi skulle gå rett til bunns, ville pr-bransjen trolig stige på Børsen.

Hun føret meg med omfattende bakgrunnsmateriale om fordelene ved Marevan (warfarin) som skal forhindre hjerneslag og hjerteinfarkt. En rekke travelt opptatte professorer hadde plutselig satt av tid til å la seg intervju, og arrangementet innbefattet en god lunsj på Thon Hotel Opera. Men nei. Ellers takk.

Takk også for tilbudene fra Damm forlag om å flette Märta Louises nye englebok inn i en interessant bisetning. Jeg er klar over at noen av mine lesere kunne tenke seg å være mottakelige for et lite drypp med New Age-medisin. Våre kritiske kolleger i dagspressen har valgt å gi den kommersielle prinsessen drahjelp gjennom artikler som har trengt seg godt inn i auraen. Jo, det var fristende med en kongelig skytsengel i Sykepleien. Men englene må seile sin sjø uten vår hjelp.

UAVHENGIG? Det er mange som får betalt for å påvirke oss i en eller annen retning.



Nei. Beklager også til Senter for Seniorpolitikk, Opplysningsrådet for frukt og grønt og Modum Bad. Dere skrev veldig hyggelige, insisterende brev. Men jeg gidder ikke nevne deres hertesaker her.

Den britiske poeten Samuel Johnson konstaterte i sin tid at det første offeret i krigen er selve sannheten. Han pekte på farene ved at aktørene brukte informasjon bevisst for å påvirke utfallet av sine kriger. Men Johnson levde for 300 år siden. Kunnskap om opinionspåvirkning er i dag allemannseie. Og sannheten er pr-bransjens største offer. Den manipuleres og tukles med av Rema 1000 når de skal få oss til å kjøpe slappe lammekoteletter. Men også av Helsedirektoratet som skal få hele befolkningen til å vaksinere seg (100 kroner, takk). Alt handler om å påvirke folks meninger. Om Norges økonomi en dag skulle gå rett til bunns, ville kommunikasjonsbransjen trolig være den eneste i landet som steg til værns på Børsen.

Samuel Johnsons tid handlet om kriger der menn sloss mot menn. I dag handler det mest om salg. Selv den trøtteste gjest på fredagens tv-rute ser ut til å ha noe som skal selges. Det er som å bli invitert til konfirmasjonsfesten til en fetter du aldri har sett før. Til syvende og sist handler det hele bare om din betalingssevne.

Nå kan leserne av denne spalten innvende at jeg tross alt blir betalt av Sykepleierforbundet for å spre mine meninger på side 7. Det er helt riktig. Hvor mye jeg får betalt, kan du finne på skattelistene på nettet. Min arbeidsgiver er selv en betydelig samfunnsaktør. I fjor ansatte de en tidligere AP-statssekretær i Helsedepartementet for å få økt gjennomslag for NSF's politiske hertesaker. Det ser ut til å virke.

«If you want to dance, you need to pay the fiddler», sier man i England. Vil du være med i spillet om den politiske dagsorden, må du akseptere spillereglene. På en Facebook-gruppe under navnet Opplysningskontoret ble den tidligere så elskede helseministerens sorti til pr-bransjen kommentert slik: «Obduksjonen av Bjarne Håkon Hanssens nylig avdøde integritet avslører at den består av 99 prosent pølsevev».

Man kan le av det, men i bunn og grunn er det temmelig trist. Særlig fordi vi aldri kan vite sikkert. Men som sagt: Jeg har ikke snakket med ham.

Positive sykepleiere

Hver tredje sykepleier mener helseminister Anne-Grete Strøm-Erichsen vil ha positiv innvirkning på helsevesenet. De mannlige sykepleiere er litt mer kritiske enn de kvinnelige. Det kommer frem i spørreundersøkelse NSF har gjort.

Undersøkelsen viser på tross av dette, at sykepleiere flest ikke tror ministerskiftet får særlig betydning.



Foto: Stortingssaker/Scanpix

Hva skjer

Stor tillit til fagbevegelsen

Foto: Unio



En undersøkelse utført av YouGov for nyhetsbrevet Mandag Morgen, viser at nordmenn er svært godt fornøyd med fagforeningene. 7 av 10 mener fagbevegelsen er helt avgjørende for å sikre arbeidstakernes rettigheter. – Dette er en tillitserklæring til fagbevegelsens arbeid, sier Unio-leder Anders Folkestad (bilde).

Undersøkelsen er gjennomført i siste halvdel av september 2009, og er gjort blant et representa-

tivt utvalg på 1 000 personer. Undersøkelsen viser at mange mener at fagforeningene bør konsentrere seg om tradisjonelle oppgaver som lønn og faglig utvikling.

Nattevakter gir brystkreft

Sykepleiere som går nattevakt over flere år har 10 prosent høyere risiko for å få brystkreft enn de som går dagvakt, viser en dansk undersøkelse.

60 danske sykepleiere har nå fått erstatning fra staten for yrkesskade, og det danske sykepleierforbundet krever nå en begrensning i antall nattevakter.

Foto: Bo Mathisen



Les mer om:

- 11 Studerer sykepleiere ›
- 12 Eldrebølgen av 68-ere vil få teknisk omsorg ›
- 16 Mer administrasjon, færre pleiere ›
- 20 Usikre på ny tvangslov ›
- 22 Pillegrenser bak rattet ›
- 24 Vant pensjonsoppgjøret ›
- 25 Vil hjelpe mannlige prostituerte ›

sykepleien.no

› Alle skal vaksineres mot svineinfluensaen. Mange er syke. Følg med på hva som skjer på sykepleien.no



Kontaktsykepleiere trues



Illustrasjonsfoto: Erik M. Sundt

TRENGER KONTAKT: St. Olavs Hospital vil fjerne kontaktsykepleierne.

Pårørende til hjertesyke barn frykter konsekvensene dersom St. Olavs Hospital fjerner kontaktsykepleierne.

– Disse sykepleiere har en sentral rolle i forhold til både familier og hjelpeapparatet i kommunene, sier fagsjef i foreningen for hjertesyke barn Marte Jystad til NRK.

I dag har sykehuset fem kontaktsykepleiere som følger opp barn med diabetes, epilepsi, hjertesykdom, premature eller reumatiske.

Foto: Studiornet



Psykiatrisk plystrekonge

Tormod Borgen Rogne er nykronet verdensmester i plystring, og psykiatrisk sykepleier. Han holder konserter over hele verden.

– Drømmen er å leve av dette, men foreløpig må jeg jobbe deltid som psykiatrisk sykepleier, sier han til Sandefjords Blad.

Han holdt nylig konsert hos Vesterøy Sanitetsforening og damene lot seg ifølge avisen, sjarmere.



Foto: Magne Braaten, Statens helsestasjon

– Tusen, tusen takk

Det sa journalist, sykepleier og forsker Anne Hafstad da Steinar Westin overrakte henne Karl Evangs pris for 2009. Hafstad fikk prisen for måten hun har dekket helsestoff i Aftenposten siden 1998.

Hafstad har en allsidig bakgrunn: Forsker ved Kreftregisteret, doktorgrad om ungdom og røyking, forsker ved Statens institutt for folkehelse og hun har arbeidet som sykepleier ved onkologisk avdeling ved Ullevål sykehus.

Hafstad sa hun så prisen som en anerkjennelse av jobben hun gjør og ga en stor takk til juryen.

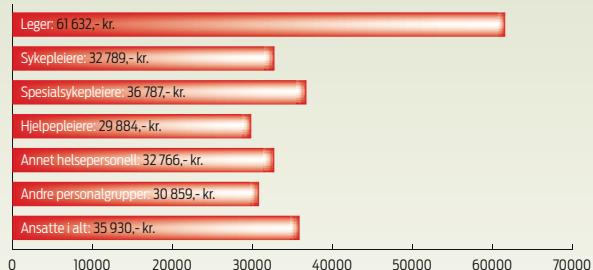


Tegning: Sven Tveit

...FARLIGST FOR HVEM...?

Lønn i helseforetakene

Månedslønn for personellgrupper ved helseforetakene i 2008:



Kilde: Spekter

Sykepleier og millionær

En 53 år gammel sykepleier fra Smøla vant over 15 millioner i lotto 17. oktober. Sykepleieren vil ikke gå ut offentlig med navn selv om alle i det lille lokalsamfunnet vet hvem hun er.

Sykepleieren sier til VG at hun ikke har planer om de store utskielene og at hun har tenkt å fortsette å jobbe som sykepleier.

Sykepleieren var alene om gevinsten. Her er tallene som gjorde sykepleieren til millionær ifølge Norsk Tipping:



Bruk av tvang

Det er store forskjeller på omfanget av bruk av tvang i psykisk helsevern.

Institusjon	Tvungen innleggelse	Tvungen observasjon
Innlandet	3	8
St. Olav	36	14
Molde	37	57
Levanger	11	2
Helse Førde	4	5
Jæren	10	4
Østfold	4	24

Kilde: www.frittpsykehusvalg.no

Meninger fra www.sykepleien.no

Delvis ståkarakter for statsbudsjettet



” Nå begynner jeg å bli riktig lei av ditt prat om likestilling, Normann.

(mannlig sykepleier)

» Hele innlegget finner du på: www.sykepleien.no_debatt

– Har gått en kule varmt

” Ja, tusen takk til Jens og Kristin og Liv Signe. Nå fikk vi bekreftelsen på at likelønn til kvinnedominerte yrker ikke blir prioritert

(Mari)

» Hele innlegget finner du på: www.sykepleien.no_debatt

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

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

Allikevel fikk de tilbakemeldinger som:

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

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

Basiskompetansen manglet

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

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

Sykehuset valgte eBorger

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

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

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

Viktig at prosjektet var konkret, målrettet og tidsavgrenset med tester

Sykehuset Asker og Bærum HF bestemte at de ansatte skulle bli eBorgere uten kostnader for den enkelte. Men det ble stilt krav til at den enkelte måtte bidra med egeninnsats og gjennomføre to tester. Lederne forpliktet seg til å tilrettelegge for kompetansehevingen.

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

eBorger resulterte i mer enn bare kompetanseheving

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

Vil du vite mer om eBorger eller prøve en demotest; se www.eBorger.no

 eBorger

Et produkt fra



Vil vite mer om sykepleiere

I disse dager mottar over 10 000 sykepleiere ved kirurgiske og medisinske sengeposter et spørreskjema. Svarene skal gi forskere svar på internasjonale og nasjonale spørsmål om personell og pasientsikkerhet.

Tekst **Kari Anne Dolonen** Foto **Stig M. Weston**

Bak den norske delen av undersøkelsen står NSF og Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Kunnskapssenteret). Den er også en del av et forskningsprosjekt med 11 EU-land, samt Botswana, Kina og Sør-Afrika. Sykepleiere fra alle landene svarer på de samme spørsmålene.

Internasjonalt er målet blant annet å finne ut hvordan man best mulig kan forvalte de sykepleieressursene som finnes.

– Vi vet at behovet for sykepleiere vil øke. Det er ikke realistisk at dagens ungdom ønsker å jobbe i helsesektoren i den målestokken som behovene tilsier. Derfor er det viktig at de ressursene som finnes forvaltes på best mulig måte, sier prosjektleder og forsker ved Kunnskapssenteret, Ingeborg Strømseng Sjetne.

Forskere håper gjennom svarene å få bedre innsikt i hvordan sykepleierstanden flytter seg over landegrensene.

Hvert eneste svar er viktig

Sjetne forsikrer at svarene behandles konfidensielt. Ingen funn vil bli offentliggjort på en slik måte at de kan spores tilbake til avsender.

– Det er viktig at flest mulig svarer for å få et best mulig datamateriale som kan danne en god grunnmur for videre forskning. Vi håper at sykepleierne ser hvor viktig det er å ta seg tid til å svare på spørsmålene. Noen av spørsmålene kan nok virke litt rare for norske sykepleiere, men slik blir det når sykepleiere fra mange land skal svare på de samme spørsmålene. Like spørsmål er imidlertid viktig for at funnene skal kunne sammenlignes over landegrensene, sier hun.

Forberede fremtiden

Kunnskapssenteret behandler og oppbevarer dataene. Data som skal brukes i den internasjonale delen sender de til RN4CAST, navnet på det internasjonale forskningsprosjektet.

– Vi vil i tillegg bruke dataene til nasjonale forskningsprosjekter dersom det er mulig. Funnene kan muligens gi samfunnet bedre innsikt i hvordan sykepleierne opplever situasjonen i helsevesenet. Undersøkelsen gir et bilde av nåsituasjonen og gir et utgangspunkt for å over-

våke endringer i årene som kommer, sier Sjetne.

Resultater

– Resultater fra undersøkelsen vil komme etter hvert som de er klare. Til våren er det mulig vi kan gå ut med generelle tall. Informasjon som eventuelt brukes i andre forskningsprosjekter, vil bli offentliggjort gjennom vitenskapelige artikler, sier hun.

Hun håper at noe kan publiseres i Sykepleien Forskning.

– Forskningsresultater betyr ikke at hverdagen til sykepleiere og forholdene til pasienter blir bedre over natten. Det gir oss imidlertid et bedre utgangspunkt for å uttale oss om helsevesenet og å planlegge bedre for fremtiden, sier hun.

Størst i Europa

Undersøkelsen er den største sykepleierundersøkelsen som er gjort i Europa. Den inkluderer rundt 350 sykehus, mange tusen sykepleiere og

«Like spørsmål er viktig for at funnene skal kunne sammenlignes over landegrensene»

– Det er viktig at de som deltar i undersøkelsen får noe tilbake i form av ny kunnskap og resultater, sier hun.

Sjetne mener man likevel må ha realistiske forventninger.

pasienter fra tolv land, inkludert Norge.

Ifølge RN4CAST skal de internasjonale resultatene presenteres i desember 2011. Vil du vite mer om den internasjonale undersøkelsen gå inn på hjemmesiden: www.rn4cast.eu. ■■■



Fakta om gjennomføring

- › Tillitsvalgte i NSF distribuerer skjemaene til alle ansatte sykepleiere i over 20 prosent stilling.
- › Utfylte skjema leveres i lukket konvolutt til avtalt sted på arbeidsplassen.
- › Tillitsvalgte noterer antall ut- og innleverte konvolutter og sender dem uåpnet og samlet til Kunnskapssenteret.
- › Spørsmål kan enten sendes til prosjektkoordinator i NSF, Inger Margrethe Holter. E-mail inger.margrethe.holter@sykepleierforbundet.no, eller til prosjektleder ved Kunnskapssenteret, Ingeborg Strømseng Sjetne. E-mail: ingeborg.sjetne@kunnskapssenteret.no

Mer informasjon finner du på www.kunnskapssenteret.no

SENDER UT 10 000 SKJEMAER: Dataene fra forskningsprosjektet kan brukes internasjonalt og til nasjonale undersøkelser. Ingeborg Strømseng Sjetne er prosjektleder og forsker ved Kunnskapssenteret.

Omsorgsteknologi blir løsning for 68'erne

Rolling Stones-generasjonen blir snart hjemmetjenestens nye pasienter. De er mange. De er kravstore. Og de kan teknologi. Hvor er statens satsning på omsorgsteknologi for kommunene?

Tekst Eivor Hofstad Foto Scanpix og Eivor Hofstad

Eldrebolgen vil ikke bli noe vanlig vestland-suvær. Snarere en tropisk tsunami som vedvarer i årevis. En slags permanent heving av vannstanden: I 2035 blir det dobbelt så mange over 80 år som i dag. Innen 2060 kan vi med dagens omsorgspraksis få behov for mer enn tredobbelt så mange stillinger i omsorgssektoren.

Samtidig vil det være færre å rekruttere omsorgsarbeidere fra. I dag har vi fem arbeidstakere per pensjonist, mens i 2050 vil det bare være tre. Ikke kan vi med moralen i behold importere om-

alskens elektroniske duppeditter. Mange vil ha høy utdanning, god økonomi og de vil ikke ha fnugg av autoritetsangst. De vil, med andre ord være kravstore.

– Det er svært viktig at sykepleiere nå tar en ledende rolle i innføring av omsorgsteknologi som en del av kommunal pleie og omsorgstjeneste. Jeg håper Norsk Sykepleierforbund kommer på banen før teknologene og økonomene tar denne ballen. Dessuten må teknologiforståelse inn i sykepleierutdanningene, sier Åse Kari Haugeto, prosjektle-

der for å innføre omsorgsteknologi i kommunene.

Sykepleieren spurte helseminister Bjarne Håkon Hanssen (før hans avgang) om han akttet å følge rådet, og fikk svar på e-post, som vel må tolkes som et nei:

– Vi er positive til bruk av ny teknologi i de kommunale helsetjenestene såfremt dette bidrar til egenmestring, selvstendighet og uavhengighet for pasienten. Det er imidlertid kommunene som driver de kommunale helse- og omsorgstjenestene, og som må avgjøre bruken av ny teknologi. Dersom dette medfører gevinst i form av bedre effektivitet, bør bruk av ny teknologi i seg selv være et incitament for kommunene til å vurdere dette nærmere.

Haugeto tolker ministerens holdning som ansvarsfraskrivelse fra myndighetenes side.

– Vi vet av erfaring at å innføre ny teknologi i helse- og omsorgssektoren er et for stort løft både økonomisk og organisatorisk til at alle landets 430 kommuner skal sitte på hver sin tue og tenke ut lure ting. Lite kommer til å skje hvis det ikke blir tilrettelagt med krav og støtteordninger fra staten, sier Haugeto.

– Mangler nasjonal politikk

Åse Kari Haugeto legger til at det dessuten trengs gode overordnede føringer og kompetanseheving i alle ledd for å sikre at nye tekniske løsninger oppleves gode og trygge, at de ikke kommer i konflikt med personvernet, eller på bekostning av den enkeltes sikkerhet.

– Mens Danmark, England og Skottland satses offensivt på bruk av omsorgsteknologi, finnes det knapt en nasjonal politikk på dette i Norge, sier hun og får støtte fra hele Teknologirådet.

– *Kommentar til den påstanden, helseminister?*

– Det området vi her snakker om er som sagt i hovedsak kommunalpolitikk, men hjelpemiddeleentralene er nå de viktigste instansene for utvikling innen ny teknologi på området kommunikasjon, behandling, opptrening og hjelpemidler i omsorgsboliger. Det er satt ned et utvalg,

«Jeg kan tenke meg både GPS, fallsensor og automatisk låsing av dører og vinduer.»

Åse Kari Haugeto

sorgsarbeidere fra utlandet heller. Helsedirektør Bjørn Inge Larsen karakteriserer det som omvendt bistand dersom rike land skal importere dem fra fattige land. Så hva gjør vi, foruten å øke lønna?

– Sykepleiere er nøkkelgruppe

Teknologirådet anbefaler en mer omfattende bruk av omsorgsteknologi i de kommunale omsorgstjenestene. Ikke teknologi i stedet for mennesker, men i stedet for ingenting. Menneskene i eldrebolgen vil være helt andre typer enn dagens gamle. De vil være vant til å bruke

der i Teknologirådet.

Hun ser sykepleierne som en nøkkelgruppe av flere grunner:

– De er en godt utdannet, praktisk orientert og omstillingsklar gruppe. De er ute og ser hvordan ting fungerer og vet hvilke behov brukerne har. I praksis vil det også være sykepleiere som vil bruke mye av dette.

Krever 1,1 milliarder

Omsorgsteknologi er IKT-baserte løsninger til bruk i omsorgstjenestene. Det handler om kroppssensorer til å overvåke helsetilstanden til kronikere, smarthusteknologi i omsorgsboliger, sporingsteknologi som GPS for demente, automatiserte maskiner og administrativ teknologi. Det finnes løsninger, men de er nesten ikke tatt i bruk. Smarthusteknologi har for eksempel vært tilgjengelig i 15 år, men er kun i bruk i rundt 20 av landets 430 kommuner. Derfor har Teknologirådet utfordret helseministeren og anbefalt staten å satse 1,1 milliard kroner innen seks år



GPS ER LOV: Åse Kari Haugeto i Teknologirådet har opplevd at kommuner har fått nei fra fylket når de har undersøkt om de kan bruke GPS på noen av sine pasienter. Det er feil. GPS er lov hvis pasienten eller dens hjelpeverger har samtykket.



DE NYE ELDRE: Disse 66-åringene er snart modne for både fallsensorer og sporingsteknologi. Og robotkosedyr kan sikkert bestilles med gruppie-fasong som huler med på refrengnet til «I can't get no satisfaction».

hjelpemiddelutvalget, som skal gjennomgå hjelpemiddelområdet og forvaltning, organisering og finansiering, svarer Hanssen.

Han legger til at det også er satt ned et offentlig utvalg (innovasjonsutvalget) under ledelse av Kåre Hagen. Det skal se på nye innovative løsninger for å møte framtid utfordringen, med vekt på ny teknologi, arkitektur og nye boformer, brukerinnflytelse og egenmestring samt forskning og utvikling.

– Innovasjonsutvalget skal også se på de etiske sidene og hvilke konsekvenser innføring av ny teknologi på området vil ha angående personvern, spesielt i forhold til teknologi for varsling og overvåking, skriver Hanssen i e-posten.

Etikk og teknikk

Storingspolitiker og tidligere leder av Norsk Sy-

kepleierforbund, Laila Dávøy (Krf), har tidligere uttrykt bekymring for overvåking og tap av menneskelig kontakt.

– Etikk må komme før teknikk, hevder hun.

– Etikken må komme MED teknikken, ikke før, sier Haugeto og fortsetter:

– Det må være et samspill. Vi må se på totalen: Er det bra om denne personen får en sensor som varsler hvis vedkommende faller eller ikke? Man påtar seg også et betydelig ansvar hvis man låser et menneske inne fordi man nekter å utstyre vedkommende med GPS, for eksempel.

Teknologirådet har anbefalt at Norge får et nasjonalt kompetansesenter for omsorgsteknologi. Også her er det rungende taushet fra Helse- og omsorgsdepartementet.

– Det er viktig at vi har et sted hvor vi samler opp erfaringen med de ulike prosjektene. Kommunene har heller ingen å spørre om informasjon rundt omsorgsteknologi. I dag ringer de meg, i mangel av noe bedre, og spør om de merkeligste ting, sier Haugeto.

– *Hvordan vil du selv ha det når du blir gammel?*

– Jeg kommer til å gi mitt samtykke til at det skal kunne brukes omsorgsteknologi. Jeg kan tenke meg både GPS, fallsensor og automatisk låsing av dører og vinduer...

– *Robot-selunge for underholdning og stimulans også?*

– Ja, selen har jeg minst problemer med å akseptere. De bruker den i København, og de demente elsker den. Det eneste jeg ikke vil ha, er videoovervåking. ■■■

Omsorgsteknologi:

» **KROPPSENSORER ELLER BIOSENSORER** kan overvåke pasientens helsetilstand og øke kronikerens mulighet for hjemmebasert behandling, medisinerings eller automatisk tilkalling av akutt hjelp.

» **SMARTHUSTEKNOLOGI** er teknologier installert i boliger og kan styre lys, varme, dører og vinduer og varsle fall, brann eller vannlekkasjer.

» **SPORINGSTEKNOLOGI** er utstyr som viser geografisk posisjon. Kan festes på kroppen eller rullator til personer med svekket orienteringsevne.

» **AUTOMATISERTE MASKINER** eller roboter kan løse praktiske oppgaver i hjemmet, som rengjøring, personlig service og hygiene, funksjonsstøtte og rehabiliteringshjelp. I tillegg finnes sosiale roboter for underholdning og stimuli.

» **ADMINISTRATIV TEKNOLOGI** er datasystemer som brukes til tids- og funksjonsplanlegging, forenkle samhandling mellom ulike aktører, tilgjengeliggjøre og sammenstille informasjon.

Kilde: Teknologirådet

A TARGINIQ mundipharma

Analgetikum ved sterke smerter.

ATC-nr.: N02AA55

DEPOTTABLETTER 5 mg/2,5 mg, 10 mg/5 mg, 20 mg/10 mg og 40 mg/20 mg: Hver tablett inneh.: Oksykodonhydroklorid tilsv. oksykodon 4,5 mg, resp. 9 mg, 18 mg og 36 mg, naloksonhydrokloriddihydrat tilsv. nalokson 2,25 mg, resp. 4,5 mg, 9 mg og 18 mg, laktosemonohydrat 71,8 mg, resp. 64,3 mg, 54,5 mg og 109 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: 5 mg/2,5 mg: Brijlantbl tt FCF [E 133], titandioksid [E 171]. 10 mg/5 mg: Titandioksid [E 171]. 20 mg/10 mg og 40 mg/20 mg: Jernoksid [E 172], titandioksid [E 171].

Indikasjoner: Sterke smerter som kun kan behandles tilfredsstillende med opioide analgetika. Opioidantagonisten nalokson er tilsatt for å forhindre opioidindusert obstipasjon ved å blokkere oksykodons virkning på opioidreseptorer lokalt i tarmen.

Dosering: Tilpasses smerteintensitet og pasientens fysiske omhet. Voksne: Den analgetiske effekten er ekvivalent med depotformuleringer av oksykodon. Vanlig startdose ved første gangs bruk av opioider er 10 mg/5 mg hver 12. time. Pasienter som allerede får opioider kan starte med en høyere dose, avhengig av tidligere erfaring med opioider. 5 mg/2,5 mg er tiltenkt dosetitrering ved oppstart av opioidbehandling og individuell dosejustering. Maks. døgndose er 80 mg/40 mg oksykodonhydroklorid/naloksonhydroklorid. Ved behov for høyere doser bør det i tillegg gis oksykodondepot til samme tidspunkter. Maks. døgndose er 400 mg oksykodondepot. Naloksons gunstige effekt på tarmfunksjonen kan da reduseres. Preparatet er ikke tiltenkt behandling av gjennombruddssmerter. Behov for analgetika med umiddelbar frisetting som akuttmedisin mot gjennombruddssmerter, kan derfor oppstå. En enkelt dose akuttmedisin bør tilsvare en sjettedel av den ekvivalente døgndosen av oksykodonhydroklorid. Behov for daglig smertebehandling krever grundig og regelmessig revurdering. Når pasienten ikke lenger har behov for opioidbehandling anbefales det at dosen nedtrappes gradvis. **Tablettene skal svelges hele og ikke deles, tygges eller knuses**, da dette medfører raske frisetting av virkestoffene og absorpsjon av en potensielt dødelig oksykodondose. Etter seponering, med påfølgende bytte til et annet opioid, kan forverring av tarmfunksjon forventes.

Kontraindikasjoner: Overflødig omhet for innholdsstoffene, enhver situasjon hvor opioider er kontraindisert, alvorlig respirasjonsdepresjon med hypoksi og/eller hyperkapni, alvorlig kronisk obstruktiv lungesykdom, cor pulmonale, akutt alvorlig bronkialastma, ikke-opioidindusert paralytisk ileus, moderat til alvorlig nedsatt leverfunksjon.

Δ Forsiktighetsregler: Ikke egnet til behandling av abstinenssymptomer. Ved parenteralt, intranasalt eller oralt misbruk hos individer som er avhengige av opioidagonister, som heroin, morfin eller metadon, forventes uttalte abstinenssymptomer, pga. av naloksons opioidreseptorantagonistegenskaper. Ethvert misbruk hos stoffmisbrukere frarødes på det sterkeste. Anbefales ikke til barn <18 år pga. manglende sikkerhets- og effektdata. Det foreligger ingen klinisk erfaring hos pasienter med kreft relatert til peritoneal karsinomatose eller med subokklusivt syndrom ved fremskredne stadier av gastrointestinal kreft og bekkenkreft. Bruk i denne pasientgruppen er derfor ikke anbefalt. Største risiko ved opioider er respirasjonsdepresjon. Det bør utvises forsiktighet hos eldre eller svake pasienter, ved opioidindusert paralytisk ileus, alvorlig nedsatt lungefunksjon, mykdem, hypotyreose, Addison's sykdom (binyrebarkinsuffisiens), toksisk psykose, gallestein, prostatahypertrofi, alkoholisme, delirium tremens, pankreatitt, hypotensjon, hypertensjon, underliggende hjerte- eller karsykdom, hodeskader (pga. fare for kranialtrykk), epileptisk sykdom/disposisjon for kramper, ved bruk av MAO-hemmere og ved lett nedsatt lever- eller nyrefunksjon. Grundig medisinsk overvåking er spesielt nødvendig ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon. Diar kan anses som en mulig bivirkning av nalokson. Etter langtidsbehandling med høye opioiddoser kan overgang til Targiniq innledningsvis utløse abstinenssymptomer som kan kreve spesifikk oppfølging. Ved langtidsbruk kan det utvikles toleranse som krever høyere doser for å opprettholde ønsket analgetisk effekt. Kronisk bruk kan medføre fysisk avhengighet. Det er fare for utvikling av psykologisk avhengighet overfor opioidanalgetika. Bør brukes med spesiell forsiktighet hos pasienter med alkohol- og legemiddelmisbruk i anamnesen. Oksykodon har en misbruksprofil tilsvarende andre sterke opioidagonister. Abstinenssymptomer kan oppstå ved seponering. Anbefales ikke til preoperativ bruk eller de første 12-24 timer postoperativt. Avhengig av kirurgitype og -omfang, anestesiprosedyre, annen samtidig medisinering og pasientens tilstand, er ny aktivitet for oppstart av postoperativ behandling avhengig av en grundig individuell nytte-risikoverdning. Den tomme tablettmatrisen kan sees i avføring. Kan påvirke evnen til å kjøre bil eller bruke maskiner, spesielt ved behandlingsstart, etter dosering eller bytte av legemiddel og i kombinasjon med andre CNS-hemmende midler.

Interaksjoner: Substanser med CNS-hemmende effekt (f.eks. alkohol, andre opioider, sedativa, hypnotika, antidepressiver, sovemedisiner, fentiaziner, antipsykotika, antihistaminer og antiemetika) kan gi økt CNS-hemmende effekt (f.eks. respirasjonsdepresjon). Klinisk relevante endringer i INR kan forekomme ved samtidig bruk av kumarinantikoagulantia. (I: N02A opioider)

Graviditet/Amming: *Overgang i placenta:* Oksykodon og nalokson passerer placenta. Langtidsbruk av oksykodon under graviditet kan gi abstinenssymptomer hos nyfødte. Gitt under fødsel kan oksykodon utløse respirasjonshemming hos nyfødte. Skal kun brukes under graviditet hvis nytte oppveier mulig risiko for barnet. *Overgang i morsmelk:* Oksykodon går over, nalokson ukjent. Amming bør avbrytes under behandling.

Bivirkninger: *Vanlige (≥1/100 til <1/10):* Gastrointestinale: Magesmerter, diaré, munntørhet, flatulens, oppkast, kvalme. Hjerte/kar: Blodtrykksfall. Hud: Kløe, hudreaksjoner, svetting. Luftveier: Rhinor, gjespning. Muskel-skjelettsystemet: Muskelkramper, myalgia. Neurologiske: Hodepine, sedasjon, tremor. Psykiske: Angst, rastløshet. Stoffskifte/ernæring: Nedsatt/tap av appetitt. re: Vertigo. vrige: Abstinenssyndrom, kulde- og varmekøleelse, frynsninger, astenitilstander. *Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):* Hjerte/kar: Angina pectoris ved koronarsykdom i anamnesen, palpitasjoner, blodtrykksfall. Immunsystemet: Overflødig omhet. Kjønnorganer/bryst: Erektildysfunksjon. Luftveier: Dyspnø. Neurologiske: Oppmerksomhetsforstyrrelser, parestesi, taleforstyrrelser. Psykiske: Unormal tankegang, forvirring, depresjon, hallusinasjoner. øye: Synsforstyrrelser. vrige: Brystmerter, svimmelhet, sykdomsfall else, periferitid em, ulykkeskader. *Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000):* Neurologiske: Kramper (spesielt ved epileptisk sykdom eller disposisjon for kramper). Svært sjeldne (<1/10 000), ukjent: Gastrointestinale: Forstoppelse. Lever/galle: Galleveiskolikk. Neurologiske: Synkope. Bivirkninger av oksykodon alene: *Svært vanlige (≥1/10):* Gastrointestinale: Forstoppelse, oppkast, kvalme. Hud: Klebne. Neurologiske: Sedasjon (fra svimmelhet til nedsatt bevissthetsnivå), svimmelhet, hodepine. *Vanlige (≥1/100 til <1/10):* Gastrointestinale: Hikke, dyspepsi. Luftveier: Dyspnø. Neurologiske: Synkope, parestesi. Nyre/urinveier: Urinretensjon, dysuri, akutt vannlatingsbehov. Psykiske: Endret stemningsleie og personlighetsforandring (f.eks. depresjon, eufori), nedsatt aktivitet, psykomotorisk hyperaktivitet, uro, nervøsitet, svimmelhet, tankeforstyrrelser, forvirring. *Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):* Gastrointestinale: Munnsår, stomatitt. Hjerte/kar: Takykardi, vasodilatasjon. Lever/galle: Galleveiskolikk. Luftveier: Dysfoni, hoste. Neurologiske: Migræne, dysgeusi, hypertoni, ufrivillige muskelsammentrekninger, hypoestesi, koordinasjonsforstyrrelser. Psykiske: Persepsjonsforstyrrelser (f.eks. hallusinasjon, derealisasjon), nedsatt libido. re: Nedsatt hørsel. vrige: Smerter, dømmelighet. *Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000):* Gastrointestinale: Melena, tannsykdom, tannkjøttbetennelse, dysfagi. Hud: Trøst på huden. Infeksjoner: Herpes simplex. Kjønnorganer/bryst: Amenor. Psykiske: Psykologisk avhengighet. Stoffskifte/ernæring: Dehydrering, økt appetitt. vrige: Vektøkning, vekttap, trøst. *Svært sjeldne (<1/10 000), ukjent:* Gastrointestinale: Ileus. Hud: Urticaria. Immunsystemet: Anafylaktisk reaksjon. Lever/galle: Akutte leverenzymmer. Luftveier: Respirasjonsdepresjon, bronkialspasmer, undertrykket hosterefleks. øye: Miose. vrige: Legemiddeltoleranse, spasmer i glatt muskulatur.

Overdosering/Forgiftning: *Symptomer:* Oksykodon kan gi miose, respirasjonsdepresjon, svimmelhet til apati, slapphet i skjelettmuskulatur, bradykardi, hypotensjon, i alvorligere tilfeller koma, ikke-kardiogent lungeødem og sirkulasjonssvikt, ev. med et fatalt utfall. *Behandling:* Opioidantagonister (f.eks. nalokson 0,4-2 mg i.v.) med 2-3 minutters mellomrom, etter behov, ev. infusjon med 2 mg nalokson i 500 ml 0,9% natriumklorid eller 5% dekstrose (0,004 mg/ml nalokson) med en hastighet tilpasset tidligere bolusdoser og pasientens respons. Ventrikkeltemning kan vurderes. Sttetilakt (kunstig neddrett, oksygen, karkontraherende midler og infusjoner) ved behov, for å hindre sirkulatorisk sjokk. Hjertestans eller arytmi kan kreve hjertemassasje eller defibrillering. Se Giftinformasjonen anbefalinger for oksykodon N02A A05 side d.

Egenskaper: *Klassifisering:* Naturlig opiumsalkaloid kombinert med opioidreseptorantagonist. *Virkningsmekanisme:* Oksykodon og nalokson har affinitet til opioide kappa-, mu- og delta-reseptorer i hjernen, ryggmarg og perifere organer (f.eks. tarm). Opioidreseptorantagonisten oksykodon gir smertelindring ved binding til endogene opioidreseptorer i CNS. Nalokson er en ren antagonist som virker på alle typer opioidreseptorer. Grunnet uttalt førstpassgjennomgangsmetabolisme etter oral administrering er en klinisk relevant systemisk effekt av nalokson lite sannsynlig. Ved lokal kompetitiv antagonisme av den opioidreseptormedierte oksykodoneffekten i tarm reduserer nalokson opioidinduserte tarmfunksjonsforstyrrelser. *Absorpsjon:* Biotilgjengelighet 87%, nalokson <3%. *Proteinbinding:* Ca. 45%. *Fordeling:* Distribueres i hele kroppen. *Metabolisme:* I lever. *Utskillelse:* I urin og feces.

Pakninger og priser:

5 mg/2,5 mg: 28 stk. (endose) 310,80. 98 stk. (endose) 930,20.

10 mg/5 mg: 28 stk. (endose) 310,80. 98 stk. (endose) 952,00.

20 mg/10 mg: 28 stk. (endose) 562,30. 98 stk. (endose) 1824,60.

40 mg/20 mg: 28 stk. (endose) 1406,20. 98 stk. (endose) 4523,90.

Refusjon: § 3a, ref §2, refusjonskode 71 eller 90.

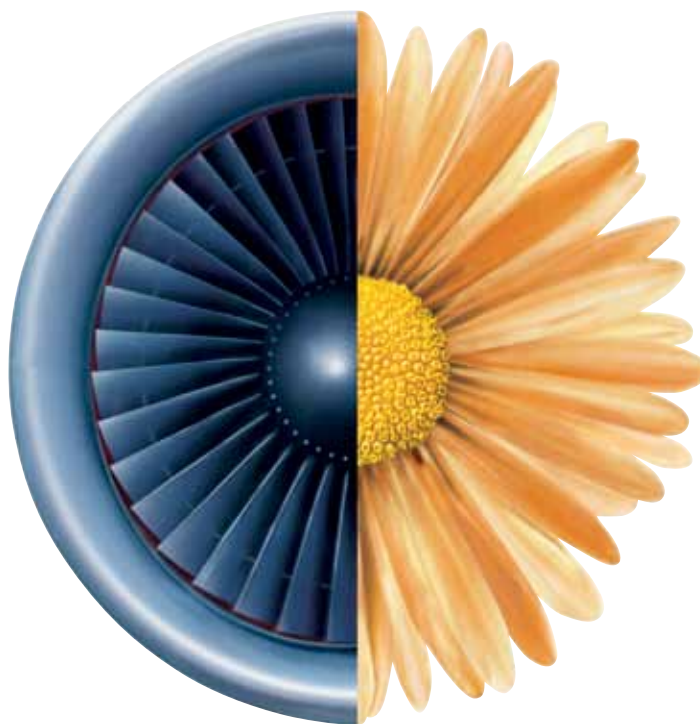
Sist endret: 06.08.2009

For fullstendig preparatomtale (SPC), se www.legemiddelverket.no/spc



NYHET!

**EFFEKTIV
MOT STERKE
SMERTER**



Bevarer
naturlig
tarmfunksjon

 **TARGINIQ[®]**
oksykodon/nalokson

TIL HVEM?

Til pasienter med sterke smerter som kun kan behandles tilfredsstillende med opioide analgetika.

HVORFOR?

Opioidantagonisten nalokson er tilsatt for å forhindre opioidindusert obstipasjon. Nalokson blokkerer oksykodons virkning på opioidreseptorer lokalt i tarmen.



www.mundipharma.no

Mer administrasjon – færre pleiere

I fjor økte andelen årsverk i administrative og tekniske stillinger i spesialisthelsetjenesten med over 5 prosent. Samtidig blir det færre sykepleiere, hjelpepleiere og annet personell i pasientrettet arbeid.

Tekst Bjørn Arild Østby

Antall årsverk i spesialisthelsetjenesten har økt med nærmere 600 i 2008. Det er i personellgruppen administrative/tekniske stillinger, psykologer og leger veksten har vært størst. Sykepleiere, hjelpepleiere og annet personell i pasientrettet arbeid opplever alle en reduksjon i antall årsverk.

Flere byråkrater

Siden sykehusreformen ble innført i 2002 har administrative/tekniske stillinger økt med totalt 1 872 årsverk, hvor 1 161 av årsverkene er kommet i 2008. Dette til tross for at et av hovedmålene ved sykehusreformen i 2002 var å bremse administrasjonsveksten.

– Mye av dette har Stortinget selv vedtatt ved å pålegge oss nye oppgaver som ikke er pasientbehandling, men krever økt administrativ aktivitet, sier foretaksdirektør Jan Erik Furunes ved Hjelplandssykehuset til Rana Blad.

Ansvar for transport, ambulans og pasientreiser er blant de nye områdene.

Tidligere statssekretær i Helse- og omsorgsdepartementet, Dagfinn Sundsbø, vedgår at antallet byråkrater ved norske sykehus har vokst kraftig, men mener utviklingen har vært nødvendig på grunn av bruk av ny og avansert teknologi, samt økte krav til dokumentasjon.

Antall årsverk for leger er siden 2002 økt med 2 056. For sykepleierne har økningen vært på 3 558 årsverk, men i 2008 opplever spesialisthelsetjenesten for første gang en nedgang i antall sykepleierårsverk. Når det gjelder hjelpepleiere har antall årsverk blitt redusert hvert eneste år siden 2002. Totalt er det blitt 1 848 færre årsverk for hjelpepleiere, hvor 504 av årsverkene forsvant i 2008.

Flere leger i somatikken

Mens administrative/tekniske stillinger vokser mest i spesialisthelsetjenesten sett under ett, er

det legene som topper veksten innen den somatiske spesialisthelsetjenesten.

Antall legeårsverk i somatikken økte med 2,7 prosent i fjor. Når det gjelder sykepleiere er antall årsverk redusert med 1,3 prosent.

Legeårsverkene utgjør 13,4 prosent av de samlede årsverkene i somatikken i 2008. Sykepleierne er den største personellgruppen med 38,6 prosent. Videre jobbet mer enn hver fjerde ansatt i fjor innen administrasjon eller service.

Årsverkene omfatter ikke overtid, innleie og kjøp av tjenester.

– Nedgangen i antall årsverk finner sted i Helse Sør-Øst og i Helse Nord med henholdsvis 1,1 og 2,5 prosent. Helse Midt-Norge har hatt en økning i antall årsverk på 2,9 prosent i 2008, mens Helse Vest har økt antall årsverk med 1,2 prosent. Det har imidlertid vært en økning i antall legeårsverk i alle regioner, ifølge forsker Heidi Jensberg ved Sintef Helsetjenesteforskning.

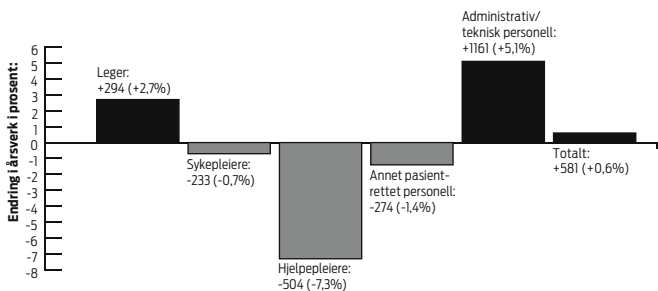


PLEIE: Antall årsverk for sykepleiere i spesialisthelsetjenesten er redusert med 233 i løpet av 2008. Foto: Erik M. Sundt.



BYRÅKRATI: Mer enn hver fjerde ansatt i spesialisthelsetjenesten jobber innen administrasjon eller service. Foto: Lars-Erik Vollebæk.

Endring i antall årsverk fra 2007 til 2008 i hele spesialisthelsetjenesten.



SPESIALISTHELSETJENESTEN består i hovedsak av sykehus og institusjoner innen somatikk, psykisk helsevern, rusomsorg, pasienttransport og ambulansetjeneste. Den omfatter statens egne foretak og private institusjoner som har driftsavtale med staten.

Bekymret arbeidsgiver

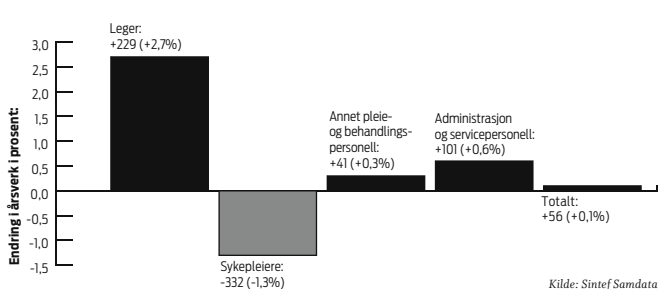
Visedirektør Anne-Kari Bratten i Spekter tror hender og hoder på sykehuse vil bli den største utfordringen framover.

– Hvis vi skal arbeide på samme måte og gi de samme tjenestene i 2025 som i dag, må 44 prosent av ungdommene velge å utdanne seg for helsesektoren. I dag gjør bare 10 prosent det. Vi blir altså for få til å bære oppgavene, påpekte Bratten under Samspillkonferansen tidligere denne måneden.

Spekter ser løsningen i at ansatte jobber mer, og at de jobber smartere.

– I løpet av 2008 ble det flere hundre færre sykepleiere og helsefagarbeidere i norske sykehus. I samme periode har vi fått mer enn 200 flere leger. Dette er ikke styrt fra ledelsen, men en villet utvikling fra lavere nivåer, sier Anne-Kari Bratten som ønsker å sette oppgavefordelingen mellom profesjonene under lupen. ■■■

Endring i antall årsverk fra 2007 til 2008 i den somatiske spesialisthelsetjenesten.



STATISTIKK: Beregningsutvalget for spesialisthelsetjenesten (BUS) ble opprettet i 2005. Utvalget skal gi en faglig tolkning av aktivitets-, kostnads- og produktivitetsutviklingen i spesialisthelsetjenesten og i de regionale helseforetakene, basert på tilgjengelig data. BUS er et rådgivende organ for Helse- og omsorgsdepartementet. Formålet med Sinterf Samdata sin Sektorrapport for somatisk spesialisthelsetjeneste er å gi et bilde av sentrale utviklingstrekk i somatikken.



Du trenger kanskje magnesiumtilskudd?

Et velldosert magnesiumpreparat kan fylle opp depoet hurtig og hjelpe til en avslapning i hele kroppen. Floradix Magnesium® er et utmerket kosttilskudd som kan tilføre ditt daglige behov av magnesium. Oppløst i fruktjuicer og urter kan det lett taes opp i kroppen. Floradix Magnesium® er velsmakende og lett å svelge!



Uten konserveringsmidler og fargestoffer!



Flordix Magnesium® kjøpes hos Life helsekost, ULTRA, Rema 1000, helsekostforretninger og enkelte apotek.



Tlf. 23 37 37 40 • Faks 23 37 37 59
post@naturimport.no • www.naturimport.no

Bent Høie

Alder: 38 år

Aktuell som: Ny leder i Stortingets helse- og omsorgskomiteé (H).

BAKGRUNN:

Bent Høie har overtatt som komitéleder etter Fremskrittspartiets Harald Nesvik. Høie har startet med å kritisere håndteringen av svineinfluensaen. Med i komiteen har han tre sykepleiere; Laila Dåvøy (KrF), Sonja Sjøli (H) og Sonja Mandt-Bartholmen (Ap).

– Mer til rus og rehab

Hvordan er det å være Stortingets helseleder?

– Kjekt og utfordrende. Har jobbet mye med helse.

Har du makt i rollen?

– Ikke så mye formelt sett. Jeg har ansvar for å lede møtene og legge til rette for at arbeidet går bra. Men det gir innflytelse å delta i den offentlige debatten om helsepolitikk.

Blir det mye krangling i komiteen, tror du?

– Nei. Mitt mål er å unngå det. Politiske diskusjoner tas i stortingssalen. Tror vi skal klare å holde en god tone og bli enige der det er grunnlag for det.

Kjedelige møter altså?

– På ingen måte. Selv om vi er enige om mye, er det jo konflikter mellom partiene.

Hvor er det mest konflikt?

– Den rød-grønne regjeringen har problemer med å tenke nytt. Det blir en konflikt mellom det tradisjonelle og å ta i bruke nye løsninger, som private tilbud.

Hvor vil du følge ekstra nøye med på regjeringen?

– Om det er vilje til å samarbeide med opposisjonen. Skal samhandlingsreformen lykkes, må vi samarbeide. Og det er uklart om regjeringen vil ta i bruk likelønnsrett. Eller kompetanserett, som Høyre kaller det.

Er du tilhenger av samhandlingsreformen?

– Av visjonen. Og problembeskrivelsen. Men ikke av stortingsmeldingen.

Hva er svakhetene?

– Noen av virkemidlene er feil. Og de økonomiske

insitamentene er ikke godt nok faglig fundert.

Hvis Høyre var i regjering, hva ville du gjort annerledes?

– Jeg ville trappet opp behandlingstilbudene for rusmiddelavhengige. Det samme med rehabilitering. Jeg ville bygget ut kommunehelsetjenesten. Og tatt en prat med fornyingsministeren og statsministeren om kompetansepoten.



Største problemet i helsevesenet i dag?

– Vi er ikke flinke nok til å behandle folk på rette nivå. Vi er flinke til å redde liv, men ikke til å få dem tilbake til det sosiale livet.

Hva brenner du mest for?

– De rusmiddelavhengige.

Hva vet du om sykepleiere?

– En god del. De er en utnyttet ressurs og burde hatt en mer sentral rolle. Det er for få karrieremuligheter i kommunehelsetjenesten.

Har du selv blitt behandlet av dem?

– Nei, jeg er stort sett frisk som en fisk.

Hva synes du om fastsykepleiere i kommunene?

– Tanken om et fast holdepunkt er viktig. Men jeg vet ikke om det bør knyttes til profesjon. Vi har allerede fastlege og individuell plan, og det kan fort bli for mye å koordinere.

Hvor viktig er rekrutteringen?

– Det er jo det viktigste, da. Folk snakker om flere sykehjemsplasser, men mange glemmer at skal vi få det til, må ungdom søke seg dit.

Er du vaksinert mot svineinfluensaen?

– Ikke nå. Er ikke prioritert. Men blir det så snart som mulig.

Ville Høyre håndtert vaksineringen bedre enn de rød-grønne?

– Jeg mener i hvert fall at den ikke er godt nok håndtert. Både informeringen og gjennomføringen har sviktet.

Vil du lytte ekstra til de tre sykepleierne i komiteen?

– Ja, de har viktig kompetanse. Komiteen er optimalt sammensatt for å behandle samhandlingsreformen.

Hvordan?

– Den har en god kombinasjon av erfaring fra helsevesenet og kommune-Norge.

Tekst Marit Fonn Foto Erik M. Sundt

Du får billigere bensin



**Spesialrabatt hos Esso for deg som er medlem
i Norsk Sykepleierforbund!**

Norsk Sykepleierforbund har inngått en rabattavtale
med Esso. Skaff deg kortet og få **40 re i rabatt**
pr. liter bensin og diesel og 20 % rabatt på bilvask!

Ingen årsavgift, og du kan velge din egen PIN-kode.



Vi kjenner livet på veien.

Usikre på ny tvangslov

Landets fylkesleger har bare mottatt vel tusen meldinger om tvangsbehandling av pasienter som motsetter seg nødvendig helsehjelp. Et altfor lavt tall, ifølge forsker Øyvind Kirkevold.

Tekst Bjørn Arild Østby Illustrasjonsfoto Colourbox

De nye bestemmelsene i pasientrettighetsloven trådte i kraft fra nyttår. De og gjør det mulig å bruke tvang mot pasienter som ikke kan ta vare på seg selv og som nekter å ta imot nødvendig helsehjelp.

Reglene gjelder all somatisk helsehjelp til personer med demens, utviklingshemming el-

ler fysiske og psykiske tilstander som svekker samtykkekompetansen. Loven omfatter både kommunehelsetjenesten, tannhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Viktig bestemmelse

Tall Sykepleien har hentet inn fra landets fyl-

kesleger varierer enormt. Mens det i Rogaland er fattet 140 vedtak om tvungen helsehjelp, var det i Oppland fattet kun 16 vedtak.

Et annet trekk er antall kommuner som rapporterer. I Nordland er det bare kommet inn vedtak fra ni av de 44 kommunene i fylket. Det uroer fylkeslege Henning Aanes:

– Jeg er bekymret når bare en håndfull av våre kommuner, som alle har sykehjem og institusjoner med demens og psykisk utviklingshemmede, har fattet vedtak om tvangsmessig helsehjelp. Spesielt når man vet hvor mange typer handlinger som omfattes av loven, og at demente og psykisk utviklingshemmede ofte motsetter seg behandling, sier fylkeslegen.

Mens to av tre kommuner ikke har innrapportert tvangsvedtak, er rapportering fra spesialisthelsetjenesten nesten helt fraværende.

«Loven kan brukes aktivt til å argumentere for bedre bemanning og økt kompetanse.»

Forsker Øyvind Kirkevold

Fylker:	Antall vedtak:	Antall kommuner:
Østfold	74	Ikke oversikt
Oslo/Akershus	200	23 av 48
Hedmark	21	9 av 22
Oppland	16	7 av 26
Buskerud	88	Ikke oversikt
Vestfold	47	7 av 14
Telemark	54	8 av 18
Aust-Agder	12	7 av 15
Vest-Agder	48	9 av 16
Rogaland	140	Ikke oversikt
Hordaland	125	Ikke oversikt
Sogn og Fjordane	23	8 av 26
Møre og Romsdal	25	8 av 38
Sør-Trøndelag	52	13 av 25
Nord-Trøndelag	40	5 av 24
Nordland	65	9 av 44
Troms	29	10 av 25
Finnmark	13	7 av 19
Totalt:	1072	

ANTALL VEDTAK etter Lov om pasientrettigheter, kapittel 4A, innrapportert til landets fylkesleger per september 2009.

kesleger viser totalt 1 072 tvangsvedtak per september 2009.

– Det var forventet at tallene ville være lave, men dette var mindre enn forventet, sier forsker Øyvind Kirkevold ved Nasjonalt kompetansesenter for demens.

Kirkevold har selv forsket på bruk av tvang i sykehjem hvor det blant annet gikk fram at 45 prosent av pasientene i skjermede enheter for demente ble utsatt for minst ett tvangstiltak i løpet av en uke.

Til tross for underrapportering hilser Kirkevold den nye bestemmelsen velkommen.

– Jeg tror den i en viss grad har ført til endring av praksis, og brukt riktig så tror jeg at loven vil føre til bedre praksis og bedre rettsikkerhet.

– Loven kan brukes aktivt til å argumentere for bedre bemanning og økt kompetanse. Det står tydelig i sakspapirene fra Stortinget at tvang ikke kan brukes fordi det er mangel på personell eller kompetanse. Men vi må følge med. Det er en fare for at loven kan brukes for å forsvare bruk av tvang der det ikke er nødvendig. Jeg har dessverre sett tendenser til at noen er opptatt av hvordan formulere vedtak slik at for eksempel en låst dør kan forbli låst, sier Kirkevold.

Store variasjoner

Antall vedtak som blir innrapportert til landets

Mange henvendelser

Nasjonalt kompetansesenter for demens får henvendelser fra helseinstitusjoner over hele landet som ber om råd og hjelp. Kunnskapen om den nye loven er for dårlig, mener Øyvind Kirkevold.

– Det er to typer henvendelser som går igjen. Det ene er hvordan man skal vurdere samtykkekompetanse. Dette er merkelig, siden pasientrettighetsloven trådte i kraft i 2001 og § 4-3 om vurdering av samtykkekompetanse har vært der hele tiden. Helsedirektoratet holder i disse dager på å lage et undervisningsopplegg om vurdering av samtykkekompetanse, sier Kirkevold.

– Det andre spørsmålet vi ofte får, er «Hva skal vi gjøre når det ikke er lov å låse dører mer?». Dette er også et merkelig spørsmål. Det har aldri vært lov å låse folk inne uten lov og dom. For at loven skal ha ønsket effekt, tror jeg det er viktig at alle som jobber med problemstillingene fokuserer på hva kan vi gjøre av tiltak uten bruk av tvang, ikke på hvordan forsvare tvang, sier forskeren ved Nasjonalt kompetansesenter for demens.

Dårlig dokumentasjon

Rundt 85 prosent av vedtakene som rappor-

Nye bestemmelser i kapittel 4 A i pasientrettighetsloven trådte i kraft 1. januar 2009:

- » Reglene gir adgang til å yte nødvendig helsehjelp til pasienter som mangler samtykkekompetanse og motsetter seg helsehjelpen.
- » Reglene gjelder all somatisk helsehjelp til personer med demens, utviklingshemning eller fysiske eller psykiske forstyrrelser som svekker samtykkekompetansen, og gjelder både i kommunehelsetjenesten, tannhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.
- » Helsepersonellet skal først forsøke å legge til rette for helsehjelpen uten å bruke tvang. Tvingen helsehjelp i form av innleggelse og tilbakeholdelse ved helseinstitusjon, bruk av varslings-systemer og bevegelsehindrende tiltak med belter og liknende, er inngripende og omtales særskilt i loven.
- » Hvem kan treffe vedtak om helsehjelp etter kapittel 4 A? Helsepersonell som er ansvarlig for helsehjelpen treffer vedtak.
- » Før det blir truffet vedtak om tvingen helsehjelp, skal det der det er mulig innhentes informasjon fra pasientens nærmeste pårørende om hva pasienten ville ha ønsket.
- » Vedtak kan påklages til helsetilsynet i fylket.
- » Helsedirektoratet har utviklet e-læringskurs, studiehefte og utarbeidet temaside om de nye lovbestemmelsene: www.shdir.no/kapittel4a



MELDER IKKE: Mange fylkesleger får urovekkende få meldinger om vedtak om tvangsmessig helsehjelp fra kommunene. Man vet at demente og psykisk utviklingshemmede ofte motsetter seg behandling. I alle kommuner må helsepersonell som jobber med disse gruppene foreta handlinger som omfattes av loven.

teres til fylkeslegene krever oppfølging i form av å etterspørre tilleggsinformasjon eller å gi veiledning i så stor grad at det kan tyde på at det er mye usikkerhet i hvordan man anvender regelverket i helsetjenesten, ifølge Statens helsetilsyn.

– Jeg har snakket med representant for Fylkeslegen i Vestfold. De erfarer at noen kommuner ikke har kommet i gang med å bruke det nye regelverket ennå. I Vestfold var det også en del vedtak Fylkeslegen mener er fattet på for dårlig grunnlag og returnert meldingene. Det vil si at kommunene må begrunne bedre, eller la være å bruke tvang. Det går på at manglende samtykkekompetanse ikke er godt nok beskrevet eller at «tillitskapende tiltak» ikke er godt nok beskrevet. For egen del tror jeg loven i mange tilfelle har ført til at en del tiltak som innbar tvang har blitt tatt vekk fordi personell har sett at vilkårene ikke er fylt. Det kan være at pasienten ikke mangler samtykkekompetanse, at tiltaket ikke forebygger vesentlig helseskade, at pasienten ikke motsetter seg tiltaket eller at de kan gjennomføre tiltaket uten bruk av tvang, ifølge Kirkevold.

Den samme erfaringen har Fylkeslegen i Telemark.

– Helsepersonell har ikke god nok kompetanse på det nye regelverket. Av de vedtakene vi får inn, ser vi at det er behov for mer kunnskap om bruk av tvang i helsetjenestene, sier rådgiver Helle Devik Haugseter.

Hverdagstvang

Eksempler på hverdagstvang kan være bruk av sengehest for å hindre at pasienter går ut av sengen. Også stenging av utgangsdører eller utearealer for å hindre at pasienten vandrer på egen hånd, er et eksempel på dette.

– Jeg har ingen erfaring med hvordan denne loven håndteres i en hektisk hverdag, men mener at de kravene loven setter til faglig standard og refleksjon over hva vi gjør, er viktige for kvaliteten på tjenestene. Klarer vi ikke det, så har vi store problemer med å forsvare kvaliteten på de tjenestene vi yter, mener forskeren.

– Hvor stor belastning saksbehandlingen medfører er en annen sak. Jeg mener det etter hvert vil utvikles så gode rutiner for saksbehandling at det ikke skal stjele for mye res-

surser. Fokus må være hvordan gjennomføre tjenester uten bruk av tvang, ikke på hvordan saksbehandle tvang. Det er også loven intensjon. Første setning i loven lyder: «Formålet med reglene i dette kapitlet er å yte nødvendig helsehjelp for å hindre vesentlig helseskade samt å forebygge og begrense bruk av tvang», sier Øyvind Kirkevold.

Helse- og omsorgsdepartementet anslår at det i dag er om lag 6 000 pasienter som er omfattet av loven om tvangsvedtak, de fleste av dem bor på sykehjem. ■■■



UNDERRAPPORTING: – Det var forventet at tallene ville være lave, men dette var mindre enn forventet, sier forsker Øyvind Kirkevold ved Nasjonalt kompetansesenter for demens.

Pillegrenser bak rattet

Til neste år kommer en ny lov som vil gi minstegrenser for narkotiske stoffer for bilførere, slik som for alkohol.

Tekst **Eivor Hofstad** Foto **Colourbox**

Mye har skjedd siden Norge som første land i Norden i 1936 fikk promillegrense for alkohol på 0,5 for bilførere. Nå er grensen på 0,2 promille. Seinst til våren får Stortinget et endringsforslag til veitrafikkloven om faste påvirkningsgrenser for andre rusmidler enn alkohol. Man tenker seg ulike grenser for ulike stoffer.

Det har vært forbudt å kjøre «påvirket» av andre rusmidler enn alkohol siden 1959, men i dag er det ingen lovbestemte minstegrenser å forholde seg til.

«Påvirket» i veitrafikkloven sin forstand innebærer at medikamentinntaket har ført til nedsetting av kjøreferdighetene. Praksisen i dag er at «påvirkning» må dokumenteres med klinisk undersøkelse, analyseresultater samt oftest en skriftlig sakkyndig uttalelse. Dette har vært kritisert: «En skjønnsvurdering medfører uklarhet i forhold til de strenge beviskrav som gjelder for domfellelse i straffesaker», skriver advokatforeningen i sin høringsuttalelse til endringsforslaget.

Nulltoleranse

– Lovforslaget vil omfatte alle stoffer på narkotikalisten og er basert på et nulltoleranseprinsipp med minstegrenser. Unntaket er dersom bilføreren har gyldig resept og bruker dosering som anbefalt av lege, sier Asbjørg S. Christophersen, fungerende divisjonsdirektør for rettsstoksikologi og rusmiddelforskning ved Folkehelseinstituttet.

«Det er viktig at sykepleiere forklarer om varseltekantens betydning.»

Folkehelseinstituttet har i en studie vist at det gir to til fire ganger økt risiko for trafikkkulykke den første uken etter forskrivning av sovemedisiner, noe som vel viser at man ikke blir mindre farlig sjåfør med resept enn uten.

– Hvorfor skal ikke de nye minstegrensene gjelde dem med resept?

– Fortsatt vil påvirkningsregelen gjelde, også for dem med resept. Flere studier har dokumentert økt vingling i kjøreforsøk ved start av terapeutiske doser av diazepam (Stesolid, Valium og



KJØRERUS: De fleste som blir tatt med andre rusmidler enn alkohol i blodet er menn i 20-årene.

Vival), men dette har normalisert seg etter noen uker fordi brukeren har utviklet toleranse, sier Christophersen.

Må informere om varseltekant

– Hva vil den nye loven si for sykepleierne?

– For sykepleiere som arbeider poliklinisk eller med pasienter som får med seg medisiner med varseltekant, er det viktig at de forklarer

Obs på eldre kvinner

85 prosent av dem som blir tatt med andre rusmidler enn alkohol i blodet når de kjører bil, er menn, de fleste i 20-årene. Men i en såkalt veikantundersøkelse gjort i samarbeid med utrykningspolitiet, pekte eldre kvinner seg ut. Norske bilførere ble stoppet vilkårlig og bedt om å avgi spyttprøve frivillig. Deltakelsen var 88 prosent.

To grupper pekte seg ut: Kvinner over 64 år hadde 16 prosent positive prøver, og menn under 35 år hadde 8 prosent positive. I en senere tilsvarende undersøkelse, hvor resultatene er under bearbeidelse, var deltakerprosenten 95. Resultatene synes å sammenfalle med første studie.

Christophersen understreker at langt fra alle hvor de fant et positivt resultat var påvirket. Det er helt avgjørende hvilke blodkonsentrasjoner de hadde, om de hadde brukt legemidlet over tid eller kombinert med flere stoffer.

Det er også avdekket at det har vært en økning i funn av metadon etter at legemiddelasistert rehabilitering (LAR) kom i gang. Men i over 95 prosent av tilfellene er det i kombinasjon med andre stoffer, særlig benzodiazepiner. Mellom 2001 til 2006 var det 635 bilførere som testet positivt for metadon. ■■■

Trafikkus-fakta

- » I 2008 ble nesten like mange bilførere stoppet for mistanke om andre rusmidler i blodet, som med mistanke om alkohol. 4 500 mot cirka 5 000.
- » Seks av ti dødsfall i ulykker i trafikken er rusmiddelrelaterte, og blandingsrus dominerer. For alle trafikkkulykker er fire av ti rusmiddelrelaterte.
- » I rundt halvparten av tilfellene med andre rusmidler enn alkohol, blir det påvist benzodiazepiner (blant annet sovemedisiner, angstdempende og beroligende midler).

“Ømme ledd - ikke lenger et problem!”

“Mitt arbeid i helsevesenet innebærer mange tunge løft og er fysisk krevende. Jeg hadde i mange år slitt med både stive og vonde ledd før jeg prøvde Möller's Godt for Leddene. Nå plages jeg ikke lenger av stivhet og nyter et friskt og aktivt liv!”

Mette S. Natvig

Mette S. Natvig
Sykepleier

• PRØV DU OGSÅ •
• OPPLEV EFFEKTEN •



Dokumentert
omega-3

Möller's Godt for Leddene er rik på Omega-3-fettsyrene DHA og EPA, som har en dokumentert effekt mot ømme og stive ledd.



Ømt og stivt ledd



Normalt ledd

“Norsk Revmatikerforbund anbefaler Möller's Godt for Leddene på grunn av ingrediensenes gunstige effekt på leddplager.”

Jack Skrolsvik

Jack Skrolsvik
Generalsekretær NRF



Vær oppmerksom på at produktet er et kosttilskudd og må ikke forveksles med et legemiddel.

www.mollers.no 800 80 555

Produktet finnes i din dagligvarebutikk.

Vant pensjonsoppgjøret

For det store flertallet av arbeidstakerne er resultatet av årets pensjonsforhandlinger bedre enn med regjeringens forslag til modell, viser ny rapport.

Tekst Bjørn Arild Østby Foto Stig Weston

Offentlig tjenestepensjon var en viktig sak i tariffoppgjøret våren 2009.

– Å beholde tidligpensjonsordningen afp er veldig bra. Spesielt hvis du må gå av før du er 67 år. Noe som gjelder de fleste arbeidstakere, sier Stein Asthøy.

Han er talsperson for Forsvar offentlig pensjon, som nå har laget rapporten «Tallenes tale». Den inneholder regneeksempler på konsekvensene av dagens ordning kontra regjeringens kombinasjonsløsning som skulle gjøre det mer lønnsomt å jobbe lenger.

Sliterne

– Utregningene viser at arbeidstakere med

lang opptjeningstid og som står lenge i jobben ville tjene på regjeringens modell. Men svært få lavtlønte i tunge jobber orker å stå i jobb til 67 år. Statistikken viser at bare ei av ti kvinner og to av ti menn står i full jobb til fylte 67 år, sier Stein Asthøy.

Hovedkonklusjonene

Hovedkonklusjonene i rapporten «Tallenes tale» er:

› Et meget stort flertall av offentlig ansatte ville tapt betydelige pensjonsbeløp ved innføring av regjeringens alternativ i stedet for vedtatt modell.

› En god del lavtlønte, ikke minst deltidsansatte,



AFP: En viktig pensjonsseier i offentlig sektor.

ville med regjeringens alternativ mistet adgangen til å gå av med tidligpensjon ved fylte 62, på grunn av for lav opptjening.

› De fleste lavtlønte ville tapt på regjeringens alternativ som afp-pensjonister (fra 62 til og med 66 år).

› Et mindretall ansatte med lang opptjening og svak lønnsutvikling (lite stigning mot slutten av yrkeskarrieren) ville kommet like bra eller bedre ut med regjeringens alternativ, om ikke i afp-alder, så fra fylte 67 år.

Mer informasjon: www.forsvarpensjon.no



NSF Unique

Enten du vil spare eller låne

- 1,75%* sparerente fra første krone
- Gebyrfrie varekjøp over hele verden
- Gebyrfri nettbank
- Kredittreserve på inntil kr 75.000

Vil du vite mer?

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



*Betingelser pr. november 2009.

Nominell kredittrente: 8,65% årlig. Effektiv kredittrente: 50.000 (9,65%) - 25.000 (10,31%) - 10.000 (12,29%)

Vil hjelpe mannlige prostituerte

Menn som selger sex er en marginal og forsømt gruppe. Sykepleier Lennart Lock vil gjerne gjøre noe med det.

Tekst Marit Fonn Foto Stig Weston

Den 27. oktober sendte NRK Brennpunkt dokumentaren «Menn er også horer». Der fortalte menn som selger sex til menn at de sliter både psykisk og fysisk som følge av prostitusjonen. Men de vet ikke hvor de kan få hjelp.

Trenger friske penger

Pro Sentret, et hjelpetilbud for prostituerte i Oslo, har ikke hatt ressurser til å prioritere denne gruppen.

– Vi har nå fått 3 millioner i kutt og kan ikke oppsøke denne gruppen uten å få friske penger, sier sykepleier Lennart Lock.

Han jobber halv stilling på Pro Sentret og halv stilling i Sex og samfunn, som driver opplysningsarbeid for alle under 25 år. Tilbudet om gratis sexologisk rådgivning gjelder alle under 30 år.

Sex og samfunn har søkt om midler for å hjelpe mannlige prostituerte.

Må oppsøkes

Hvis det kommer menn til Pro Sentret, vil de få hjelp på lik linje med kvinnene. Problemet er at mennene kommer svært sjelden.

Menn selger sex andre steder enn kvinnene. Menn formidler sine tjenester for eksempel på internett, barer og saunaer.

– De er dermed vanskeligere tilgjengelig. Man har gode erfaringer i Finland med oppsøkende arbeid rettet mot menn, sier Lock.

Unge gutter

Mennene er ofte unge. Jo yngre de er, desto bedre får de betalt. Gutter under 16 år er mest attraktive på sexmarkedet, ble det sagt i Brennpunkt.

Blant ungdom er det dobbelt så mange gutter som har erfaring med å bytte sex sammenlignet med jenter, opplyser Lock.

Bytte av sex vil si at de gir sex mot andre vederlag enn penger, for eksempel kontantkort, husly, stoff og alkohol. Straffeloven definerer prostitusjon som bytte av sex mot vederlag, ikke bare kontanter.

Lock mener at det er behov både for å kartlegge mannlige prostitusjon, og å nå denne gruppen med et hjelpetilbud. ■■■



LETE: Menn som selger sex til menn må oppsøkes. – De kommer ikke av seg selv, sier sykepleier Lennart Lock.

SOKKER som **IKKE** strammer



•toppkvalitet til lavpris
•svært slitesterk
•kan vaskes på 60°C
også ullsokken!

ametrine
Postboks 333 - 7301 ORKANGER
Organisasjonsnr. 878684702

Bestill gjerne på nett:
www.ametrine.no
Flere nye sokketyper!

Du mottar sokkene innen 3-4 dager
Ikke oppkrav, regning ligger i pakken

Ordretelefon 72 48 16 67 – Ordrefax 72 48 19 45

Fyll inn din bestilling og navn/adresse. Klipp ut og postlegg, svarportoen er allerede betalt.

<< Klipp ut >>

LEVERES I PAKKER MED 5 PAR AV SAMME STØRRELSE OG FARGE

Alle prisene er inkludert mva.

Pris for én pakke a 5 par: **Art.nr 111 Tynn elastisk bomullsokk**

	Farge	Hvit	Natur	Blå	Grå	Sort
145,-	Størrelse					
	33-35	5-pk	5-pk	5-pk	5-pk	5-pk
	36-39	5-pk	5-pk	5-pk	5-pk	5-pk
	40-44	5-pk	5-pk	5-pk	5-pk	5-pk
	45-48	5-pk	5-pk	5-pk	5-pk	5-pk

tillsvare kun 29,- pr par

Tynn elastisk bomullsokk
80% bomull, 15% polyamid, 5% Lycra®

Pris for én pakke a 5 par: **Art.nr 113 Tynn ullsokk**

	Farge	Hvit	Natur	Blå	Grå	Sort
195,-	Størrelse					
	33-35	5-pk	5-pk	5-pk	5-pk	5-pk
	36-39	5-pk	5-pk	5-pk	5-pk	5-pk
	40-44	5-pk	5-pk	5-pk	5-pk	5-pk
	45-48	5-pk	5-pk	5-pk	5-pk	5-pk

tillsvare kun 39,- pr par

Kløfri merinoull - svært slitesterk
60% merinoull, 35% polyamid, 5% Lycra®

GRATIS FRAKT? Fraktfritt i Norge ved bestilling av 5 pakker sokker (å 5 par) eller flere. Ved mindre antall kr 69,- i frakt/omk. 20 dagers full returret.

Vent litt, jeg vil gjerne ha en prøvesokk for jeg bestiller, send prøve på Bomullsokk Tynn ullsokk

VARENE SKAL SENDES TIL:

Navn:

Adresse:

Postnr/sted:

Telefonnr:

e-post:

AMETRINE AS
Svarsending 9086
0098 Oslo

Distriktsavdelingen
Postboks 108
0403 Oslo

Adressen betaler for sending i Norge

Ti døgn på intensiven



I ti døgn kjempet Trond for livet på intensiven. Samboer Mariann ble aldri kastet ut av pasientrommet. Det takker hun helsepersonellet for i dag.

Tekst og foto Marit Fonn og privat





PAPPA: Hjemme på kjøkkenbenken står bildet av pappa og Hedda.

Overstyrmann Trond Jakobsen (31) går mot kaikanten. Han tar et skritt for mye og havner i det kalde vannet.

Det er lørdag kveld 17. januar. Forsyningsbåten Strilborg ligger til kai i Stavanger. Noen matroser har fått gå i land, og Trond har fått ansvar for å være med dem for å se på livet. På vei tilbake til båten er ulykken ute. Antakelig vil Trond slå lens mens matrosene går for å kjøpe seg pølser.

På kaien

En forbigående ser at Trond forsvinner utfor kanten der en ferge ligger fortøyd. Mannen klatrer ned på en fender for å hjelpe. Han glipper taket og havner selv i vannet. Det er trangt mellom kaien og fergen. Trond er en kraftig kar, men mannen klarer å buksere ham bort til en stige. Noen på kaien hjelper ham å få Trond på land.

Når matrosene kommer tilbake med pølsene sine, er ambulansen på plass. Trond har fått hjertestans i vannet. Nå er han blitt gjenopplivet og kjøres til sykehuset.

Tronds klokke har stoppet på 01.41.

Telefon søndag morgen

I sju år har Trond vært sammen med Mariann Ulvestad. Sammen har de datteren Hedda på halvannet år. Trond er fire uker ute, fire hjemme. Det er ti dager siden han dro ut denne gangen.

Grytidlig søndag morgen ringer Marianns telefon hjemme i Ålesund. Hun snakker med en sykepleier i Stavanger. Mariann må komme med en gang. Samboeren har vært utsatt for en ulykke.

– Overlever han?

– Vi vet ikke.

Mariann, hennes far, Tronds mor og bror drar. Hedda blir igjen hos mormor. Flyet må mellomlande og Mariann tror ikke hun vil nå fram i tide.

De er framme midt på dagen. Sjefen i rederiet venter på flyplassen. De drar rett til Stavanger universitetssykehus.

Skal han på Ecmo?

På Rikshospitalet i Oslo har de fått beskjed om at en ung mann har druknet i Stavanger. Han har utviklet akutt respirasjonssvikt med kritisk oksygeneringssvikt. Et legeteam må ta stilling til

Mariann prøver å få legen til å si at dette skal gå bra.

om han skal legges på Ecmo, en forenklet hjerte-lunge-maskin som tilfører ekstra oksygen til blodet.

Teamet tror pasienten vil dø uten denne behandlingen, som er for de få. De medisinske og menneskelige omkostningene er store, og de må tenke seg nøye om. Her er ingen klare grenser for ja eller nei. Ecmo-behandling kan føre til store komplikasjoner. Denne gangen tror legene det kan være mulig å få pasienten tilbake til normalt liv. Trond Jakobsen har ingen alvorlig kronisk sykdom, han er ung og sterk. De kan ikke vite om han har fått en hjerneskade. Men de vet at ambulanspersonalet i Stavanger er blant landets beste i hjerte- og lungeredning. De var raskt på ulykkesstedet, og på sykehuset har de også gjort alt rett.

Utpå søndagen fraktes Ecmo-utstyret med luftambulansen til Stavanger sammen med personalet fra Rikshospitalet. Trond blir koblet til Ecmo-kretsen. Tilstanden er kritisk og ustabil.

Flyttes til Riksen

Trond må behandles uhyre forsiktig. Han tåler ikke mye. Mandag 19. januar klokken 04.30 flyttes Trond til Rikshospitalet med luftambulansen. Han er koblet til Ecmo-kretsen, og det er ikke plass til pårørende. Mariann og Tronds mor drar etter med ruteflyet klokken 07.

På Rikshospitalet treffer Mariann overlege Jon Henrik Laake på generell intensivsenhet.

– Trond har 50/50 sjanse for å overleve, sier han.

En sykepleier forteller om rutinene på avdelingen og at hun må passe godt på seg selv så hun ikke sliter seg ut. Det blir for mye informasjon på en gang. Mariann er sliten. Hun har ikke sovet på halvannet døgn.

Trond har en søster i Frankrike. Hun bør komme, anbefaler sykepleierne.

– Er det fordi dere vet han skal dø? spør Mariann.

– Uansett utfall vil hun aldri angre på at hun kommer, mener de.

Samme kveld ordner rederiet billett til søsteren.

Mariann får slippe til

Mariann og svingermoren skifter på å være hos Trond, som nå er omringet av maskiner og blinkende skjermer. Slinger og kanyler er festet til ham. Han er sedert og får antibiotika.

Tirsdag kommer sykepleierne Anne Marie Aaland og Anne Bjørg Nilsen på kveldsvakt. Den begynner med rapport. Hovedrutinen i avdelingen er at mellom halv tre og halv fire skal ingen pårørende være inne på pasientrommene på grunn av taushetsplikten.

De to sykepleierne får høre om Trond. Etterpå hilser de på Mariann. De to tenker ofte likt. Også denne gangen. Uten mye diskusjon tar de en vurdering.

– Bare kom og gå som du vil, sier de til Mariann.

Trond er så syk, og de vet ikke hvordan dette går. De kan miste ham når som helst. Mariann må få slippe til så mye hun har



ECMO: En forenklet hjerte-lunge-maskin skal tilføre ekstra oksygen til Tronds blod. Fordi han er ung og sterk og ikke har en kronisk sykdom, får han denne krevende behandlingen.

Ecmo-behandling

› Ecmo betyr ekstracorporeal membranoksygenering. Behandlingen skjer med en forenklet hjerte-lunge-maskin.

› Blod hentes ut av kroppen og føres gjennom en membran der oksygen blir tilført og CO₂ fjernet. Deretter føres blodet tilbake til kroppen.

› Behandlingen skal sikre tilstrekkelig oksygen i arterieblod ved lungesvikt. Den er svært ressurskrevende og kan i seg selv forårsake alvorlige komplikasjoner.

behov for.

De vet at hun ikke har sett ham på en stund. De vet ikke om hodet er blitt skadet. Nilsen tenker at hadde det vært hennes nærmeste som lå der, ville hun vært nær.

Aaland anbefaler Mariann å skrive dagbok.

– Jeg har allerede begynt, sier hun.

Skriver i boken

«Kjæresten min! I dag har du ingen god dag.»

Det er de første ordene hun har skrevet i A5-boken. Med blå kulepenn forteller hun alt som har skjedd.

«Trond, du er i Norges beste hender, de gjør alt de kan (...) Du sover fint, to flinke sykepleiere passer på deg.»

Aaland klarer å ordne et overnattingsrom på området for Mariann og Tronds mor.

Når sykepleier Jakob Skreding kommer på vakt, får han vite at en ung mann er lagt på Ecmo. Mye er uklart, forstår han. Ble Trond dyttet i vannet? Har han slått hodet? Pasienten skiller seg ut. Han er ung. Han har en datter, på samme alder som hans egen datter.

Mariann Ulvestad er selv sykepleier. Hun jobber i rusomsorgen og har erfaring fra psykiatrien. Sykepleierne merker seg at hun ikke blander seg i oppgavene deres, men stiller relevante spørsmål. Hun er rolig. Sykepleierne føler at informasjonen blir forstått.

Over sengen har Mariann hengt opp et bilde av Hedda. Hun har allerede skrevet flere sider i den lille A5-boken. Trond skal senere få lese for å forstå hva han har vært gjennom.

Akutt

I sjutiden om kvelden får Trond sirkulasjonsstans. Sykepleiere



og leger iler til. Åtte-ni personer flokker seg rundt ham.

To leger og to intensivsykepleiere utfører selve resusciteringen. Aaland er en av dem. Hun ser at Mariann har trukket seg litt vekk. Ved døren følger hun med dem som jobber. Den erfarne sykepleieren tenker at det er greit, selv om de ikke vet utfallet. Mariann får bli. Tronds mor har valgt å gå ut av rommet.

Trond kommer seg igjen. Etterpå sier Mariann hun er glad for at de ikke kastet henne ut. Tilbakemeldingen betyr mye for Aaland. Hun får bekreftet at hun tenkte rett.

Over 400 i CRP

Onsdag får Trond mindre sovemedisin. Innstillingene på Ecmo-kretsen endres litt. Han får fysioterapi mange ganger daglig. Når lungene blåses opp manuelt, responderer Trond bra. Oksygeningsgraden i blodet øker.

CRP-verdien er svært høy, over 400. Mariann er blitt frarådet å følge med på alle verdier og kurver. Men CRP-en kan være

Helst vil hun være hos ham 24 timer i døgnet.

ok. Den gir raske resultater og får høye verdier når kroppen er infisert. Normalverdi er fra 0 til 5.

Torsdag går CRP-en ned til 373. Trond beveger føttene og øynene.

«Før tålte du ikke at sykepleierne beveget deg. I dag snudde de på deg og vasket deg. Det taklet du bra,» skriver Mariann.

Åpner øynene

Det er hele tiden minst to sykepleiere hos ham. Noen ganger tre. Flest mulig skal lære å bruke Ecmo-utstyret.

Han får trakeostomi, så han tåler å være mer våken. Han får mindre sovemedisiner og kan våkne. Da kan han få panikk og prøve å røske ut trakeostomien. Han får antipsykotika. Mariann får høre at det er vanlig å få intensivpsykose. Hun synes det er voldsomt å tenke seg den sindige Trond som psykotisk.

Litt senere åpner Trond øynene og beveger hodet fra side til side. Han reagerer på tiltale og kniper Mariann to ganger i hånden.

Laake sier han er fornøyd, og Mariann prøver å få ham til å si at dette skal gå bra. Overlegen sier bare at det går bedre, men at det kan snu seg. Så lenge han er på Ecmo, er tilstanden kritisk.

Sterk som en okse

Dagene går. Det blir verre. Så litt bedre. Mariann tenker at om noen skal greie det, er det Trond. Han er jo sterk som en okse. Samboeren er tidligere bryter og i fjor syklet han Trondheim —

Oslo. Hun er forberedt på at dette kan ta måneder.

Sykepleierne sitter aldri i ro. Det er alltid noe å stille på.

– Det ser lovende ut, sier en av dem.

På tresengsstuen snakker Mariann til Trond om det som har skjedd. Om Hedda. Hun gråter og ler og lar seg ikke forstyrre av omgivelsene. Lyset er dempet. Hver dag tar hun bilde av ham. Og dagboken fylles. Mariann savner Hedda. Hun skal snart komme til Oslo.

Muntre Jakob

En uke etter at Trond kom på intensivsen, fyller Mariann 31 år.

«Det er ikke noe fin bursdag», skriver hun. «Du er kjempesyk. Lungebildene dine ser ut som en katastrofe.»

CRP-en er 450. Trond må «bagges» og Mariann synes det er betryggende å se på de rolige og trygge hjelperne. De nøler ikke.

«Jeg får være der så mye jeg vil, også når de skal gjøre ting som kan oppleves som ubehagelig», skriver hun.

Trond gråter når han får vite at Hedda skal komme.

Så går det bedre. Håpet blir større for hver dag Trond lever. Men overlege Laake poengterer igjen: Tilstanden er kritisk.

Sykepleier Jakob Skreding er en munter type. Når han er på jobb, kan Mariann ta fram galgenhumoren. Han får henne til å le.

«Alle avdelinger skulle hatt en Jakob», skriver hun.

En dag har han barbert Trond, som har en spesiell stil på skjegget, lik en gammeldags kaptein. Skreding har gjort så godt han kunne. Mariann er takknemlig for at de prøver å ivareta Trond på den måten.

Særlig Nilsen og Aaland blir morsfigurer for henne. De voksne damene tar seg tid til å prate og spørre hvordan det går med henne.

Stemmen hennes roer ham

Mariann begynner å få troen på at det går rette veien. Hun vet at det lengste noen har ligget på Ecmo er tre måneder.

Det har beroligende effekt for Trond å høre stemmen til Mariann. Det kan man se på blodtrykket, forteller sykepleierne. Det samme når hun smører ham med krem.

Helst vil hun være hos ham 24 timer i døgnet. Men både legene og sykepleierne sier hun må ta vare på seg selv. Hun går litt tur. Prøver å spise regelmessig. Tenker på at hun skal være her til mai. Trond trenger kreftene hennes.

Så skriver hun ikke mer i dagboken.

En fin start

Som vanlig når hun våkner ringer hun også denne torsdagen ned til avdelingen for å høre hvordan natten har vært.

De holder på å skifte utstyr og ber henne ringe igjen litt senere. Svigermor sover fortsatt. Klokken er rundt sju og Mariann går i dusjen. I morgen skal Hedda komme.

Anne Marie Aaland er på vakt. Hun har kontakt med Trond. Han blunker med øynene, klemmer henne i hånden. En fin start på dagen. Laake er også fornøyd. De bagger ham for å få litt ekstra volum i lungene.



DAGBOK: Mariann skriver i boken sin flere ganger daglig. Hun prater til Trond om det meste, og sørger for at det blir tatt bilder.

Aaland er gått for å hente medisiner når den andre sykepleieren roper på henne: Trond har sirkulasjonsstans.

Alle strømmer til. Akuttrallen er klar. Defibrillatoren. Teamet rundt jobber, jobber. Kirurgen er der. De resusciterer. Gir hjertemedikamenter. Komprimerer. Prøver å legge om Ecmo-kretsen med to ekstra kanyler.

Mariann er ute av dusjen når telefonen ringer:

- Du må komme.
- Er han død?
- Nei.
- Overlever han?
- Vi vet ikke.

De prøvde alt

Hun farer ned til intensivsen. Klokken er ennå ikke åtte.

Hun ser det på sykepleieren som kommer mot henne i korridoren. Triste øyne, armer som henger rett ned. Mariann siger sammen på golvet. To sykepleiere støtter henne.

Trond døde mellom hendene på dem som prøvde alt. Nå tar de av ham utstyret og flytter ham til et annet rom. Der får Mariann se ham.

Svigmoren og søsteren kommer til pårørendesamtalen de skal ha med Laake. Mariann orker ikke å være der og går ut.

Før Aaland ser Mariann forlate avdelingen får hun spurt om de skal ta kontakt.

- Jeg ringer ikke, ring dere, sier Mariann.

Skreding skjønner det når han får listen og ser et nytt navn på Tronds plass.

Nilsen får beskjeden når hun kommer på kveldsvakt. Hun tenker det var godt at kollega Aaland var der. Nilsen sitter lenge og snakker med kollegene. De hadde jo trodd de skulle klare det!

Skreding skjønner det når han får listen og ser et nytt navn på Tronds plass. Men han må legge det bak seg og mobilisere krefter for den nye.

Tilbake igjen

Det går tre måneder før Aaland ringer til Ålesund. Mariann høres glad ut for å bli oppringt. Hun skal likevel til Oslo, og de lager en avtale på Riksen i mai. Hun tenker det er best å ha vært der før hun kanskje må dit en annen gang.

Mariann treffer Nilsen og Skreding. De får bekreftet at det går bra med Hedda. Og at Mariann har det så godt som hun kan ha det.

Kilder: Mariann Ulvestad, Stavanger Aftenblad, overlege Jon Henrik Laake og intensivsykepleierne Anne Bjørg Nilsen, Anne Marie Aaland og Jakob Skreding.





SENERE: Mariann Ulvestad slipper å lure på om alt ble gjort for at Trond skulle overleve. Hedda skal få høre historien når hun er moden.

– Vi ble godt ivaretatt

– Som å kjøre karusell i helvete. Slik husker jeg tiden på intensivsen, sier Mariann Ulvestad.

Opp. Ned. Var det et ørlite håp, klamret hun seg fast. Så gikk det plutselig ned igjen. Hun var i en stor tåke.

Hun vekslet mellom å planlegge begravelsen og festen de skulle ha når han overlevde.

Tryggheten smittet

Hjemme i det røde huset på Sunnmøre forteller hun at hun etter omstendighetene klarer seg bra. Hedda, som er blitt to år, svinser rundt.

De har slekt og venner i nærheten og har fått hjelp til mye praktisk. Også rederiet, der Trond var ansatt, har vært en god støtte.

Mariann sliter ikke, slik andre etterlatte kan gjøre, med spørsmålet: «Gjorde de alt de kunne?» Særlig er hun glad for den gode behandlingen Trond fikk i alle ledd.

– Men også jeg og moren hans ble så godt ivaretatt. Det gjør det lettere å bearbeide sorgen.

På kort tid ble hun kjent med sykepleierne, som fikk se henne på sitt aller mest sårbare.

– Siden de var trygge på seg selv, fikk de meg til å føle meg trygg. Det virket ikke som de bare jobbet, men at de brydde seg. De snakket om hverdagslige ting, ikke bare om Trond.

Fikk forberede seg

Det må komme noe godt ut av dette, har hun tenkt. Derfor har hun fortalt historien til Sykepleien.

Hennes tips til sykepleierne er å opprette dialog med pårørende så tidlig som mulig

– Lytt, møt deres behov. Ikke pøs på med informasjon.

Mariann Ulvestad er glad for dagene hun fikk med samboeren sin.

– Hadde jeg fått en telefon om at Trond var død, ville det vært

mye vanskeligere å takle. Jeg fikk 11 dager på å forberede meg.

Hedda og pappa

Dagboken Trond skulle lese, er nå tiltenkt Hedda.

– Alt skal forklares en dag. Jeg vet ikke når hun er moden.

Hun ser at det hadde vært greit å være kristen. Men det er hun ikke.

– Jeg sier til Hedda: "Pappa passer på oss." Hun kikker av og til på bildet på kjøkkenbenken: "Pappa!" Men så ser hun en mann på kafé og sier: "Pappa!"

Mariann smiler litt. Det verste er at Hedda ikke får vokse opp med faren sin.

– Jeg fikk sju gode år med ham. Det føles urettferdig at Hedda ikke får det.

« Det virket ikke som de bare jobbet, men at de brydde seg.

Mariann Ulvestad

Mariann har begynt på en master om mestring og myndiggjøring. Hun får stadig assosiasjoner. Nylig hadde de om pasienten som objekt og subjekt. En medstudent som er intensivsykepleier, sa at det er lett å se bevisstløse pasienter som objekter.

– Det følte jeg aldri skjedde med Trond. De tok hensyn når de barberte ham, de ville ha bilde av ham for å se ham frisk, og de diskuterte aldri tilstanden over hodet på ham.

Slike minner er fine å ha med seg i sorgen.





De trodde de skulle klare det

– Helt forferdelig! Anne Marie Aaland bruker to ord for å beskrive hvordan hun opplevde å miste Trond Jakobsen.

Det var Aaland som var til stede da Trond døde. Men verken hun, Anne Bjørg Nilsen eller Jakob Skreiding glemmer Trond Jakobsen og Mariann Ulvestad som de traff på intensivsen på Rikshospitalet i januar.

Det er flere grunner til det: De var unge. Sykepleierne fikk kontakt med Trond. Og Mariann var behagelig å forholde seg til.

Raske beslutninger

Det er som oftest sykepleierne som styrer hvor mye de pårørende bør være hos pasienten. Beslutninger må de gjerne ta raskt. Da kan de bli enige seg imellom bare med blikk.

« Ved korte forløp har vi ikke hatt tid til å peile inn de pårørende ennå.

Intensivsykepleier Anne Marie Aaland

Nilsen tror at pårørende selv vet hva som er best for dem, og er innstilt på å imøtese deres behov.

– Studier viser at det er nyttig for pårørende å se hva som skjer, sier Skreiding.

Men blir personalet stresset i deres nærvær, må pårørende ut. Det er de enige om.

Pårørende kan være i sjokk.

– Ved korte forløp har vi ikke hatt tid til å peile inn de pårørende ennå. Da setter vi mer grenser for dem, sier Aaland.

– Men ti minutter for dem kan være nok, sier Nilsen.

De må også ta hensyn til andre pasienter i rommet.

– Det er en kabal. Alle er akutt kritisk syke når de kommer hit.

Forstår hverandre

På intensivavdelingen jobber de tett og blir godt kjent. De bruker ikke mye tid på å filosofere over hva kollegene egentlig tror og tenker.

Tilbakemeldinger underveis, slik de fikk fra Mariann, er sjelden å få.

– Vi får ofte takkekort etterpå, men det er fint å få respons underveis også, sier Skreiding.

Nilsen er glad for at Mariann fikk med seg de øyeblikkene da Trond var våken.

– Det er bedre at de pårørende selv får oppleve kontakten, enn at det bare er vi som formidler hva vi opplevde, sier hun.

«Hva sier den fargen, hva betyr de kurvene?» spør ofte de pårørende.

«Ikke fokuser så mye på apparaturen, den tar vi oss av», pleier de å svare.

Men Skreiding liker å prate om tall:

– Hvis vi bare snakker det bort, blir de urolige. For meg fungerer det bra.

Balanskunst, kaller de arbeidet sitt. Selv om de ikke klarte å redde Trond, føler de at de har gjort en god jobb.

Gir ikke falske håp

For overlege Jon Henrik Laake var det en enorm skuffelse å miste Trond Jakobsen mellom hendene sine. Han hadde overlevd så lenge, og det så greit ut.

– Vi kan ikke la pasienten bare ligge. Vi må gjøre noe, men det er ofte da det går galt. Det kan være fristende å si at så syke pasienter bare må ligge i fred så lenge alt ser greit ut. Men vi er jo nødt til å stille pasienten og se til påkoblet utstyr.

Obduksjonen viste at lungene til Trond var helt uten funksjon.

– Jeg tror blodtrykket i lungene ble for stort for hjertet hans, og da vi skulle blåse ekstra luft i lungene, orket det ikke mer. Hjertet måtte slite for mye, sier Laake.

Går sjelden i veien

De prøver å lære av det som skjedde.

– Men vi kan ikke legge ethvert dødsfall på våre skuldre. Mange pasienter dør. Noen uventet, andre blir langsomt sykere. Begge deler må vi forholde oss til.

Han tror flere i Mariann Ulvestads situasjon som etterlatt ville si: «Det de gjorde på Rikshospitalet var temmelig mislykket.»

– Men hun har valgt en annen vei, konstaterer han.

Laake tror ikke man har mye igjen for å gjenoppleve slike hendelser gang på gang. Samtidig er én skikkelig gjennomgang ofte nødvendig for at etterlatte skal komme videre.

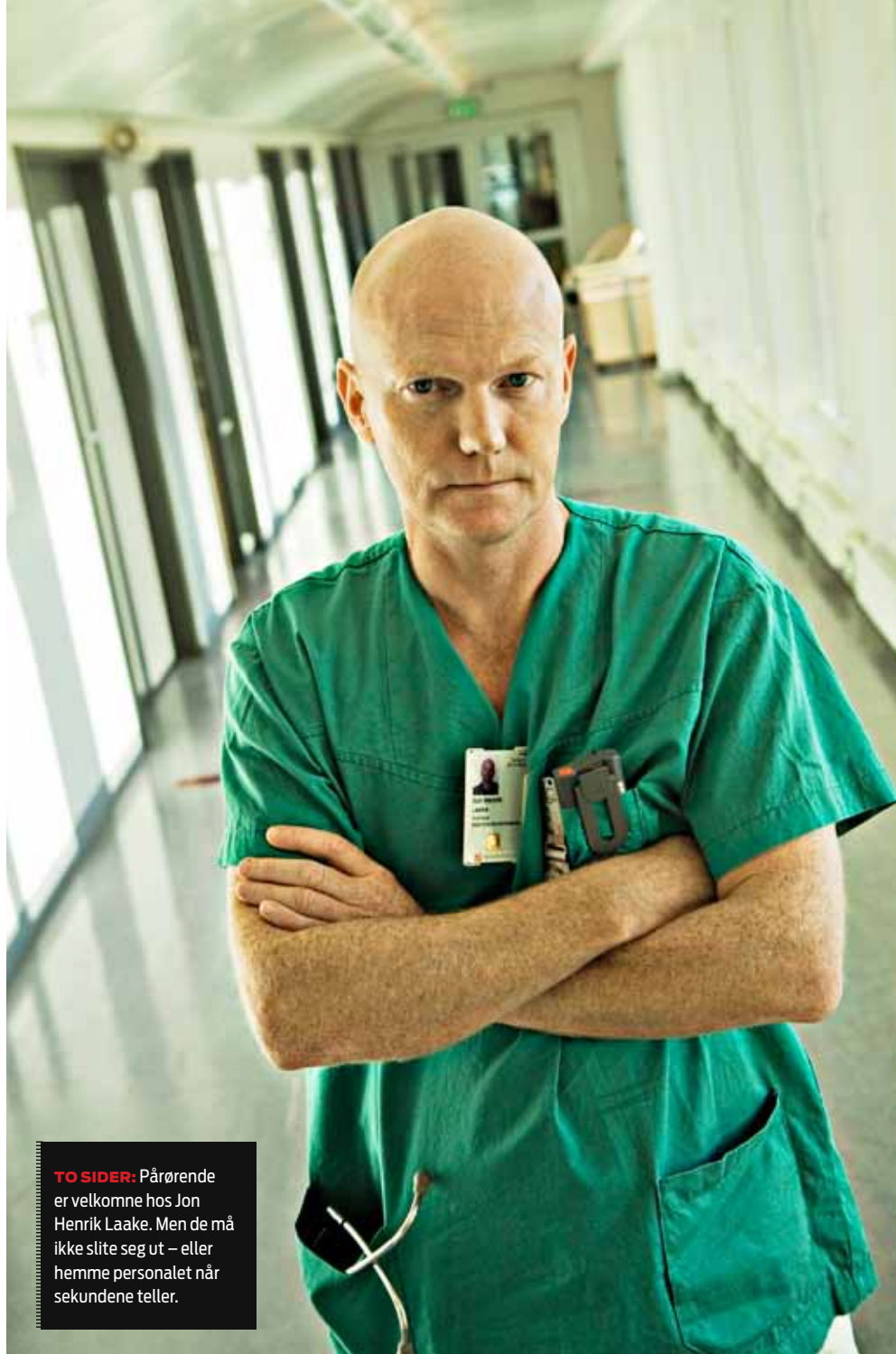
Overlegen ser to sider ved å ha pårørende mye til stede.

– De går nesten aldri i veien for oss. Sånn sett er de hjertelig velkomne så lenge de gjør som sykepleierne sier. Men jeg har også sett dem som sitter uvirksomme og stirrer i veggen av fortvilelse.

Det kan komme store familier der alle på en måte er pålagt å være lei seg av en av familiens dominerende skikkelser.

Sliter seg ut

Laake holder fram sin mor som et godt eksempel: Da faren fikk hjerneslag, ble han flyttet fra Stavanger til Bergen. Moren ble med, men så at det var ingenting hun kunne gjøre og reiste hjem igjen.



TO SIDER: Pårørende er velkomne hos Jon Henrik Laake. Men de må ikke slite seg ut – eller hemme personalet når sekundene teller.

« Mange blir først satt ut, men setter pris på rene ord for pengene.

Overlege Jon Henrik Laake

– Det gikk bra med far. Men poenget er at det passer ikke for alle å sitte med et sørgmodig blikk. Vi må fortelle at man kan bli utslitt av sånt. Vi må signalisere tydelig at vi ikke forventer at alle skal være mye til stede.

Han gir aldri falske forhåpninger.

– Alt kan gå galt. Det må pårørende skjønne fra første stund. Noen stenger helt av. Men de fleste kan forholde seg rasjonelt. Våre pasienter er voksne. Det er nok verre å takle når det er barn som er dårlige.

Intensivpasienter er dødssyke. De har svikt i vitale organer, og det er ikke gitt at de overlever.

– Vanskelig å si til de pårørende?

– Nei. Jeg opplever at de er takknemlig. Mange blir først satt ut, men setter pris på rene ord for pengene. Noen synes det blir



for brutalt, og at jeg tar fra dem alt håp. Men da minner vi om at uten håp hadde vi ikke behandlet pasientene våre.

Laake mener at Rikshospitalet flyter på en positiv forventning om god behandling.

– Folk er mer kritiske til lokale sykehus, og krever å få pasienten et annet sted. Vi slipper tilbakemeldinger om at det ikke er gjort nok.

– Kan bli hemmet

Laake advarer mot føleri.

– Det er ikke hensiktsmessig at vi gråter med de pårørende. Det må de gjøre selv. Hvis vi skal sørge med alle de etterlatte, kan vi ikke gjøre jobben vår.

Å ha pårørende rundt seg ved forsøk på opplivning, tror han er uheldig.

« Det er ikke hensiktsmessig at vi gråter med de pårørende. *Overlege Jon Henrik Laake*

– Det kan være tungt å se på. Og de som utfører denne type arbeid bør ikke føle seg hemmet så de gjør noe dumt. De må være rasjonelle og handle i riktig rekkefølge.

Han legger til:

– Men hvis vi ser at pasienten vil dø og det ikke er mer å gjøre, lar vi ofte pårørende få være til stede.

– Vil være nær

Pårørende bør få avgjøre mest mulig selv hvor nær de skal være den kritisk syke pasienten, mener forsker Åsa Engström.

Åsa Engström, intensivsykepleier og lektor ved universitetet i Luleå i Sverige, har skrevet doktoravhandling om pårørendes rolle når pasienten er kritisk syk.

Hun har intervjuet sju partnere, enten samboere eller ektefeller, til svært syke pasienter på intensivavdelinger i Nord-Sverige. Alle fikk respiratorbehandling.

– Det kom fram at pårørende vil være nær den syke. De vil være en del av det som skjer, og ønsker å se til at pasienten har det så bra som mulig.

De er opptatt av den personlige pleien. Derfor tar de gjerne med ting de vet betyr noe for pasienten, for eksempel en spesiell pute eller musikk.

Håper til det siste

– For de pårørende handler livet nå om den syke. De tenker ikke på seg selv. De bryr seg ikke så mye om å spise eller sove.

Samtidig vil de forstå det som skjer. De vil ha informasjon som ikke spriker og som ikke tar fra dem alt håp. Håpet vil de beholde til det siste.

Den ene pasienten døde på sykehuset. En annen døde senere. De

Vanskelig å være nær sorgen

Engström har også snakket med intensivsykepleierne.

– De sa at pårørende er en krevende, men svært viktig del av arbeidet.

Mange ganger følte de seg utilstrekkelige fordi de ikke hadde nok tid til de pårørende.

– De har ulike behov i en slik akutt situasjon?

– Sykepleierne sa de ofte fikk et godt forhold til pårørende. Men det kunne også være vanskelig å komme så nær.

De kunne føle seg iaktatt i arbeidet. Hvis pasienten kom fra et stort sykehus til et mindre, kunne pårørende formidle at det hadde vært bedre på det forrige sykehuset.

Det var heller ikke alltid så lett å vite hvem som var nærmeste pårørende når det for eksempel kom en ekskone, ny kone og barn. Barna kunne si at den nye konen ikke skulle få vite noe.

– Dette er ikke så vanlig. Men det sier noe om relasjoner i vår tid. Hvis det ikke er uttrykt tydelig av pasienten, er det ikke lett å vite hvem informasjonen skal gå til.

– Må bestemme selv

– Bør pårørende få være til stede også når det blir behov for opplevning?

– Pårørende bør få bestemme selv. Intensivsykepleierne syntes det var greit, men at det burde være noen der til å ta hånd om dem. Ingen må tvinge pårørende til å være til stede.

En av intensivsykepleierne sa at det tok på å være nær sorgen når pasienten ikke overlever. Samtidig visste hun at det betydde mye for den pårørende å få være med. Hun kunne gruble på hvordan det gikk med den pårørende etterpå.

– En del vil absolutt ikke være med på alt. Men de fleste pårørende synes det er en støtte å forstå hva som skjer. Og det hjelper dem etterpå å vite at de gjorde det gode de kunne gjøre, sier Engström. ■■■

« Pårørende vil være en del av det som skjer. *Forsker Åsa Engström*

resterende fem pasientene har Engström intervjuet i ettertid. I tillegg har hun intervjuet fem til.

– Pasientene sa de pårørende ga dem kraft til å kjempe videre. Når de så partnerne kjempe, kunne ikke de selv gi opp.

Pårørende kunne dessuten forstå dem på en annen måte enn helsepersonellet kunne.

Bli med til fantastiske Kina!

Nå har du sjansen til å bli med på en 8 dagers tur til Kina **kun for Sykepleiens lesere**. Turen går i mars 2010 og prisen dekker reise, mat og opplevelser/utflukter. Vi flyr til den kinesiske hovedstaden som med sine dufter, mylder av mennesker, historiske severdigheter og spennende nåtid bergtar de fleste. Benytt sjansen og bestill i dag!



Program

- Dag 1** Avreise fra Oslo
- Dag 2** Ankomst Beijing og Lama tempelet
- Dag 3** Den himmelske freds plass, Maos mausoleum og Den forbudte by
- Dag 4** Tai-Chi, Himmelens tempel, perlemarked og Hotung-besøk
- Dag 5** Beijing. Cloisonne-fabreikk, "Ånde-alleen", Ming-gravene, lokal landsby og Den kinesiske mur
- Dag 6** Vi besøker et kinesisk sykehus og tid for egenaktiviteter
- Dag 7** Beijing på egenhånd, etterfulgt av Peking-and
- Dag 8** Den Olympiske stadion, hjemreise, ankomst Oslo

Prisen inkluderer: Fly med SAS fra Oslo – Beijing t/r, alle flyskatter og avgifter, hyggelig hotell i delt dobbeltrom, frokost daglig, lunsj dag 2-6, middag dag 2-5 og 7, skandinavisktalende reiseleder og engelskspråklig lokalguide, transport og utflukter jf. program

Bestill via å ringe 800 58 106.

Åpent hverdager fra kl. 09.30-17.00 eller via www.albatros-travel.no/sykepleien
Oppgi annonsekode SYKL01 ved påmelding.

Avreise: 4. Mars 2010

Pris: kun 10.990,-
(tillegg enkeltrom: 1.290,-)
Begrenset antall plasser.

Kun for sykepleiens lesere!

kun
10.990,-

Avreise 4. mars 2010

Albatros
travel

ROF TURISMEKSPEDISJON

Reserver plass i dag på tlf 800 58 106 – en fantastisk tur venter på deg!



IKKE VÅKEN NOK: Lange vakter i helgene er ikke å anbefale, ifølge forskning.

13 timers vakter i Karmøy

Karmøy kommune har vedtatt at gjennomsnittlig stillingsstørrelse i omsorgstjenesten skal være minst 70 prosent innen utløpet av 2012. Resultatet er at sykepleierne enten jobber langvakter hver fjerde helg med vakter inntil 13 timer, eller vanlige vaktlengder med tre til fire helger mer per år i tillegg til hver tredje helg. I hjemmetjenesten kan de også velge delte vakter kombinert med lengre vakter hver fjerde helg. Dette er ordninger NSF's fylkeskontor i Rogaland ikke er fornøyd med:

– Forskningen anbefaler ikke 13 timers vakter fordi sykepleierne må være årvåkne på jobb, spesielt i helgene når det er færre på vakt, sier fylkesleder Nina Horpestad.

– Vi er i tett kontakt med Arbeidstilsynet og skal evaluere arbeidstidsordningene der vi spør alle turnusarbeidere i omsorgstjenesten om deres erfaringer, særlig med de lange vaktene i helgene, sier Stine Bjelland, stabsleder i Helse- og sosialetaten i Karmøy kommune.



LOVER: Sykehussjef lover å ansette flere rengjøringsfolk.

Danske sykepleiere gjør reint

Dansk Sygeplejeråds blad, Synergi, har dokumentert at så mange som tre av fire sykepleiere på landets sykehus bruker tid på rengjøring. De bruker så mye tid at det tilsvarer 1 800 fulltidsstillinger. Det har fått sjefen for Rigshospitalet i København til å love at han skal ansette flere rengjøringsfolk, og at sykepleierne skal få gjøre «sykepleiearbeide».

Turnusutfordring i Horten

I Horten har kommunens administrasjonsutvalg vedtatt at det er et mål å avvikle uønsket deltid innen 2010. Administrasjonens forslag innebar opprinnelig jobbing annenhver helg, men dette møtte motbør, og foreløpig er det uklart hvilke konsekvenser høyere stillingsprosent vil ha å si for turnusen og helgevaktene.

Eli-Anne Stenhaug, helse- og omsorgsleder i Horten kommune, sier til Sykepleien at når man jobber tredje hver helg, er det begrensninger i hvor mange ansatte man kan ha i fulle stillinger, selv om målet er at så mange som mulig har en så stor stillingsstørrelse som mulig.

Nestleder i Fagforbundet Vestfold, Eddie Whyte, skriver i Tønsbergs Blad at løsningen er at de ansatte må jobbe på tvers av etater, uten at han kommer nærmere inn på hvilke andre etater enn helse- og omsorg som skulle passe for sykepleierne.

Der ute

Les mer om:

44 [Stikk på Ullevål i Oslo](#) ›

46 [Italia trenger hjelp fra utlandet](#) ›



sykepleien.no

› Kandidatene til årets Smartpris finner du på nettsiden.



Trening til

På Røros får pasienter som er ferdig med kreftbehandling hjelp til å bli klar for jobben igjen.

Tekst **Ann-Kristin Bloch Helmers**

Foto **Björg Margrethe Narjord**

Man får spahotellfølelsen av å stige inn i den store resepsjonen ved Røros Rehabiliteringssenter. Det knitrer i peisen, og store, åpne vinduer forteller at bygget ligger på en av bergstadens gunstigste tomter. Men noe skurrer:

«Hotellgjestene» som sitter spredt i de mange sofagruppene er iført treningsklær.

– Ooopp! Og need!

Tolv damer bøyer bredbeint og laaangt ned inne i gymsalen i etasjen under resepsjon- og peisområdet. De er i ferd med å avrunde dagens økt med kjepp trening.

Damene er forskjellige både i høyde, bredde, hårlengde og alder, men en ting har de felles: De deltar på arbeidsrettet kreftrehabilitering, og er inne i den såkalte oppfølgingsuka. Nå er tiden inne for å se nøye på hva som har skjedd siden de var her i tre uker i sommer.

Er målene som ble satt opp i sommerson realistiske i høstmørket? Er lista lagt for høyt? For lavt? Er kjepp trening like lett å få til på stua som man trodde?

På andre siden av gymsalen balanserer to menn en stor ball mellom seg. Også de skal bruke uka på å justere mål med virkelighet.

Unikt tilbud

Kreftrehabiliteringen på Røros er den eneste i sitt slag i Norge. Her møtes deltakere, som er medisinsk ferdigbehandlet, på tvers av diagnoser, med mål om både restitusjon og å styrke kropp og sinn. Helhet er et nøkkelbegrep i rehabiliteringen.

– Et viktig formål er også å avklare hvorvidt, hvor mye og når deltakerne kan begynne i jobb igjen, sier Sverre Sittlinger.

Han er psykiatrisk sykepleier i rehabiliteringsteamet, som også består av to fysioterapeuter og en sykepleier til.

– Etter tøffe behandlingsforløp, hvor mange både har gått gjennom operasjon, cellegiftkurer og stråling, er det noen ting som må på plass før det å stille på jobb er en mulighet, sier han.

arbeidslivet

Kreftsyk på jobb

Kreftforeningen og danske Kræftens Bekæmpelse har utarbeidet en bok som heter «Når en kollega blir syk», med konkrete forslag til temaer man bør ta opp med den syke, hvordan arbeid kan tilrettelegges, og hva kollegaer kan gjøre – og ikke gjøre. Boken ligger på www.kreftforeningen.no



FULL KONTROLL: Dagens andre treningsøkt for mennene på kreftrehabiliteringskurset er balltrening.

«Noen ser livet i et helt annet perspektiv enn før.» Sverre Sittlinger

Oppløftende resultater

NTNU følger deltakerne på Røros med argusøyne. De vil finne ut hvilke resultater denne typen institusjonsbasert rehabilitering faktisk gir.

Og resultatene fra pilotstudien er oppløftende: Deltakerne melder om reduksjon av fatigue-symptomer, bedre emosjonell og fysisk funksjon. De er i bedre form og har et høyere aktivitetsnivå, og har bedre livskvalitet enn før oppholdet. Bedringen er registrert fra første opp-

hold til reoppholdet. Snart foreligger også resultater som sier noe om effekten hos deltakerne etter seks måneder. Forskingen er finansiert av Kreftforeningen.

Pilotstudien er over nå, og planen er å utvide studien til en randomisert studie.

Ikke alltid jobben

Deltakerne er på senteret i til sammen fire uker. Først tre uker sammenhengende, så to til tre

måneder hjemme, og så en uke til. Tilbudet er for pasienter fra hele landet, og er finansiert av Nav og Helse Midt-Norge.

– Hva er det som hindrer ferdigbehandlede kreftpasienter i å komme tilbake til jobb?

– Det vi ser, er at det ikke alltid er jobben i seg selv som hindrer folk i å komme tilbake. Fatigue-symptomer, hvor deltakerne forteller om fysisk og mental utmattelse, er årsaken som går igjen. Om dette kommer av selve behandlingen pasientene har vært igjennom, eller den belastningen det i seg selv er å få en kreftdiagnose, vet vi ikke, sier Sittlinger.

Deltakerne forteller også at det kan være vanskelig å komme tilbake på jobb etter å ha vært borte lenge, og så måtte gå igjennom sykdoms-





EGEN MOTIVASJON: Psykiatrisk sykepleier Sverre Sittlinger tror på klare og realistiske målsettinger i rehabiliteringsarbeidet.

statusen sin igjen overfor kolleger. De må rippe opp i noe de har lagt bak seg – de er egentlig bare klare for å jobbe.

– Noen ser livet i et helt annet perspektiv enn før, mens de rundt, både familie, venner og kolleger, er de samme som før. Da kan det være utfordrende å komme tilbake og gjøre ting på samme måte som tidligere. Angsten for tilbakefall er også noe mange sliter med.

Alle deltakerne er i yrkesaktiv alder, og stort sett medisinsk ferdigbehandlete. For å delta, må man ha som mål å komme tilbake i arbeid.

– Avklaring i forhold til arbeidskapasiteten er for mange viktigst. Enkelte kommer ut av dette oppholdet med en erkjennelse om at de ikke kommer til å komme tilbake i jobb. Det er



SYKEPLEIER: Anita Kokkvoll får brukt erfaringen fra kreftavdelingen på St. Olavs når hun nå jobber med yrkesrettet kreftrehabilitering.

noen som har en diagnose og en prognose som er vanskelig å kombinere med yrkesaktivitet. Andre har redusert arbeidskapasitet, og noen kommer fullt tilbake.

Tverrfaglig

I det utvidede fagteamet er det i tillegg til sykepleiere og fysioterapeuter, lege, klinisk ernæringsfysiolog, attføringskonsulent, sosionom, ergoterapeut, bioingeniør og psykolog. Det betyr samarbeid på tvers av profesjoner. Sykepleiere må delta på treningsøkter både i gymsal og basseng.

– Hva er de sykepleierspesifikke oppgavene i rehabiliteringsarbeidet?

– Vi tilbyr samtaler, både individuelt og i

grupper. I tillegg vet vi mye om den medisinske delen av det deltakerne har gått gjennom. Vi kan mye om bivirkninger av medisiner, og skader som kan oppstå etter stråling og cellegiftbehandling. Og skjer det at folk blir syke under oppholdet, observerer vi og samarbeider med lege, sier Anita Kokkvoll, som er den andre sykepleieren på teamet.

Ikke noe spa

De som kommer inn i rehabiliteringsprogrammet, kan forvente å bli utfordret på egne grenser. Noen er usikre på hvor mye de kan presse seg, etter å ha vært fysisk nedkjørt av behandlingen. Andre trenger det stikk motsatte – hjelp til å sette grenser og til å justere forventningene til hva man kan få til med en gang.

– Vi jobber mye med å finne ut hvor og hvem som kan ha utbytte av å presse seg litt ekstra, og hvem som trenger hjelp til å si «dette er nok». Det er en fin balansegang, og det er viktig at vi forstår noe om hver enkelt deltaker, sier Kokkvoll.

Vellykket rehabilitering krever innsats. På timeplanen står det ofte to treningsøkter per dag, i tillegg til undervisning i kosthold, arbeidsliv og trening. Økter med gruppesamtale og uteaktiviteter står også på dagsplanen.

– I rehabiliteringsprosessen handler det for oss som sykepleiere ofte om å stille de riktige spørsmålene, ikke gi svar eller råd. Vi kan hjelpe til med å finne ut hva deltakerne trenger, men de skal gjøre det de klarer selv, sier Sittlinger.

– Dette er ikke et spaopphold, konstaterer han.

Endelig dreis på dagene

Etter måneder med sykdom og behandling begynner dagene å få et annet innhold for Ingrid Stensby.

Ingrid Stensby er på oppfølgingsuke på Røros, og er tydelig på hva som har vært det viktigste utbyttet av oppholdet:

– Jeg har fått hjelp til å strukturere dagene. Den første uka var utrolig slitsom, med frokost halv åtte, og program hele dagen. Men så har det blitt en fin måte å få en normal døgnrytme på, forteller hun, fremdeles rød i kinnene etter en treningsøkt.

Ingrid Stensby ble operert for brystkreft i midten av november i fjor. I mai i år, var hun ferdig med åtte cellegiftkurer, og i månedsskiftet juni/juli hadde hun tatt unna fem uker strålebehandling. I mars neste år er hun ferdig med herceptin-kuren.

Nå retter hun fokuset mot rehabilitering – og

yrkesliv. Hun er ansatt som programrådgiver i flyktningtjenesten på Melhus, en stilling som innebærer mye samtaler og oppfølging. I begynnelsen av september begynte hun på aktiv sykmelding, for å se hvor mye hun kunne jobbe til å begynne med.

– Det har gått bra, så jeg går over til å jobbe 60 prosent når jeg er ferdig her, sier Ingrid Stensby.

Målet er å jobbe fulltid i desember, men hun stresser ikke.

– Det kan lett si stopp om man ikke trapper opp på riktig måte, sier hun. ■■■

FORNØYD: Ingrid Stensby er glad hun har fått tilbud om Røros-oppholdet etter brystkreftbehandling. Før jul håper hun på å være tilbake i full jobb.



Slik stresser jeg ned i en hektisk hverdag

Det er en kjensgjerning.... Vi har alle i perioder alt for mye å gjøre. Jobb, husarbeid, unger, trening og venninner. Jeg blir stresset bare av å tenke på det, og jeg er neppe den eneste!

Naturens egen "stress ned" medisin!

Det startet med en diskusjon i venninnegjengen. Vi var skjønt enig om at presset på oss jenter er stort, og at vi i perioder har alt for mye å gjøre. Da er det lett å bli stresset, og når vi stresser for mye har vi lettere for å legge på oss, få mer rynker og problemer med å sove. Alle synes at jo mer vi stresser, desto vanskeligere er det å roe ned når kvelden kommer. En venninne kunne fortelle at hun hadde funnet redningen; naturens egen løsning for stressede jenter som oss.

Roer Kroppen fra Living North er små kapsler som inneholder en kombinasjon av humle, kamille og sitronmelisse. Urtene er kjent for sin beroligende virkning, og har vært brukt til avslapningsmedisin i mange generasjoner. I tillegg inneholder Roer Kroppen magnesium

og utvalget B-vitaminer som er viktig for å motvirke stress og hjelper musklene til å slappe av. Det kan jo på ingen måte ta bort bekymringer, men det løser opp spenninger og gjør at stresset slipper taket.

Jeg bruker Roer Kroppen i de mest hektiske periodene i livet mitt - ikke mens jeg er gravid eller ammer, men ellers når jeg trenger det. Da kjenner jeg allerede etter første kvelden at musklene slapper bedre av, og at søvnen kommer fortere.

Det er deilig å våkne opp, og virkelig kjenne seg uthvilt. Da takler man ofte stresset bedre også. Bare prøv selv ;-)

Mvh
Monna

Monas "stress ned" tips

1. SENK NOEN AV KRAVENE TIL DEG SELV. Selv om vi skal være dyktige, trenger ikke alt å være perfekt alltid.
2. TA EN KAPSEL ROER KROPPEN I DE MEST HEKTISKE PERIODENE. Når kvelden kommer bør du avslutte alle aktiviteter, ta en kopp urte-te og en kapsel Roer Kroppen. Den unike sammensetning av urter vil effektivt løse opp spenninger, og gjør at stresset slipper taket.
3. GLED DEG TIL Å VÅKNE UTHVILT. Nå får du en god natt, og da er sjansen større for at du får en god dag også.

KONKURRANSE
KJENNER DU NOEN SOM FORTJENER Å STRESSE NED?
20 vinnere får gi bort "Roer Kroppen" på vår regning. Send sms ROER til 1963, og få konkurransereglene.



Roer Kroppen fra Living North inneholder en unik kombinasjon av de nordiske urtene humle og kamille, som i tillegg til sitronmelisse gir en lett avslappende effekt. Roer Kroppen inneholder også magnesium og utvalgte B-vitaminer som er viktig for å motvirke stress og hjelper musklene til å slappe av.



Naturlig tilskudd av ro



Bodil Bach er utdannet sykepleier og arbeider som rådgiver ved Nasjonalt Senter for Telemedisin
E-post: bodil.bach@telemed.no

I serien «Verkstedet» ser hun på tekniske nyvinninger i helsetjenesten.

Videokonferanse i pasientomsorg

På en enhet på Sunnaas sykehus, har 29 prosent av pasientene hatt videokonferansemøte (VK-møte) med hjemkommune før utreise. Et eksempel på tjenesten som har medvirket til en økning av bruken på 700 prosent ved sykehuset det siste året.

Flere deltakere involvert i pasientomsorgen deltar i møter på VK, enn i møter gjennomført på vanlig måte. Teamet lokalt blir bedre samkjørt og pasienter og pårørende opplever det betryggende at det er en rød tråd i pasientoppfølgingen.

Hva er videokonferanse?

VK er et multimedieverktøy og defineres som toveis lyd- og bildeforbindelse. Det kan brukes mellom to eller flere studio samtidig og kan benyttes til undervisning, veiledning, møtevirksomhet, pasientkonsultasjoner og diagnosestilling.

Hoveddeler er videokodek, skjerm, kamera, mikrofon og høyttaler. Det finnes mange enheter som velges ut fra hvilket behov man har. Man kan tilkoble dokumentkamera, pc, videospiller, smartboard eller medisinsk-teknisk utstyr. Skal flere VK-enheter anskaffes på HF/kommune, anbefales en leverandør med felles plattform, slik at utstyr er «gjenkjennbart» for personellet og man får mer sømløs kommunikasjon.

VK finnes i større enheter, for møterom, eller mindre, til pasientkonsultasjon og diagnostisk arbeid. Nå skal pasienter/helsepersonell også bruke VK mellom hjem og sykehus, noe som krever enklere og billigere utstyr, med samme mulighet for sikre sendinger via IP (Enkle VK med små skjermer eller på laptop).

VK-MØTER kan være mellom to eller flere parter.

Nettverk

VK-overføring kan skje på flere måter, via telefoni/ISDN-linjer eller via IP. Kvalitet på lyd og bilde avhenger av at linjehastighet som videokodek er knyttet til. All elektronisk pasientinformasjon overføres via Norsk helsenett (NHN), som ivaretar behovet for et sikkert og enhetlig kommunikasjonsnettverk mellom aktører i helsesektoren. NHN har godkjent sikkerhetsarkitektur, tilstrekkelig overføringskapasitet, enhetlig infrastruktur og felles administrasjon av nettverket (EPJ/meldingsutveksling). Deres videotjeneste og support av VK-sendinger anbefales for helseaktører.

VK-møte kan være mellom to eller flere parter. Flerpartsoppkobling gjøres via egen VK eller via en MCU (Multipoint Control Unit).

NHN ble statlig foretak fra 1. juli og har inngått rammeavtale med leverandører på VK-utstyr, på vegne av helsesektoren. Aktører i helsesektoren kan komme med avrop og oppnå helsepriser via denne. De har også MCU-tjeneste, som gir enkel tilgang til deltakere både i og utenfor helsenettet.

Hvordan bruke VK innen rehabilitering?

Sunnaas og NST innfører bruk av VK som rutinetjeneste i pasientoppfølgingen. Vi bruker det til møter med HF, rehabiliteringsenheter, kommuner, Nav og andre, ved førinnleggelsesmøter, utskrivning, langtidsoppfølging og til hjem. «Utskrivningsmøter om en pasient, kan samle 30 personell som er involvert i pasientomsorgen», sier koordinator Hilde Sørli.

Planlegging av hjemmesituasjon skjer via skjema og telefon mellom parter, mens man nå kan tilmåle utstyr via VK mellom Sunnaas og hjelpemiddelsentral og videre hjem til pasient. Alle parter drar nytte av et slikt samarbeid.

Nyttig er det også for de på sykehjem/hjemmetjenester, som har vært involvert i oppfølging av pasienter med spise/velgvansker, hvor opptrening foregår via en serie VK-møter. Dette gir kompetanseheving til personell, pasient og pårørende, til å mestre de daglige utfordringer.

Samarbeid med Nav

Nav er en naturlig samarbeidspartner i et rehabiliteringsforløp, derfor involveres deres personell i samarbeidet. Tjenesten møter også utfordringer ift. vekslende dekning av VK. Sykehus har VK, mens dette er mangelvare i kommuner. Det er nå et samarbeid med Nav, som innen 2010 skal ha VK på 80 prosent av alle Nav-kontor. Hilde Sørli sier: «Nav gir tilgang til sine studioer, som øker tilgjengelighet og mulighet til å utføre tjenesten. Et godt eksempel på samarbeid mellom helse og sosialtjenesten, til beste for pasientene.»

Veien til rutinetjeneste med bruk av VK

Personell utformer prosedyrer, integrerer de i rutiner, læres opp i bruk av VK, gjør pasientforløpsvurderinger og tilpasninger til disse. Færre innleggelses, tidsbesparelser for personellet, reduserte reisekostnader og økt mestring hos pasienten, er gevinster man kan se.

Sunnaas satser på denne telemedisinske rutinetjenesten. Dette er den fremtidige arbeidsform, som skal gi deres pasienter et godt tilbud – uansett bosted!



Andre faste bidragsytere:



Espen Helge Aspnes er seniorrådgiver i Sintef og innovasjonsrådgiver for InnoMed i Midt-Norge.
E-post: EspenHelge.H.Aspnes@sintef.no



Terje Anderssen er anestesisykepleier med fagansvar Anestesiservice på Oslo universitets-sykehus, Rikshospitalet.
E-post: terje.anderssen@rikshospitalet.no



Brita Noorland er anestesisykepleier på Bærum sykehus.
E-post: noorland@online.no

Maria Normann

Alder: 33 år

Yrke: Jordmor

Jobber: Universitetssykehuset Nord-Norge,
føde- og gynekologisk avdeling Harstad

Lever drømmen

– Det er helt fantastisk å stå på fødestua.

Fødselsprosessen er jo selve gulrota i jordmoryrket. Og tanken på å få være med på de store øyeblikkene på fødestua har nok tiltrukket meg i størst grad. Helt fra jeg var liten har jeg drømt om å bli jordmor. Nå har jeg levd drømmen i ni år.

Jeg tok jordmorutdannelsen ved Thames Valley University i London.

Jeg jobber på en kombinert føde/barsel/gynekologisk avdeling, så jeg er ikke bare på fødestua. Men jobben har et kvinneperspektiv fra A til Å. Jeg synes det er spennende å møte kvinner i alle aldre, livsfaser og familieprosesser.

På en typisk dag har vi de vanlige rutinene våre. Gynekologiske pasienter har hatt eller skal til operasjon. Vi har barneundersøkelser som utføres av gynekolog eller barnelege. Oppfølging av ammende mødre. Journalskriving. Også er det fødselssamtaler og utreise-samtaler. Kjøring av senger. Dette er jo i tillegg en akuttavdeling, så det kommer som regel inn noen i løpet av dagen. I tillegg gir jeg akupunktur. Så kjedelig blir det aldri. Men det hender det kan være litt stille om natten.

Jeg jobber turnus, og for tiden 80 prosent fordi jeg har små barn. Men jeg er ansatt i full stilling, og det hender jeg tar noen ekstravakter.

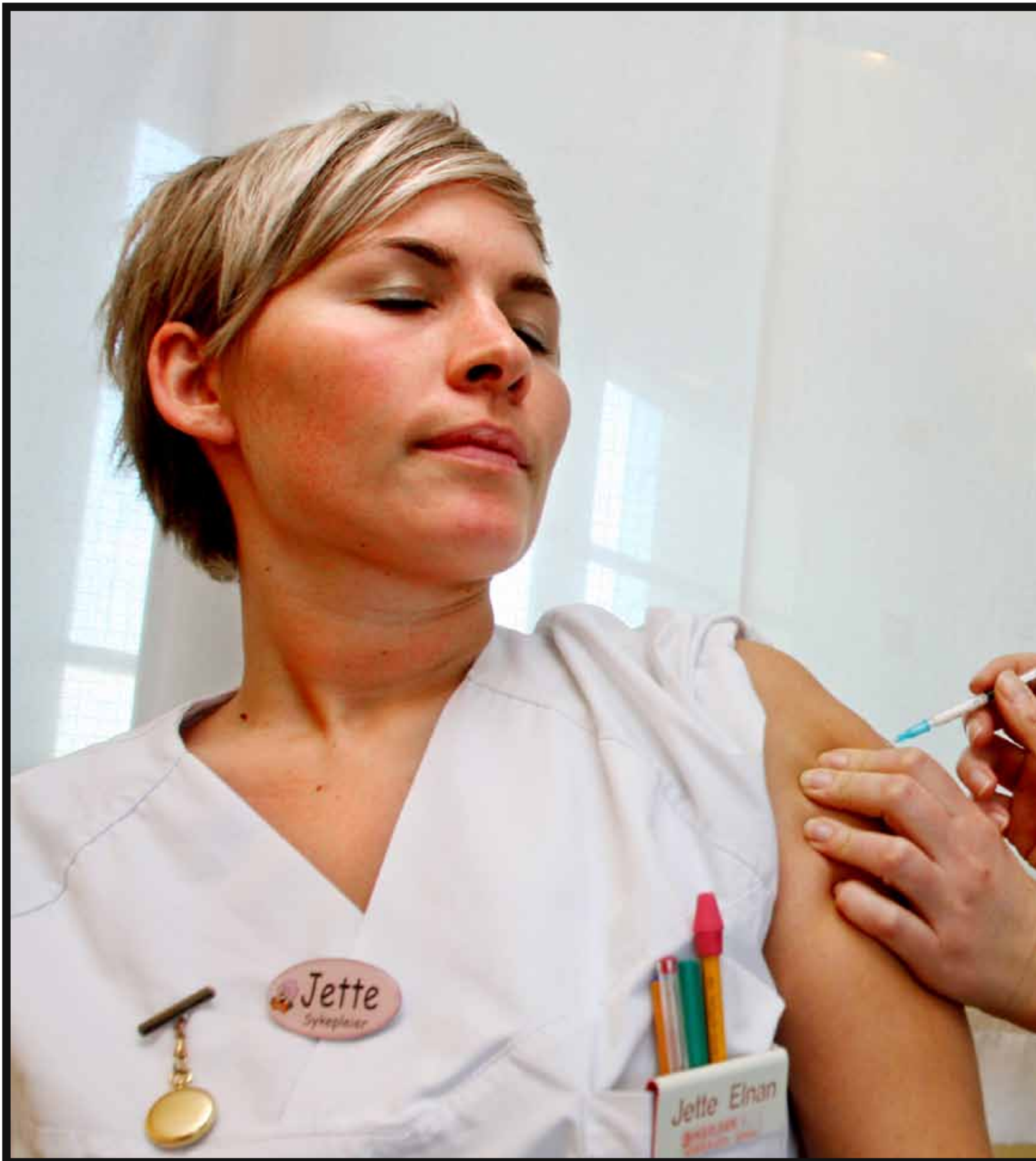
Vi har en ganske liten fødeavdeling, så i snitt har vi cirka én fødsel i døgnet. Det er store naturkrefter som råder på fødestua. Og jeg synes det er fantastisk å se hvordan kvinnekroppen fungerer. Å få delta på dette gjør meg ydmyk.

Arbeidsmiljøet er helt fantastisk. Jeg tror faktisk at det er sjeldent bra. Vi jobber veldig godt på tvers av yrkesgruppene. Her står dyktige, flotte og selvstendige barnepleiere side om side med jordmødrene, som alle er faglig flinke og fine mennesker på hver sin måte. Vi er ulike, men det synes jeg bare er positivt. Legeteamet er kjempedyktig. De består av tre kvinner og én mann. Så det er en kvinnedominert arbeidsplass. Men det fungerer veldig godt. Vi jobber også tett med poliklinikken, som ligger vegg i vegg.

Jobben kan også være krevende. For eksempel å gå fra en abort til en fødsel når det er liten tid til å omstille seg. Noen ganger går fødsler galt, og det er utrolig trist. Det preger oss i lang tid etterpå.

Men det er helt utrolig å se at foreldre som opplever at barnet dør i mors liv, er i stand til å finne en slags mening i det. At de klarer å snakke om det, og går inn i prosessen og møter det. Det beundrer jeg. Noen av de sterkeste møtene jeg har hatt med kvinner er i nettopp slike situasjoner. ■

Fortalt til Geir Arne Johansen Foto Øivind Arvola





VAKSINERES MOT SVINEINFLUENSA: Gølin Johanne Grini setter vaksinen på sykepleier Jette Elnan. På Ullevål universitetssykehus startet vaksineringsen torsdag 22. oktober. Grini er sykepleier på Barnemot-

taket, som har vært med å vaksinere ansatte ved divisjonen Kvinne/barn. Hun forteller om stor velvilje til vaksinen blant de ansatte. Hun har også fått den selv. Tekst **Nina Hernæs** Foto **Therese Borge**

Italia har Europa-rekord i andelen eldre. Nå må illegale innvandrere redde eldreomsorgen.

Avhengig av utenlandske hjelpere

Italias eldrebølge

- › I av 5 italienerer er over 65 år, den høyeste andelen i verden.
- › Av Italias inntektskatt går 40 prosent til å dekke pensjonsutgiftene, men lite bevilges til statlig finansiert eldreomsorg.
- › Kirken og private aktører er vel så viktige som staten i den institusjonsbaserte omsorgen.
- › Om lag 1 million såkalte badanti jobber i Italia, til nå i all hovedsak illegale innvandrere.
- › I løpet av september ble 115 000 badanti registrert (av den pleietrengende selv eller dennes familie) som følge av Italias nye innvandringslov.
- › I Liguria er ca. 4 av 10 innbyggere pensjonert. Fødselsraten er rekordlav 1,18 barn per kvinne.
- › Det er anslagsvis 60 000 badanti i Liguria, men mange av de eldre har ikke råd til badante, og mange faller utenfor hjelpeapparatet.

Kilder: Istat, Spano, La Repubblica, universitetet i Milano, universitetet i Leice

De eldre ønsker å bli hjemme så lenge som mulig, sier rumenske Emilia Roska.

På benken under et tre i sentrum av den bratte og pittoreske landsbyen Riomaggiore har hun tatt en pust i bakken sammen med den gamle damen hun er heltidsassistent for.

Badante eller badanti (flertall) er betegnelsen på innvandrere, i hovedsak kvinner fra Øst-Europa og Sør-Amerika, som jobber i landets uformelle hjemmesykepleie. Nå jobber myndighetene for å få dem inn i systemet.

Uunnværlige «badanti»

Riomaggiore ligger på kysten av Liguria, nordvest i Italia. Liguria er Europas eldste region, hvis man måler andelen eldre i befolkningen. Kombinert med rekordlave fødselstall og kvinners stadig større deltakelse i yrkeslivet, har dette ført til at badanti de siste årene har blitt stadig mer uunnværlige.

Damen Emilia Roska assisterer har daglig kontakt med familien, men hun vet at datteren ikke kan ta omsorgen for henne:

– Man kan ikke ta seg av foreldre-

ne hvis man også er opptatt med jobb og barn. Slik er nå en gang samfunnet i dag, sier 87-åringen.

Emilia Roska bor sammen med henne i leiligheten. Hun har langt på vei blitt et familiemedlem og fyller således det omsorgsvakuumet samfunnsendringene har skapt i den



REGISTRERT: Rumenske Emilia Roska har arbeidet som heltidsassistent for eldre i fem år. Hun er en av de mange utenlandske badanti som nylig har blitt registrert.

tradisjonelle italienske storfamilien.

Emilia Roska har jobbet som badante i fem år og har arbeids- og oppholdstillatelse. En måned i året reiser hun hjem til Romania hvor hun har en uføretrygdet mann og to døtre. Lønnen på 800 Euro i måneden utgjør en stor forskjell for familieøkonomien. Men i motsetning til Emilia er de fleste badanti i Italia fortsatt illegale.

I den nye og strenge innvandringsloven som ble innført i august blir det definert som kriminelt å være illegal innvandrer, men det ble gitt en unntaksbestemmelse nettopp for badanti. I løpet av september kunne alle familier som hyret en badante registrere henne mot et gebyr på 500 Euro, og hun ville dermed automatisk få oppholdstillatelse. Dette viser klart hvilken avgjørende betydning innvandrere har for eldreomsorgen i Italia: Bare i Liguria regner man med at det finnes hele 60 000 badanti. Befolkningstallet er til sammenlikning 1,6 million.

Fire besteforeldre for hvert barn

Ved et kafébord i skyggen utenfor rådhuset i regionhovedstaden Genova treffer vi Andrea Ranieri, byråds-



«Da jeg vokste opp var det fire barn for hver besteforelder, nå er det omvendt.» *Andrea Ranieri, byrådssekretær i Genova*



sekretær for innovasjon og utvikling i kommunen.

– Vi var slett ikke forberedt på eldrebølgen, men takket være innvandringen er situasjonen fortsatt under kontroll, sier Ranieri.

Til en viss grad har innvandrerne også liknet ut misforholdet mellom unge og eldre.

– Da jeg vokste opp var det fire barn for hver besteforelder, nå er det fire besteforeldre for hvert barn. Det er klart vi trenger innvandring.

Slik Ranieri ser det er det en viktig nøkkel til innovasjon å kunne nyttiggjøre seg innvandrere og eldre som en ressurs.

– Det er to grupper som ofte blir

satt på sidelinjen samfunnsøkonomisk. Men her hos oss inngår de allerede i en spesifikk relasjon, sier Ranieri, og viser til forholdet mellom eldre og badanti også som en interessant integreringsmodell. Badanti endrer folks oppfatning av innvandrere, ikke bare hos de gamle, men i familien deres også. Familien ser hvordan den gamle går godt i hop med en badante fra et fremmed land.

– Vi har virkelig mye å takke badanti for.

Ranieri beskriver en situasjon hvor etterspørselen i eldreomsorgen øker og hvor det offentlige strammer inn.

«Det er ikke lett å få tak i kvalifiserte og motiverte sykepleiere her hjemme.»

Daglig leder Antonella Ascia, pleiehjemmet Pensionato per anziani.



Badanti er derfor helt avgjørende for å få de eldre til å bli hjemme og være selvhjulpne så lenge som mulig. Italia er ifølge Ranieri blant statene i Europa som gjør minst for å møte utfordringene fra en stigende eldrebølge. Han er derfor opptatt av hvordan kommunen bedre kan ta vare på alle de badanti som gjør en viktig jobb der ute.

– Vi må investere mye mer i utdanning for denne gruppen, og involvere dem i en helhetlig strategi. De må dessuten få sosiale rettigheter som andre.

Trenger kvalifisering

Ranieri foreslår å bruke en del av midlene som kommer inn fra registreringen av badanti til nettopp kvalifiseringskurs og til å bygge opp et organisert nettverk.

– Vi må begynne å se på badanti som en del av det offentlige apparatet. Det må dessuten være mulighet for avansement, understreker han.

Byrådssekretæren minner om at mange badanti her i Genova er utdan-

– Men vi har nå et prosjekt på gang her i Liguria for utdanning av «familieassistenter».

Franchini presiserer at badanti i sin nåværende form ikke kan ses på som en tilstrekkelig løsning på utfordringene knyttet til hjemmebasert eldreomsorg, og får støtte fra Rosella Pomata, sykepleier og avdelingsleder:

– Badanti er en viktig avlastning for oss, men behovet for medisinsk personell vil jo alltid være der.

Hun kan fortelle om stor pågang fra familier som ønsker plass for sine eldre. Don Orione tilbyr en viss hjemmesykepleietjeneste for dem som står i ventekø, men det er takket være badanti at trykket inn mot institusjoner som denne fortsatt er under kontroll.

–Vi klarer oss ikke uten, sier Pomata.

Det er ikke bare som badanti at man finner innvandrere i eldreomsorgen i Italia. Mange jobber også på institusjon, som her ved Don Orione.

Mangel på kvalifisert personell

«Vi var slett ikke forberedt på eldrebølgen.»

Andrea Ranieri, byrådssekretær i Genova

nede sykepleiere fra sine respektive hjemland.

– Nå som flere land i Sør-Amerika begynner å lokke kvalifisert arbeidskraft tilbake, må vi tilby badanti en mulighet til å vokse yrkesmessig hvis vi vil beholde dem i det hele tatt.

I utkanten av Genova, som demografisk sett er Europas eldste by, ligger sykehjemmet Istituto Castagna del Don Orione. Don Orione, som drives i regi av kirken og har en rekke institusjoner rundt om i Liguria, står for omtrent halvparten av den institusjonsbaserte eldreomsorgen i regionen.

– Hovedproblemet er at de fleste badanti mangler nødvendig utdanning, sier Roberto Franchini, spesialpedagog ved institusjonen.

På det lille private pleiehjemmet Pensionato per anziani i landsbyen Montoggio noen mil nord for Genova, blir bildet bekreftet. Daglig leder Antonella Ascia kan fortelle at de ansatte er innvandrere, fra Romania og Polen.

– Det er ikke lett å få tak i kvalifiserte og motiverte sykepleiere her hjemme, i hvert fall ikke til å jobbe i provinsen. Samtidig har søknadene om sykehjems plass skutt i været de siste årene, og mange nye institusjoner er etablert.

Lenger nord, i Milano, der den italienske innvandringsdebatten har vært mest høylytt, besøker vi Naga hjelpesenter for innvandrere. Her treffer vi Maria Rios som akkurat har avsluttet registreringsprosedyren som badante.

– Det er familien til damen jeg arbeider for som besluttet å registrere meg, sier den synlig lettede kvin-



nen fra Ecuador. Frem til nå har hun arbeidet illegalt i Italia, i tre år.

– En venninne av meg fra Bolivia ble satt på dør en av de første dagene i september, selv om hun hadde jobbet for familien i to år. De ville ikke registrere henne, sier Maria.

115 000 badanti har så langt blitt registrert på landsbasis. Det er riktignok under halvparten av hva myndighetene først hadde estimert. Maria håper alle hun kjenner kan bli registrert.

Nå som Maria har oppholdstillatelse kan hun endelig reise til Ecuador og besøke sine to døtre. Men hun er fast bestemt på å fortsette å arbeide som badante i Italia og vil gjerne ta kurs for å øke kompetansen og avansere yrkesmessig i en eldreomsorg som trenger stadig flere hender – fra inn- og utland. ■■■

Tekst og Foto Yngve Leonhardsen

BYTUR: Eldre ledsaget av badante er et vanlig skue i det italienske bybildet. Her fra Milano.

MANGE: Liguria domineres av eldre. Disse herrene holder til i landsbyen Gorretto.

Treff 9 av 10 sykepleiere som vil skifte jobb!

- Så og si alle sykepleiere i Norge leser Sykepleien
- Bladet sendes ut ca hver 14. dag
- Stilingsannonsene legges på nett hver dag, og så kommer de i bladet
- Søkergaranti om man ikke får ansatt noen
- Vi lager også annonsene for kundene uten å ta betalt for det

Kontakt Finn Simonsen på 22 04 33 52 eller finn.simonsen@sykepleien.no
(eller Ingunn Roald 22 04 33 70 ingunn.roald@sykepleien.no)

Fag & bøøker

KREVER KUNNSKAP: Å trappe ned respi-
ratorbehandlingen er en krevende prosess.
Les om ulike avvenningsmetoder på side 50.

3 om operasjons- sykepleie

Anbefalt av Turid Petlund,
leder for NSF's landsgruppe
av operasjonssykepleiere

GRETHE MYKLESTUL DÅVØY,
PETRIN HEGE EIDE OG INGBORG
HANSEN (RED.)

Operasjonssykepleie
Synliggjør operasjonssyke-
pleierens sykepleiefaglige
ståsted, og tar utgangspunkt
i operasjonssykepleierens
myndighetsområde og funk-
sjonsansvar.



BJØRG MARIT
ANDERSEN

Håndbok i hygiene og smittevern

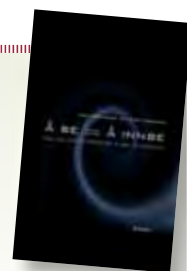
Beskriver forebyg-
gende tiltak mot
alvorlige sykehus-
infeksjoner. Nyttig
oppslagsverk.



KARIN MARTINSEN
OG KATIE ERIKSSON

Å se og å innse

Hovedtema i boken er evidens.
Det har å gjøre med det som er
gyldig, det som er til å stole på.
Forfatterne ser nærmere på en
mangfoldig evidensbasering,
forankret i den humanvitenskapelige
tradisjon.





Sytvi Vullum
Intensivsykepleier,
intensivavdelingen, Akershus
universitetssykehus.



Tove Høyemsvoll
Intensivsykepleier,
intensivavdelingen, Akershus
universitetssykehus.

Ulike metoder for respiratoravvenning

Respiratorbehandling er en avansert og ressurskrevende behandling som bidrar til å redde mange pasienters liv. Men den kan også forårsake til dels alvorlige komplikasjoner hvis ikke behandlingen utføres faglig forsvarlig.

En del komplikasjoner vil være avhengig av respiratortid. Det er derfor et mål å avvenne pasienten fra respiratoren så raskt som mulig. Forskning antyder at mellom 36–59 prosent av den totale respiratortiden benyttes til avvenning (1,2,3). Denne artikkelen er basert på en kartlegging av rutiner for respiratoravvenning ved intensivavdelingen ved Akershus universitetssykehus (Ahus). Vi har forsøkt å besvare følgende spørsmål: «Bruker vi en spesiell avvenningsmetode i større grad enn andre? Er vår praksis i tråd med gjeldende litteratur og forskning på området? Utfører vi kunnskapsbasert respiratoravvenning?» Vi har innhentet data fra respiratorbehandling av 49 pasienter med KOLS eller pneumoni med respiratortid \geq sju døgn over en fireårs periode.

Avvenningsmetoder

Respiratoravvenning er en kontinuerlig prosess der pasienten gradvis overtar respirasjonsarbeidet selv, og bør ideelt sett starte når pasienten legges på respirator (4,5).

Avvenningsmetoder som anbefales i litteraturen er SIMV (synkronisert intermitterende obligatorisk ventilasjon), PS (trykkunderstøtte), T-stykke, ekstern CPAP (kontinuerlig positivt luftveistrykk) og NIV (non-invasiv ventilasjon). Det hersker stor enighet om hvorvidt daglig forsøk med SBT (spontaneous breathing trial) er det første skritt mot ekstubering. SBT innebærer i generelle trekk at pasientens spontanpustende evne sjekkes daglig. Variasjonene kommer til uttrykk i kriterier for blant annet oppstart, metode, varighet og tiltak etter vellykket SBT (2,3,6-11).

Protokoll

Intensivavdelingen ved Ahus startet med protokoll for respiratoravvenning i november 2003. Bakgrunnen var blant annet de gode resultatene fra Legeforeningens nasjonale gjennom-

bruddsprosjekt i 2000, som omhandlet bruk av sedasjon- og avvenningsprotokoller ved respiratorbehandling over 24 timer. Dette føyde seg inn i rekken av solid dokumentasjon på at respiratoravvenning utført etter protokoll ga fordeler som reduksjon av respiratortid, kortere liggetid på intensivavdelingen og færre komplikasjoner knyttet til respiratorbehandling (1,9,12-15).

Helsepersonelloven stiller krav til at pasienten får faglig forsvarlig behandling. Det innebærer blant annet kunnskapsbasert praksis, erfaringskunnskap og pasientkunnskap som grunnlag for handlinger og avgjørelser i en gitt situasjon (16,17,18). Faglig forsvarlighet omfatter både enkeltstående handlinger og virksomhet utøvd over tid (19). Det stilles dermed krav til at rutiner og metoder for respiratoravvenning i en avdeling skal være kunnskapsbasert.

Et godt hjelpemiddel for å vurdere egen praksis er metavisjon (MV). MV er et klinisk elektronisk dokumentasjonssystem som kontinuerlig registrerer kliniske data i pasientbehandlingen. Disse dataene ble tidligere ført på papirkurver og observasjonsskjema (20). Informasjon fra medisinsk teknisk utstyr overføres automatisk til systemet, og alle observasjoner og medikamenter som gis blir dokumentert her. Dette gir oss en unik database med uendelige muligheter til å hente fram og sammenligne ulike data over lengre tidsperioder. MV ble innført i avdelingen i 2000 (Les om metoden i nettutgaven av artikkelen på sykepleien.no).

Inkluderingskriterier var pasienter der respiratoravvenning var initiert i ordinasjonspakken og med respiratordøgn \geq sju. Pasienter som døde under intensivoppholdet og som var under 18 år ble ekskludert. Ut ifra dette ble 49 pasienter inkludert, henholdsvis 38 pasienter med pneumoni og elleve pasienter med KOLS. 66 pasienter ble ekskludert. Tallmaterialet ble lagt inn i en matrise i statistikkprogrammet NSDstat. Vi presenterer våre funn i tabeller hentet ut fra statistikkprogrammet.

www.sykepleien.no

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

Søkeord:

- › Intensiv
- › Respirator
- › Respirasjon





NEDTRAPPING: Avvenning fra respirator kan være en lang og krevende prosess for pasienten. Illustrasjonsfoto: Erik M. Sundt

Presentasjon av kartleggingen

Ved Ahus er T-stykke, PS, ekstern CPAP og proppet kanyle de avvenningsmetodene som brukes. Kunstig nese blir ikke benyttet da erfaringer tilsier at det gir for dårlig fukting for denne pasientgruppen, da kanylene/tubene har tendens til å gå tette av sekret. Hess (21) sier i sin artikkel at passive fuktere som blant annet kunstig nese bør unngås, men begrunner dette ut ifra dødrom- og motstandsproblematikk.

Trykkunderstøtte (PS)

Videreutvikling av respiratoren til dagens standard har resultert i at trykkunderstøttet ventilasjon ofte benyttes som avvenningsmetode i form av gradvis reduksjon av inspirasjonstrykket (5). Respiratoren etterligner i større grad pasientenes individuelle respirasjonsmønstre, og bidrar til økt pasientkomfort ved bruk av blant annet flowtrigger, ATC (automatic tube compensation) og risetime. Andre fordeler er at en ikke trenger ekstrastyr bedside, respirasjonsstøtten kan lett gjenopprettes ved behov, og monitorering og alarmer er som før (21). Flere studier konkluderer med at PS er overordnet SIMV som avvenningsmetode (7,22-24).

Alle pasientene i kartleggingen fikk redusert trykkstøtten før eventuelt andre metoder ble benyttet i avvenningsfasen. Når respiratoravvenningen ble initiert av lege i MV, var gjennomsnittsverdiene på trykkstøtte 12,6 cm H₂O, PEEP 6,8 cm H₂O og FiO₂ 0,38. Dette er innstillinger hvor protokollen sier at lege skal vurdere veien videre. Med andre ord blir avvenningsstart initiert når vi befinner oss i trinn 6 av totalt 7 trinn i protokollen (fig. 1). Et naturlig spørsmål er da om vi kommer for sent i gang med respiratoravvenning, når en ofte befinner seg i siste halvdel av protokollen når den startes opp.

Ekstern CPAP og T-stykke

Ekstern CPAP har et bredt bruksområde for både barn og

voksne, og forbindes ofte med avvenning. Ved hjelp av et positivt luftveistrykk under både inspirasjon og ekspirasjon bedres oksygeneringen gjennom blant annet økt lungevolum og redusert shunting (5). I litteraturen nevnes bruk av CPAP i forbindelse med SBT, og den likestilles i så måte med T-stykke og PS (6,8,24-27). T-stykke innebærer at pasienten puster i et enveis slangesystem med høy flow. Fordi systemet er uten ventiler har det lav luftveismotstand, noe som er gunstig for pasienter med dårlig muskelkraft (5).

Vi fant at vår bruk av ekstern CPAP har gått ned fra 57 prosent (åtte av 14) i 2005 til 11 prosent (én av ni) i 2007 (fig. 2).

Respiratoravvenning er en kontinuerlig prosess der pasienten gradvis overtar respirasjonsarbeidet selv.

Forklaringen på dette kan være at bruk av PS som avvenningsmetode de siste årene har flere fordeler som nevnt over, og gjør at ekstern CPAP ikke lenger fremstår som et førstevalg. På lik linje er bruk av T-stykke kraftig redusert (fig. 3). I 2004 og 2005 brukte henholdsvis 15 av 17 og 11 av 14 pasienter T-stykke, mot to pasienter i både 2006 og 2007.

Trakeotomi og proppet kanyle

Vi har ikke funnet litteratur/studier som direkte nevner bruk av proppet kanyle som et ledd i pasientens avvenning fra respiratoren. Det eksisterer derimot studier hvor trakeotomi er et ekskluderingskriterium (3,11,23,28). I litteraturen ser vi at diskusjonen om trakeotomi dreier seg om når den skal utføres.



Hovedtrenden er at det bør vurderes hos pasienter som forventes å ligge \geq sju dager på respirator, og bør utføres etter fem til ti dager på respirator (1,13,29). I studien til Combes et al. (30) ser de at 75 av 166 pasienter som krevde langvarig respiratorbehandling, definert til \geq tre døgn, og ble trakeotomert innen ti dager etter ankomst intensiv, hadde fordel av dette i form av bedre overlevelse, kortere respiratortid og færre intensivdøgn. En artikkel fremhever også at pasienter som fikk utført trakeotomi med perkutan dilatasjonsteknikk hadde signifikant kortere tid på respirator og i intensivavdelingen, sammenlignet med dem som fikk utført kirurgisk trakeotomi (13).

Fordelene med trakeotomi i avvenningsprosessen er flere. Blant annet letter det tann- og munhygiene, kommunikasjon, inntak av mat og drikke, fiksasjon samt tubetoleranse i våken tilstand. En trakeotomi gir også mindre tubemotstand på grunn av lengde, sikrer frie luftveier og letter slimmobilisering (1,31).

Alle pasientene i kartleggingen fikk utført trakeotomi. Dessverre har vi ikke registrert når i forløpet dette ble utført. Mellom 60–87 prosent benyttet proppet kanyle som avvenningsmetode (fig. 4). Praksis er at pasienten blir vurdert ekstuberingsklar når han gradvis mestrer å ligge lengre og lengre perioder med proppet kanyle, opp til 24 timer. For å kunne proppe kanylen må den byttes til en Bivona (fig. 5), eventuelt en Shiley. Ved Ahus utføres trakeotomi inne på stuen av en karkirurg ved hjelp av perkutan dilatasjonsteknikk.

Individuelle tilpasninger

Meade et al (24) har gjennomgått 16 randomiserte kontrollerte studier, og oppsummerer med at det er ulike terskler for å bestemme når en pasient er klar for å starte avvenning, ulike kriterier for vellykket avvenning og ulike terskel for ekstubering. Dette overskygger innflytelsen av alternative avvenningsmetoder og strategier. Og det er vanskelig å få eksakte resultater til tross for at kriteriene som blir beskrevet i forsøkene synes å være like. Kartleggingen viser at hos 78 prosent av pasientene

ble det forsøkt to eller tre avvenningsmetoder før man nådde målet (fig. 6). Dette resultatet styrker tanken om at respiratorpasienter under langvarig behandling krever individuelle tilpasninger og vurderinger i avvenningsfasen. Det viser også at det er vanskelig å foretrekke en metode framfor en annen.

Avvenningsdøgn

MacIntyre et al (1) viser til at 42 prosent av respiratortiden benyttes til avvenning, og at dette tallet trolig er høyere hos pasienter med langvarig respiratorbehandling. I all hovedsak defineres langvarig respiratorbehandling som liggetid \geq tre–sju døgn (4,27,32). En studie utført av Matic og Majeric-Kogler (2) fant en avvenningstid på 40 prosent av den totale respiratortiden, og at hos KOLS pasienter er denne tiden økt til 59 prosent. I en senere studie med KOLS pasienter finner Matic et al (3) en avvenningstid på 43 prosent med T-stykke og 36 prosent med PS.

Kartleggingen viser at vår pasientgruppe bruker 60 prosent av den totale respiratortiden til avvenning (fig. 7 og 8). Dette er i samsvar med de tallene Matic og Majeric-Kogler (2) fant i sin studie. Det kan virke som at avvenningsprosessen hos disse pasientene er langvarige og krever individuell tilpasning, noe som også samsvarer med funnene om antall avvenningsmetoder som er benyttet. En kan undre seg over om lang avvenningstid er et uttrykk for at respiratoravvenning blir initiert for tidlig hos denne pasientgruppen. Dette strider med tanken om at gjennomsnittsverdiene på respiratoren ved oppstart tilsier at vi kommer for sent i gang med protokollen. Et annet sentralt spørsmål er om vi bruker for lang tid i den siste fasen av avvenningen før ekstubasjon.

Reintubasjon

Det er forskjellige definisjoner på vellykket avvenning i litteraturen. Hovedvekten ligger på at pasienten ikke blir reintubert innen 48 timer (8,23). Salam et al (33) hevder i sin artikkel at mislykket ekstubering i en intensivsenhet ikke er uvanlig, og at raten ligger mellom 2–20 prosent. Hvorvidt pasienten har behov for NIV etter ekstubasjon vektlegges forskjellig i studiene (24,34). Meade et al (10) sier blant annet at det kan være en fordel å ekstubere tidlig og bruke NIV etterpå.

Ved Ahus anses respiratoravvenningen som vellykket når pasienten har pustet spontant i) 24 timer, uavhengig om pasienten i etterkant har behov for NIV eller ikke. Kartleggingen viser at ti av 49 (20 prosent) pasienter ble reintubert før trakeotomi. En pasient ble reintubert innen 48 timer, de resterende ni innen 24 timer. Hvorvidt dette tallet er representativt for reintubasjonsraten generelt på avdelingen er usikkert. Vi antar at gjennomsnittet ligger lavere da gjennomsnittlig respiratortid i 2006 ved Ahus var fire døgn, og tenker at det er en sammenheng mellom lang respiratortid og reintubasjon. Til sammenligning er gjennomsnittlig respiratortid 13,2–17,7 dager på pasientene inkludert i denne kartleggingen.

Diskusjon

Når vi evaluerer vår kliniske praksis, kan vi da si vi jobber kunnskapsbasert? Tar vi faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert og erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i den gitte situasjonen?

Forskningsbasert kunnskap gir ikke et entydig svar på hvilken strategi man bør benytte seg av for å avvenne langvarige respiratorpasienter. Dette samsvarer med tallene hentet fra egen

Figur 7. Gjennomsnitt respiratordøgn

År	Gj.snitt	Min	Maks	Sum	Antall pas
2004	16.55	7.15	36.05	281.38	17
2005	17.55	7.21	42.92	245.72	14
2006	17.79	7.02	35.81	142.31	8
2007	20.60	8.88	58.65	206.00	10
Total	17.87	7.02	58.65	875.41	49

Figur 8 Gjennomsnitt respiratoravvenningsdøgn

År	Gj.snitt	Min	Maks	Sum	Antall pas
2004	10.53	3.50	27.04	178.97	17
2005	9.23	1.25	26.96	129.19	14
2006	12.66	1.75	25.17	101.27	8
2007	12.22	2.00	43.00	122.18	10
Total	10.85	1.25	43.00	531.61	49

praksis. Det er gjort studie på om resultatene fra de siste års forskning har forandret den kliniske praksisen når det gjelder respiratoravvenning. Esteban et al (22) konkluderer med at det virker som resultatene av nyere studier har forbedret respiratorbehandlingen internasjonalt. De fleste har skiftet avvenningsstrategi i årene 1998 til 2004. Våre funn samsvarer med mange av konklusjonene fra denne studien. Vi bruker i økende grad trykkstøtte fremfor T-stykke og ekstern CPAP for å teste pasientens spontanpustende evne. NIV brukes i økende grad, og bruk av SIMV har sunket dramatisk. Vi kan konkludere med at resultater fra studier har hatt innvirkning på den kliniske praksisen ved Ahus.

Bruken av proppet kanyle på Ahus er basert på erfaringsbasert kunnskap. På avdelingen er vi svært tilfredse med å bruke proppet kanyle som et ledd i å avvenne pasienter fra respirator. Vi ser at de fleste pasienter tolererer proppet kanyle godt, verdsetter muligheten til å snakke og opplever større pasientkomfort. Vi har ikke lyktes med å finne litteratur som støtter denne strategien. En kan stille spørsmål om det er bra å følge denne erfaringsbaserte strategien, og om det er fornuftig bruk i forhold til kostnader og respiratoravvenningstid. På avdelingen er også hovedtrenden å ekstubere pasientene etter 24 timer med SBT. Her velger vi å følge erfaringsbasert kunnskap framfor forskningsbasert. Flertallet av studier anbefaler å vurdere ekstubasjon etter 30–120 minutter med vellykket SBT (2,3,6,8,10,11,23). Studier viser også at reintubasjonsraten ikke reduseres dersom en venter lenger med å ekstubere (7,34).

Avvenning fra respirator kan være en svært krevende og slit-som prosess for pasienten. Det kreves høy grad av motivering og tilstedeværelse av fagpersonell for å veilede og støtte pasienten gjennom denne tiden. Ved å gi pasienten informasjon, valgmuligheter og motivasjon kan man spille på lag med pasienten. Slik brukermedvirkning vil også føre til at avvenningsprosessen går lettere. Avvenning fra respirator hos pasientene som er vanskelige å avvenne, representerer en sann kunst innen intensivsykepleie. Avvenning er en komplisert prosess som krever strategier

kombinert med subjektive kriterier for optimal profittering hos pasienten (35).

Konklusjon

Vår kartlegging viser at vi benytter kunnskapsbasert praksis ved respiratoravvenning. Vi bruker i utstrakt grad PS og proppet kanyle i avvenningsfasen. Ekstern CPAP og T-stykke brukes i mindre grad, hvilket samsvarer med internasjonale studier. Med dagens kunnskap er det umulig å si om vår fremgangs-

Respiratorpasienter under langvarig behandling krever individuelle tilpasninger og vurderinger i avvenningsfasen.

måte bidrar til en kortere avvenningstid enn om vi hadde valgt andre metoder. Studier konkluderer med at alternative avvenningsmetoder og strategier som benyttes ikke er det avgjørende. Det overskygges av ulike kriterier for start av avvenning, ulike definisjoner av vellykket avvenning samt ulik terskel for reintubering.

Bruk av avvenningsprotokoll og daglig SBT bidrar til kortere respiratortid. Samtidig fremheves viktigheten av individuell tilpasning der det tas hensyn til erfaringskunnskap, brukerkunnskap og brukermedvirkning. På bakgrunn av gjeldende litteratur og forskning ser vi at det kan være formålstjenlig å ha mer fokus på SBT og tidspunkt for ekstubering enn hva vi har i dag. I tillegg ser vi at pasientkomfort og individuell tilpasning blir vektlagt i form av trakeotomi, bruk av proppet kanyle og variasjon av ulike avvenningsmetoder.

I arbeidet med denne kartleggingen har vi tilegnet oss oppdatert kunnskap på et viktig fagområde. Dette gir oss et grunnlag for å revidere gjeldende protokoll samt å bidra til utvikling av klinisk praksis i fremtiden. ■■■

LITTERATUR

- MacIntyre NR, et al. Evidence-based guidelines for weaning and discontinuing ventilatory support. *Chest* 2001; 120(6): 374-95.
- Matic I, Majeric-Kogler V. Comparison of pressure support and T-tube weaning from mechanical ventilation: randomized prospective study. *Croatian Medical Journal* 2004; 45(2): 162-6.
- Matic I, et al. Chronic obstructive pulmonary disease and weaning the difficult-to-wean patients from mechanical ventilation: Randomized prospective study. *Croatian Medical Journal* 2007; 48(1): 51-8.
- Crocker C. Nurse led weaning from ventilatory and respiratory support. *Intensive Critical Care Nursing* 2002; 18: 272-9.
- Dybwik K. Respiratorbehandling – lærebok for sykepleiere. 2. ed. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2001.
- Alia I, Esteban A. Weaning from mechanical ventilation. *Critical Care* 2000; 4(2): 72-80.
- Cattapan SE, Fahey PJ. Weaning from mechanical ventilation: update on the latest strategies. *Journal of Respiratory Diseases* 2003; 24(5): 206-12.
- Cohen J, et al. Extubation outcome following a spontaneous breathing trial with automatic tube compensation versus continuous positive airway pressure. *Critical Care Medicine* 2006; 34(3): 682-6.
- Meade MO, et al. Weaning from mechanical ventilation: the evidence from clinical research. *Respiratory Care* 2001a; 46 (12): 1408-17.
- Tanios MA, et al. A randomized, controlled trial of the role of weaning predictors in clinical decision making. *Critical Care Medicine* 2006; 34 (10): 2530-5.
- Younsuck K, et al. Effect of an additional 1-hour T-piece trial on weaning outcome at minimal pressure support. *Journal of Critical Care* 2000; 15(2): 41-5.
- Brattøebø H, et al. Reduksjon i respiratortid ved systematisk kvalitetsarbeid. *Tidsskrift Den norske lægeforsening* 2003; 123(5): 634-7.
- Burns SM, et al. Implementation of an institutional program to improve clinical and financial outcomes of mechanically ventilated patients. One-year outcomes and lessons learned. *Critical Care Medicine* 2003; 31 (12): 2752-63.
- Marellich G, et al. Protocol weaning of mechanical ventilation in medical and surgical patients by respiratory care practitioners and nurses: Effect on weaning time and incidence of ventilator-associated pneumonia. *Chest* 2000; 118(2): 459-67.
- Sundar T. Systemforenklinger gir resultatgjennombrudd. *Tidsskrift Den norske lægeforsening* 2000; 120 (14): 1680-1.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2007). *Nasjonal helseplan (2007-2010)*.
- Lov om Helsepersonell (1999). www.lovdatab.no
- Nortvedt MW, m.fl. Å arbeide og undervise kunnskapsbasert – en arbeidsbok for sykepleiere. Oslo: Norsk sykepleierforbund, 2007.
- Molven O. Kravet om faglig forsvarlighet. *Tidsskrift Sykepleien* 2000; 14: 48-9.
- Nestande U, Brekke A. Elektronisk dokumentasjon i en intensivavdeling. *Fagocopet* 2001; 4: 20-5.
- Hess DR. Ventilator modes used in weaning. *Chest* 2001; 120(6), Suppl: 474s-6s.
- Esteban A, et al. Evolution of mechanical ventilation in response to clinical research. *AM J of Respiratory and Critical Care Medicine* 2008; 177: 170-7.
- Haberthür C, et al. Extubation after breathing trials with automatic tube compensation, T-tube, or pressure support ventilation. *Acta anaesthesiologica Scandinavica* 2002; 46(8): 973-9.
- Meade MO, et al. Trials comparing alternative weaning modes and discontinuation assessments. *Chest* 2001b; 120(6), Suppl: 425s-37s.
- Butler R, et al. Is there a preferred technique for weaning the difficult-to-wean patient? A systematic review of the literature. *Critical Care Medicine* 1999; 27 (11): 2331-36.
- Khamies M, et al. Predictors of extubation outcome in patients who have successfully completed a spontaneous breathing trial. *Chest* 2001; 120(4): 1262-70.
- Richardson A, Killen A. How long do patients spend weaning from CPAP in critical care? *Intensive and Critical Care Nursing* 2006; 22(4): 206-13.
- Ferrer M, et al. Noninvasive ventilation during persistent weaning failure: a randomized controlled trial. *AM J of Respiratory and Critical Care Medicine* 2003; 168(1): 70-6.
- Quintel M, Brauer A. Timing of tracheostomy. *Minerva Anestesiologica* 2008 Okt. PMID 18946428 (abstract)
- Combes A, et al. Is tracheostomy associated with better outcomes for patients requiring long-term mechanical ventilation? *Critical Care Medicine* 2007; 35(3): 802-7.
- Bakkelund J, Thorsen B. Lungesvikt. I: Gulbrandsen T, Stubberud DG (red). *Intensivsykepleie*. Oslo: Akribe Forlag, 2005: 187-263.
- Epstein CD, et al. Weaning older patients from long-term mechanical ventilation: A pilot study. *American Journal of Critical Care* 2002; 11(4): 369-77.
- Salam A, et al. The effect of arterial blood gas values on extubation decisions. *Respiratory Care* 2003; 48 (11): 1033-7.
- Robertson TE, et al. Improved extubation rates and earlier liberation from mechanical ventilation with implementation of a daily spontaneous-breathing trial protocol. *American college of surgeons* 2008; 206 (3): 489-95.
- Harris J. Weaning from mechanical ventilation: relating the literature to nursing practice. *Nursing in Critical Care* 2001; 6(5): 226-31.



Monir Saadati, sykepleier, hjersteovervåking, A-hus

Åpner seg lettere for

For kvinnelige pasienter med iransk kultur- bakgrunn kan møte med norske sykepleiere gjøre vondt verre.

I forbindelse med min undersøkelse av iranske kvinners smerte- beskrivelser har jeg intervjuet fem kvinner med iransk kul- turbakgrunn som har bodd i Norge i mer enn ti år. Den yngste respondenten er 39 år og den eldste er 55 år gammel.

Smerte og kultur

Smertelindring er en viktig del av sykepleiefunksjonen, og fler- kulturelle pasienter har, på lik linje med norske pasienter, krav på riktig og tilfredsstillende behandling. Tidligere forskning bekrefter at manglende kunnskap om andre kulturer blant sykepleiere kan føre til at de viser pasienten mistillit og undervurderer hennes subjektive smerteopplevelser, -intensitet og -kompleksitet (1). Det ligger spesielle utfordringer i å tolke pasienters smerteerfaringer når pasient og helsearbeider ikke har felles kultur og språk. Sykepleieres manglende kjennskap og forståelse for kvinner med iransk kulturbakgrunn kan redusere smertebehandlings kvaliteten og effektivitet.

Etnosentrisk sykepleie

Kvinner med iransk kulturbakgrunn trenger som andre flerkul- turelle pasienter å bli godkjent og forstått for sine subjektive smerte- opplevelser og -beskrivelser. Ingen annen enn personen selv kan bedømme når og hvordan smerten oppleves (2).

Å bli forstått kan føre til større tillit og økt trygghet hos iran- ske kvinner.

Sykepleiere med mindre kjennskap til flerkulturelle pasienter kan være mer etnosentriske, det vil si at de vurderer pasienter ut fra sine egne kulturelle verdier (3). Sykepleiere har lært å reagere og tenke på smerte på en bestemt måte, og de vurderer kvinners smertetilstand med utgangspunkt i sine egne, kjente verdier. Denne holdning medfører at flerkulturelle pasienter ikke vurderes som aktive, søkende og reflekterte personer. Forholdet mellom sykepleier og pasient blir derfor preget av makt og lite åpenhet (3,4).

Sykepleiere forholder seg til smerteintensitet, -varighet og -lokalisering slik at de kan få oversikt over den fysiske smertetil- standen og gi rutinemessige smertestillende midler. Sykepleiers likegyldighet i forhold til subjektive smerteopplevelser kan føre til misforståelser og skape en følelse av isolasjon, angst og de- presjon hos kvinnene. Opplevelse av isolasjon hos kvinnen kan påvirke både deres egne og sykepleieres reaksjoner. Kvinnene reagerer ofte med taushet og prater mindre om smertene sine.

Relasjonen til sykepleier blir overfladisk og preget av mistillit.

Det å bli mistrodd og misforstått er en kulturell smerte (3) som påvirker kvinnes handlinger. De gråter mye, får dårlig selvtilitt og stiller spørsmål ved egen tilstedeværelse og identitet, sin egen eksistens (5). Iranske kvinner spør seg selv hvorfor sykepleiere be- handler dem på denne måten, eller de prøver å finne grunnen til at sykepleiere ikke tror på deres subjektive smerteopplevelse. I tillegg kan sykepleieres etnosentriske innstilling medføre en mistillit til kvinnene som kan resultere i at de ikke får tilstrekkelig smertelin- dring. Dette kan gjøre at kvinnene opplever sykepleierne som lite kompetente og medføre at de får et negativt syn på norsk helsevesen. Å spørre om smertestillende midler kan være krevende for disse kvinnene. De opplever å bli møtt med mistro i forhold til sin egen smerteopplevelse når sykepleier vil vente å se an smertenivået før de gir dem medisiner. Ventetiden for å få smertestillende medisiner kan føre til at kvinnene ikke ber om medisiner, men heller bruker sine egne tabletter. De opplever det som en fornærmelse å bli be- handlet på denne måten og foretrekker derfor å tie om smertene fremfor å spørre om smertestillende midler. De er også redde for å bli mistenkt for å være misbrukere. Opplevelsen av å bli mistenkt som medisinmisbruker medfører skam og er psykisk belastende.

Transkulturell sykepleie

Transkulturell sykepleie vektlegger å oppdage og sammenligne ulike kulturelle omsorgsverdier, tro og måten omsorg utføres på i ulike kulturer (3). Dette er komplekst og krever både kunnskap, ferdigheter og holdningsendringer (6).

Sykepleiere som ofte møter og kommuniserer med flerkulturelle pasienter lærer å være mer åpne, likeverdige og mindre etnosen- triske i forhold til kvinnene. De viser større evne til å oppfatte kvinnenes beskjeder riktig og tolker dem ut ifra kvinnenes egen forståelse av sin smertetilstand. Dette er spesielt viktig etter som kvinnene ofte viser andre kroppslige tegn på og holdninger til sine smerter enn nordmenn. Iranske kvinners opplevelse av åpenhet og gjensidighet viser at disse sykepleierne har bygd en sterk bro mellom seg og kvinnene for å få kontakt med deres sårbare sjel, preget av kroniske smerter og det å være i et fremmed i land.

Dette fører til at kvinnene, i motsetning til hva de er lært opp til i sin kultur, åpner seg og prater om sine smerteopplevelser og forsøker å overvinne angst og depresjoner. Et slikt gjensidig og likeverdig forhold mellom pasient og sykepleier oppfyller kravet til transkul- turell sykepleie og bidrar til at pasientenes individuelle behov kan bli tilfredstilt best mulig (3). Å bli godkjent og forstått er et avgjørende behov hos kvinnene. Opplevelse av respekt og mer likeverdig be- handling preger kvinnenes opplevelser av sykepleie. Sykepleiere med transkulturelle holdninger har ført til at iranske kvinner anstrenger seg mindre for å oppføre seg likt som norske kvinnelige pasienter i smertetilstanden. De har blitt akseptert og respektert som iranske kvinner, og det har hatt betydning for deres selvtilitt i smertesitu-asjonen. Årsaken er at flerkulturelle pasienter har mindre selvtilitt i en sykdomssituasjon på grunn av kulturforskjeller og trenger derfor mer sosial støtte. De trenger at noen forstår deres tanker, følelser og oppførsel og gir dem råd og veiledning. Dette kan gjøre at pasienters

www.sykepleien.no

Les mer og finn littera- turhenvisninger på våre nettsider.

Søkeord:

- ▶ Sykepleie-pasient- forhold
- ▶ Innvandrer
- ▶ Smerte
- ▶ Intervju
- ▶ Kvinne



flerkulturelle sykepleiere



identitet opprettholdes slik at selvfølelsen og mestringskapasiteten økes (7). Det å oppleve nærhet til sykepleierne kan også til en viss grad skape tillit og bidra til at kvinnene blir mindre konservative og viser mer av sine følelser og tanker.

Flerkulturelle sykepleiere

Relasjonen mellom kvinnene med iransk kulturbakgrunn og flerkulturelle sykepleiere er ofte preget av åpenhet og god kommunikasjon på grunn av felles erfaringer og opplevelser. Felles opplevelser gjør at de lettere forstår hverandre. Flerkulturelle sykepleiere kan ofte vise mer respekt for at smerteopplevelser hos iranske kvinner er ulike norske kvinners smerteopplevelser. Bedre kommunikasjon har ført til åpne samtaler og igjen bidratt til at de har kommet hverandre nærmere. Å bli forstått kan føre til større tillit og økt trygghet hos iranske kvinner. ■■■

LITTERATUR

1. Saadati M. Hvordan beskriver kvinner med iransk kulturbakgrunn sine kroniske smerter og interaksjon med norske sykepleiere? Oslo: UiO, 2006.
2. McCaffery M. Nursing the patient in Pain. London: Harper and Row Publishers Ltd., 1983.
3. Leininger M, McFarland MR. Transcultural nursing : concept, theories, research and practice. Newyork: McGraw-Hill, 2002.
4. Martinsen K. Omsorg i sykepleien – en moralsk utfordring. København: Munksgaard, 1989.
5. Fasting U, Lundroff L. Smertebehandling i klinisk praksis. København: Munksgaard, 2001.
6. Lipson JG, Steiger NJ. Self-Care Nursing in a Multicultural Context. California: SAGA Publications, Inc., 1996.
7. Kristoffersen NJ, Nortvedt F, Skaug EA. Grunnleggende Sykepleie. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, 2005.

GOD TONE: Iranske kvinner som får smertebehandling føler seg ofte bedre ivaretatt av flerkulturelle sykepleiere. Illustrasjonsfoto: Sean Justice/Corbis

Ann HeberleinAktuell med: *Jeg vil ikke dø, jeg vil bare ikke leve*

Yrke: Forsker i etikk ved Lunds universitet

Forfatter og kulturjournalist

Bosted: Skåne i Sverige

Alder: 39 år

Kampen mot de

Utad er hun typisk vellykket. Hun er gift og har tre barn. Doktorgrad i teologi. Likevel kjemper Ann Heberlein mot trangen til å ta livet av seg.

Tekst Geir Arne Johansen Foto Sofia Runarsdotter

I boken «Jeg vil ikke dø, jeg vil bare ikke leve», beskriver hun hvordan det er å leve med en kronisk sykdom som ikke synes. Tittelen gjenspeiler et sentralt problem for mange suicidale mennesker, mener hun.

– Det er jo ikke ønsket om å dø som driver deg til selvmord. Det er mer opplevelsen av ikke å takle livet du lever, sier Ann Heberlein.

«Jeg har alt man kan begjære. Jeg har mer. Hva er det som er galt med meg? Hvorfor pågår det en stadig verdenskrig i hjernen min?» (Fra boken).

Hun fikk diagnosen bipolar type 2 (manisk depressiv) året hun fylte tretti. Da hadde hun allerede vært syk i mange år.

– Da hadde jeg vært av og på ulike antidepressive medikamenter i lang tid. Diagnosen fikk jeg først da jeg møtte en psykiater som la vekt på å se hele bildet, og som tok seg bryet med å snakke med mannen min. Som min nærmeste er han i stand til å se og tolke signaler, forteller Heberlein.

Mens hun skrev var det aldri i hennes tanker at teksten skulle publiseres. Boken bygger på dagboknotater fra sensommeren 2008. Der skriver hun nakent og nøkternt om sine mørkeste stunder.

– Det å skrive er min måte å overleve på når all annen kommunikasjon bryter sammen. Men når teksten likevel sto der, og jeg fremdeles var i live, begynte jeg å tenke på om dette kunne være av interesse for andre. Om den

kanskje kunne være med på å gi en større forståelse av hvordan det er å leve med en bipolar lidelse. Derfor lot jeg noen av mine mest betrodde lese det jeg hadde skrevet.

«Jeg står ved havet. Jeg står i havnen og ser ut over havet. Det ser mørkt ut. Kaldt. Jeg lurar på om jeg skal hoppe uti. Jeg er ikke spesielt lysten på å bade. Jeg er ikke spesielt lysten på å leve. Det burde være tilstrekkelig dypt her, eller hva. Hvis Gotlandsfergen får plass, burde det være tilstrekkelig dypt til å kunne drukne». (Fra boken).

– Det er viktig for meg å understreke at jeg, i likhet med de fleste andre som har depressive sykdommer, faktisk er frisk mesteparten av tiden. Jeg er snart førti, og har hatt fire veldig alvorlige episoder. Disse fant sted da jeg var henholdsvis 15-16, 20, 30 og 38 år.

I de maniske periodene har hun verken sovet eller spist. Da har hun rast ned i vekt og ført et hektisk sosialt liv. Hun har vært svært kreativ og effektiv. Skrevet, diskutert og debattert.

– Men det er slitsomt å leve med en kronisk sykdom som krever stadig medisiner. I likhet med epilepsi og diabetes. I sykdomsperiodene må jeg leve med humørsvingninger, angst og selvmordstanker.

«Jeg forstår faktisk ikke hvordan det ble slik. Jeg forstår det overhodet ikke. Jeg hadde jo alle forutsetninger for å gjøre noe bra med livet mitt. Jeg er intelligent, vakker, sosialt begavet. Jeg har venner, en oppvekst som i hvert

indre demonene

fall ikke er dårligere enn de fleste andres, et ekteskap som ikke er plettfritt, men i det store og hele er bra». (Fra boken).

– Alle sykdommer er mer eller mindre vanskelige å håndtere. Men jeg har for eksempel aldri hatt problemer med å skjote jobben min. Jeg er ekstremt pliktoppfyllende og veldig produktiv også i sykdomsperiodene. Jeg er temmelig godt kjent i Sverige, og tror min siste bok fikk såpass mye oppmerksomhet siden jeg oppfattes som fremgangsrisk, og at det ikke samsvarer med folks oppfatninger av psykisk syke.

Ifølge Heberlein er det mest av alt

Ann Heberlein mener det generelt finnes alt for lite kunnskap og alt for mange fordommer om psykiatri. Også om bipolare lidelser.

– Å sammenfatte schizofreni, utbrenthet, psykoser og depresjon under betegnelsen «psykiske lidelser» er fånyttet. Man oppsøker vel ikke en ortoped hvis man får lungebetennelse?

Etter at hun ga ut boken har hun mottatt hundrevis av brev fra mennesker som skriver at de kjenner seg igjen i det hun forteller. Pårørende til psykisk syke har takket henne og sagt at de forstår sine kjære bedre etter å ha lest boken.

*Jeg står i havnen og ser ut over havet.
Det ser mørkt ut. Kaldt.
Jeg lurer på om jeg skal hoppe uti.*

privatlivet det går ut over når hun er manisk. Da går hun inn i destruktive relasjoner, for siden å isolere seg og stenge alle som er glad i henne ute når hun er deprimert. I dag vil hun kalle seg frisk. Og hun tror hun vil fortsette å være det.

– Jeg må være svært nøye med medisineringen og livsstilen min. Først i februar i år fikk jeg medisiner som virker som de skal. Jeg kan ikke stresse for mye. Er avhengig av faste rutiner, og må sørge for riktig mengde søvn, mat og mosjon.

– Jeg har fått mange reaksjoner på boken, og de har nesten utelukkende vært positive. Hele hensikten med å publisere den har vært å fortelle hvordan det er å kjempe mot den stadige impulsen om å ta sitt eget liv. Hvor vanskelig det er. Og hvor lite hjelp det er å få.

– Stemmer det at du en gang vurderte å bli sykepleier?

– Ja, det stemmer. Men da jeg forsøkte meg i praksis, innså jeg snart at dette ikke lå for meg. Jeg er i bunn og grunn en teoretiker. ■■■



Village de livres

DET STARTET I WALES. Nærmere bestemt i den lille landsbyen Hay-on-Wye. Året var 1961, og den tidligere Oxford-studenten Richard Booth hadde en visjon om hvordan han kunne gjøre byen om til en turistmagnet. Nemlig ved å fylle den med bruktbokhandlere. Full av pågangsmot startet han det første bruktbokutsalg i byen. Den gamle kinoen i Hay sto ledig, og derfra solgte Booth trailerlass av brukte bøker. Verdens første bokby begynte så smått å ta form. Landsbyen ble raskt kjent i Storbritannia og ut over landets grenser. Ut over 1900-tallet bredte konseptet seg til andre europeiske land, også til Norge. Her ble den første bokbyen åpnet i 1995. Stedet var Mundal i Fjærland. Siden da har Tvedestrand lagt seg til listen. Før Richard Booth satte i gang det første bruktbokutsalg i Hay-on-Wye, var landsbyen nesten utdødd. En typisk bokby i dag kjennetegnes av at bruktbokhandelen gir stedet et dominerende særpreg. I tillegg har byene gjerne natur- og kulturomgivelser som er med på å gjøre dem interessante som reisemål. Hay-on-Wye teller nå 40 bokutsalg, og er sentrum for verdenskjente litteraturfestivaler. Hva skyldes så den voldsomme fascinasjonen for bokbyene og det de har å tilby? Det vi vet er at det aldri noen gang før har vært skrevet så mange nye bøker hvert år, med den konsekvens at disse raskt må vike for stadig nye titler. Samtidig har vi mer fritid enn før, og kan ikke oss å lese mange av de litterære godbitene som i dag kun er å få tak i hos bruktbokhandlere. «Where is Human Nature so Weak as in the Bookstore», uttalte den amerikanske slavemotstanderen Henry Ward Beecher i sin tid. Kanskje hadde han rett. En bekjent av meg sa en gang at hun burde sette lås på lommeboka alle de gangene hun falt for fristelsen til å gå inn i et antikvariat. Kontoen led, og hjemme ba de allerede overfylte bokhyllene om nåde. Nå er jeg imidlertid av den oppfatning at bøker er vel investert hva gjelder både tid og penger. Så jeg slutter meg til Tore Renberg og sier: «Jeg simpelthen elsker litteratur».



Geir Arne Johansen



Arne Teige
er psykiatrisk sykepleier ved Førde sentralsykehus.

I denne serien på 10 artikler gir han en grunnleggende innføring i de vanligste forskningsmetodene. Serien «Det metodiske hjørnet» skal sette leserne i stand til kritisk å vurdere nyere forskning i sitt arbeid.

Om ulike datatyper

Et «datasett» er «observasjoner og målinger som samles inn under en vitenskapelig undersøkelse». Et datasett består av individuelle data.

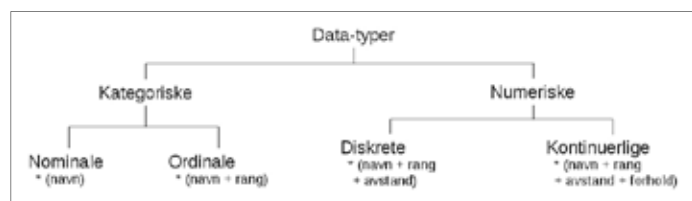
Vi kan dele «verden» opp på ulike måter. En grunnleggende måte er å dele verden inn i grupper. Da kategoriserer vi. Vi sier «hva» noe er, uten å si noe mer: dette er «en fisk», dette er «en terrorist». Slike data — der vi bare navngir — kalles nominale.

I tillegg til å «gi navn», kan vi sammenligne: «fisk 1 er større enn fisk 2». Sammenligningen foretas ved hjelp av et kriterium. I eksempelet er lengde eller vekt benyttet som kriterium. Sammenligningen setter oss i stand til å rangordne fangsten: «Min er større enn din!»

To prinsipper

Når vi måler noe, benytter vi to prinsipper. Vi knytter et tall til en observasjon. Dette gjør vi systematisk og konsistent ved hjelp av en skala eller målestokk. Skalaen deler verden opp i standardiserte, like enheter. Skalaen kan (men trenger ikke) ha et naturlig nullpunkt. Foreligger et naturlig nullpunkt, kan vi for eksempel trygt si at 2 meter er fire ganger så langt som 0.5 m. Vi kan skape meningsfulle tallforhold mellom observasjonene.

Figur 1. Målenivå for data.



Forskjellig statistisk teknikk

Mens det gir god mening å regne ut gjennomsnittet for numeriske datasett, er dette meningsløst for kategoriske. Dersom førti kvinner er «gravide», så er de «gravide», verken mer eller mindre. Generelt er hver enkelt statistisk teknikk tilpasset og bare gyldig for en type data.

Det samme gjelder grafiske figurer. Skal vi grafisk beskrive nominale data, kan vi benytte et søylediagram. Vi ser umiddelbart at å beskrive slike data ved et boksdiagram ikke gir mening.

Hvilket nivå vi velger for datasettet, avgjøres av hva vi finner praktisk og teoretisk hensiktsmessig. Inndelingen kan også forandres. Et eksempel kan belyse dette.

Studerer vi sammenhengen mellom «bruk av alkohol» og «trafikkulykker»

kan «bruk av alkohol» operasjonaliseres på følgende måter:

Tabell 1.

Datatype				
1) Nominal	Drikker		Drikker ikke	
2) Ordinal	Minst 1 gg/uke	Minst 1 gg/md.	Sjeldnere	Aldri
3) Diskré	5-7 enheter/uke	2-4 enheter/uke	1-2 enheter/uke	mindre
4) Numerisk	Alkoholnivå i blod	Skala 0.00 – 4.5	Målt i promille	

Mht. nivå 2: Her vet vi ikke sikkert om den som svarer «minst 1 g/uke» drikker mer enn den som svarer «minst 1 g/mnd.». Spørsmålet her er «hvordan ofte». Dette forholdet kan rangordnes.

Mht. nivå 3: Her har vi «operasjonalisert» mengden til «alkoholenheter / uke». En alkoholenhet tilsvarende 12 g alkohol/10 ml³. «Folk flest» vil ikke kjenne dette begrepet, så vi må omsette det til noe praktisk, f.eks 1 glass vin eller ei lita flaske pils.

Summerer vi alle som svarer at de drikker (uansett mengde) og de som ikke drikker, har vi «kodet om» dataene til nomi-

nalnivå. Omkodning skjer alltid fra «finere» til «grovere inndelinger». Omkodninga gjør at vi mister informasjon. Vi vet mer om de som har svart på skjema i gruppe 3, enn de

som har svart på skjema i gruppe 1.

Å avgjøre kategori

Om noe tilhører en kategori, kan noen ganger være vanskelig å avgjøre. Ta dette med kjønn. Hva er ei «kvinne»? Til daglig benytter vi ytre (tilfeldige) kjennetegn som påkledding, oppførsel og lignende. Blir vi pressa litt, vil vi definere «kvinne» som en person som har «kvinnelige kjønnsorganer». Tja? Caster Semeyana — den unge afrikanske kvinnen som nylig satte verdensrekord på 800 m, ble jo anklaget for å være mann. Testkriteriene de ville benytte, var ikke de vanlige, men hormonprofilen hennes. ■■

It is a capital mistake to theorize before one has data. *Sherlock Holmes*



HVOR MANGE: Eller hvor lange? Forskjellig type målinger krever forskjellige metoder. Foto: Colourbox.

www.sykepleien.no

Les også tidligere artikler i «Det metodiske hjørnet» under «Tema» på våre nettsider.





Englevakt – Rekruttering til en eldreomsorg i krise

Av Runar Bakken
101 sider
Forlaget Manifest 2009
ISBN: 978–82–92866 15–3
Anmelder: Inger Frogg Jørgensen,
psykiatrisk sykepleier

Liten, men viktig bok

ANMELDELSE: Førstelektor Runar Bakkens lille bok er ikke lystig lesning. Først og fremst er det en bok for landets politikere. De fleste bevisste sykepleiere er kjent med innholdet allerede. I 2025 vil helse-Norge trenge om lag 150 000 nye ansatte med kompetanse. Det innebærer at 40 prosent av jentekullene fra videregående skole velger et arbeid innenfor helsesektoren. Og det kommer de ikke til å gjøre.

Kvinnenes tause protest – gradvis å vende feltet ryggen – kan bli velferdsstatens alvorligste krise. Bakken peker på kapasitetskrisen i pleie- og omsorgssektoren. Denne kan ha som konsekvens at de faglig ansvarlige – sykepleierne – ikke ser det som realistisk å arbeide for best mulige tjenester, rett og slett på grunn av for mange kolleger uten relevant kompetanse, for mange små stillinger og for lite møtetid.

Forfatteren har en klar oppfatning av at lønsspørsmålet må løses politisk, og ikke overlates til partene i arbeidslivet. Han beskriver også vår tids kompetansevandring som han betegner som helsepolitisk «trafficking», der rekrutteringsbyråer bidrar til å tappe fattige land for den kompetansen de trenger selv.

Bakken hevder at fordi pleie- og omsorgsarbeidet kan assosieres med husmorarbeidet, får det en slik karakter at spørsmål om lønn, grunnbemannning og stillingsbrøker ikke skal ha betydning for omsorgskvaliteten. Det er når studenter møter dette misforholdet i praksis at de betakker seg.

Nylig uttalte en profilert offentlig person seg i Aftenposten. Vedkommende undret seg intuitivt over at det var så få menn å finne på sykepleiestudiet i Norge, likestillingsgen

land. Selv Italia hadde en langt høyere prosentandel av menn innen pleie – og omsorg. Selv tenkte jeg like intuitivt: Det er jo ikke slik at økt likestilling trekker menn til yrket. Det er derimot slik at kvinner vender det ryggen. Forfatteren gjør rede for hvorfor det forholder seg slik utover intuisjonsnivå.

Han gir oss en gjennomarbeidet analyse basert på egen forskning gjennom ti år. Leseren får også en kort historisk oversikt over kvinnerollen fra tidlig middelalder og frem til i dag. Oversikten innbefatter opprettelsen av sykepleieutdanningen. Til tross for bokens beskjedne omfang inneholder den en del gjentakelser. Men de kan noen hver trenge. Det er bare å håpe at budskapet vil nå inn i de gemakker hvor den politiske makten er å finne.

I går leverte jeg min oppsigelse. Dette er et nødskrisk til politikerne, som har et ansvar de ikke kan løpe fra. Det er ikke mulig å gi god, sikker og forsvarlig pleie med dagens pleiefaktor. Ellen Valen, spesialsykepleier i geriatri



Felleskap og individualisme

Av Hilde Eileen Nafstad og Rolv Mikkelsen Blakar (red.)
172 sider
Gyldendal Akademisk 2009
ISBN: 978-82-38481-1
Anmelder: Karl-Henrik Nygaard, rådgiver

Menneskets dobbelthet

ANMELDELSE: Forholdet mellom fellesskap og individualisme er en viktig utfordring i menneskers liv. Her diskuterer forskere emnet, med hovedvekt på psykologi og psykologisk forskning. Innledningen er imidlertid skrevet av filosof Arne Johan Vetlesen. Han diskuterer om menneskets natur er uforanderlig. Middelalderfilosofen Thomas Hobbes brukes som brekkstang for å gripe fenomenet. Fellesskapets nødvendighet kan tøyse menneskets egoisme, slik det ble tydeliggjort hos Hobbes. Konklusjonen er imidlertid at mennesket trenger både frihet og fellesskap.

Arbeidsfellesskapet kan være godt. Det handler om gjensidig forståelse mellom arbeiderne, mener psykolog Lars Klemsdal, som ser på ulike arbeidsfellesskap. Prosesser som fremmer gjensidig forståelse for arbeids-

situasjoner på tvers i organisasjonen skaper en utvidet oppgaveforståelse blant de ansatte, mener han.

Avdekker forskere virkeligheten eller produserer de den, spør psykologene Norman Anderssen og Ingrid Dundas. Her er mye av forskningskritikken som var fremtredende i 1970-årenes positivismedebatt. Til ettertanke og refleksjon. Professor i sosialpsykologi Tor-Johan Ekeland har et liknende kritisk blikk når han spør om psykologisk kunnskap er god kunnskap. Han gjenreiser kritiske spørsmål til behandlingssamfunnet og terapikulturen, og understreker hvor viktig det er ikke å se all «objektiv» biologisk forskning som sannferdig og nøytral.

Politisk kritikk rettes mot menneskets varekarakter, som følger av en kapitalistisk økonomi og et markedsliberalt samfunn. Markedet gir

«selvet» selv karakter av å være en vare i markedet. En viktig advarsel til kommende og gamle forståesepåere av menneskesjelen. Redaktørene peker på viktigheten av å balansere mellom fellesskapsverdier og individualitet, og avslutter med håp om at en likhets- og fellesskapsideologi igjen skal bli fremtredende i offentlig diskusjon og debatt.

Boken ga meg mye å tenke over. Argumentene er gjenkjennelige. Men samtidig forfriskende nye, fordi de er blitt lagt tause i den vitenskapelige debatten som mer og mer har tatt et biologisk perspektiv. Det er en politisk bok som tar stilling, men den beholder et akseptabelt saklighetsnivå. Noe blant annet gode referanser og stikkordregister bidrar til. Boken anbefales til alle som studerer eller er interessert i humanvitenskap.

Quiz

Tekst **Nina Hernæs** Foto **Colourbox**

Er du en kompetent sykepleier?

Test kunnskapene med vår aktuelle og nådeløse quiz!

1 Hvilken sykepleieteori knyttes til Madeleine Leininger?

- A Transkulturell sykepleie
- B Transatlantisk sykepleie
- C Transseksuell sykepleie

2 Og hvilket fenomen forbindes særlig med Joyce Travelbee?

- A Tro
- B Håp
- C Kjærlighet

3 Hvor mange fosterhinner omgir fosteret og fostervannet i livmoren?

- A 2
- B 4
- C 8

4 Et annet ord for laktasjon?

- A Melkeintoleranse
- B Sykelig inntak av melkeprodukter
- C Amming

5 Og et annet ord for laktose?

- A Melkesukker
- B Melkesyre
- C Melkeku

6 Hva er laktulose?

- A Melkeerstatning
- B Melkeforgiftning
- C Avføringsmiddel

7 Hvor i kroppen ligger rotula?

- A I øret
- B I kneet
- C I skulderen

8 Hva er en levator?

- A Pasientheis
- B Muskel som skal løfte en legemsdel
- C Sene i armen

9 En sykepleier fikk nylig Karl Evang-prisen. Hvem?

- A Bente G.H. Slaatten
- B Lisbeth Normann
- C Anne Hafstad

10 Hvem er helseminister i Norge?

- A Bjarne Håkon Hanssen
- B Trond Giske
- C Anne-Grete Strøm-Erichsen



MELKEKU: Eller er laktose et mer passende navn på denne?

10 POENG: Imponerende. Pasientene kan ikke få nok av deg. (Sikker på at du ikke har kikket?)

6-9 POENG: Lovende. Men ikke treng deg på pasienter mer enn høyst nødvendig.

3-5 POENG: Bra. Men kanskje på tide med den videreutdanningen du har tenkt på så lenge?

0-2 POENG: Ikke bra. Hold deg mest mulig på vaktrommet og lat som du dokumenterer. (Sjekk at du virkelig er autorisert.)

SVAR: 1A, 2B, 3A, 4C, 5A, 6C, 7B, 8B, 9C, 10C

FAG NYHETER

Svensk studie: Rektal temp er best

Temperatur målt i øre eller munn er ikke like nøyaktig som når det gjøres rektalt.

Tekst **Nina Hernæs** Foto **Colourbox**

Amåle kroppstemperatur er en av de vanligste undersøkelsene som gjøres i helsevesenet. Men resultatet er ikke like nøyaktig. Ifølge en ny svensk studie er temperatur målt rektalt fremdeles mer pålitelig enn når den er målt i munn eller øre.

Tre undersøkelser

Studien er gjort ved Universitets-sjukhuset i Örebro, og er publisert i svenske Läkartidningen. Den omfatter tre separate undersøkelser med til sammen 323 pasienter og ulike moderne termometre.

I alle tre undersøkelsene ble temperaturen målt rektalt én gang. I tillegg ble den målt to ganger i munn, øre eller begge deler. Resultatet viste blant annet at temperatur målt i munn og øre samsvarte relativt lavt med rektaltemperaturen.

Ofte i øret

Forfatterne av studien viser til at det er vanlig å måle temperatur i øret. Det er praktisk for dem som skal utføre målingen. Men for dem som skal vurdere resultatet, er det ønskelig med en så nøyaktig måling som mulig.

Kroppstemperaturen legges ofte til grunn for avgjørelser om diagnose, videre utredning og behandling. Derfor



MEST KORREKT: Temperaturen bør måles rektalt, ifølge svensk undersøkelse.

bør det stilles strenge krav til termometrene som brukes. Ny apparatur lanseres stadig, og vil bli testet i håp om at det vil komme et godt alternativ til å måle temperatur rektalt.

Kilde:

Edling L, Carlsson R, Magnuson A, Holmberg H. Rektaltermometern fortfarande bäst för temperaturmätning. *Läkartidningen* 2009;42:2680-2683

Les hele artikkelen på www.lakartidningen.se

Fem nøkler til økt levealder

DEN GLOBALE LEVEALDEREN kan økes med fem år, dersom man tar tak i fem faktorer som påvirker folks helse. Det sier Verdens helseorganisasjon i ny rapport. Hvert år dør 60 millioner mennesker. Og undervekt hos barn, ubeskyttet sex, alkoholbruk, dårlig drikkevann, sanitetsforhold og hygiene og høyt blodtrykk er årsak til en fjerdedel av dødsfallene.

Kilde: Who

Mennesker & meninger

Sykepleien

Send inn din
mening på e.post til:
redaksjonen@
sykepleien.no
eller som brev til:
Sykepleien,
p.b. 456 Sentrum
0104 Oslo

TETT PÅ BEATE GANGÅS

«Jeg går litt i spinn
når det bare blir prat.»

74

KRONIKK SØLVI RØSVIK VÅGEN

«Medarbeidere fikk beskjed om
at bare avvik som førte til skader
skulle meldes.»

68



NSF HAR ORDET Forbundsleder Lisbeth Normann

Stilling: Forbundsleder i NSF

E-post: lisbeth.normann@sykepleierforbundet.no

Hvorfor ikke «sykepleie»?

Den siste tiden er det kommet bekymringsmeldinger fra sykepleiere og sykepleieledere i sykehus over hele landet. Bekymringene er knyttet til begrepet «helsefag» som mange steder og i ulike situasjoner erstatter begrepet «sykepleie». Det bekymrer også meg.

Det er vel ingen tvil om at sykehusreformen som trådte i kraft 2002 har medført endringer, ikke bare av organisatorisk og økonomisk karakter. Den har også hatt konsekvenser for sykepleie som fag og sykepleiere som yrkesutøvere.

Parallelt med innføringen av sykehusreformen ble det innført enhetlig ledelse på avdelingsnivå som en konsekvens av «loven om spesialisthelsetjenesten m.m.», Ot.prp. Nr. 10 (1998-1999). Formålet med å ha én leder var behovet for å etablere klare ansvarsforhold og

Ingen pasienter vil tjene på dette!

for å tydeliggjøre ansvaret i forhold til økonomi og drift. I det samme tidsrommet ble sjefsykepleierstillingene avviklet på de fleste sykehus og oversykepleierstillinger plassert i stab uten linjeansvar for sykepleietjenesten. Den sykepleiefaglige forankringen i sykehusets ledelse er på den måten forsvunnet og avdelingssykepleier er i dag både den laveste og øverste fagansvarlig.

I etterkant har nok mange sykehusdirektører og andre sykehusledere sett betydningen av en «slags» sjefsykepleier på ett nivå hvor det er behov for koordinerende tjenesteutøvelse. Muligens for ikke å skape profesjonsdebatt er denne stillingen mange steder innført med ny tittel, helsefaglig direktør. Det er sannsynligvis ingen tilfeldighet at de fleste som innehar slike stillinger faktisk er sykepleiere av profesjon. Ved enkelte sykehus er også ledende syke-

pleiere, som for eksempel oversykepleier på avdelings- og klinikknivå, erstattet med tittelen «helsefaglig rådgiver». I tillegg brukes oftere benevnningen «helsefaglig forskning» fremfor «sykepleieforskning». Stillinger og funksjoner der «sykepleie» og «sykepleiere» til nå har vært selvsagt, blir gjort profesjonsnøytrale. Sykepleiere skal altså bedrive «helsefaglig» virksomhet generelt og ikke «sykepleie» spesielt.

Hvorfor er dette en bekymring og hva er konsekvensen av at man ikke lenger bruker tittelen «sykepleier» i sentrale lederstillinger og i funksjoner som omfatter utvikling av sykepleiefaget?

En ting er hva sykepleiere fortjener. Vel så viktig er hva pasientene fortjener. Sykepleiere utgjør 30 prosent av alle ansatte i sykehus, og sykepleietjenesten omfatter et faglig tilbud til pasienter 24/7, 365 dager i året. Det kontinuerlige ansvaret for å observere, vurdere og iverksette nødvendige tiltak hos pasienten må synliggjøres og gjøres enda mer tydelig i helseteamet rundt pasienten. Tjenesten må ledes av en person som innehar høy faglig kompetanse til å organisere og koordinere et sykepleiefaglig tilbud rundt pasienten og da må det ikke bli slik at sykepleien skal vike i redsel for å trække på andre yrkesgrupper.

Dersom ledende sykepleierstillinger gjøres profesjonsnøytrale, risikerer vi en situasjon hvor ansvaret for det totale sykepleiefaglige tjenestetilbudet til slutt er tillagt den enkelte sykepleier nærmest pasienten. Kvaliteten på sykepleien som utøves risikerer å svekkes da ansvaret for å implementere ny kunnskap og faglige retningslinjer ikke blir koordinert og iverksatt fra et overordnet nivå, men blir



USYNLIG? Sykepleieren bør være representert på alle beslutningsnivåer. Stillingstittlene bør tydeliggjøre sykepleiefaget og ikke usynliggjøre det gjennom profesjonsnøytrale titler, mener Normann. Illustrasjonsfoto: Erik M. Sundt

overlatt til den enkelte sykepleier. Pasientenes behov for sykepleie og hvilken kompetanse sykepleiere trenger for å ivareta disse, risikerer også å bli usynliggjort dersom sykepleieledere ikke er representert på alle beslutningsnivåer. Ingen pasienter vil tjene på dette!

Mitt håp er at flere ser det som tidligere WHO-direktør, statsminister og lege Gro Harlem Brundtland så da hun uttalte: «Sykepleierne er ryggraden i de fleste lands helsevesen.»

Ikke la oss i nøytralitetens navn og i redsel for å synliggjøre enkelte profesjoner, miste denne ryggraden. Det vil kunne få store konsekvenser for de oppgaver som skal løses i norsk helsevesen fremover.

DEBATT

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

Inntektsgrense og AFP-pensjon

Ellinor Hovland spør i Sykepleien nr. 10/09 om inntektsgrensen på kr. 15 000 for AFP-pensjonister er en bevisst strategi fra Norsk Sykepleierforbund (NSF) for å holde pensjonistene «ute», og om fagforeningene kynisk tjener på at sykepleiermangelen blir større og overser den enorme kompetansen som AFP-pensjonister/sykepleiere innehar?

Jeg kan bestemt avvise at dette er en bevisst strategi fra NSF's side for å holde pensjonerte sykepleiere ute av arbeid, tvert imot er jeg glad for de av våre pensjonister som gjenfinder arbeids glede etter pensjonering! NSF gikk inn i pensjonsforhandlingene i årets tariffoppgjør med et klart mandat fra landsmøtet om å videreføre etablerte pensjonsrettigheter og et krav om at de offentlige tjenstepensjonene også i fremtiden måtte tilsvare minst 66 prosent av sluttlønn ved 65 år ved 30 års opptjeningstid. Det var også et krav at de som går av mellom 62 og 64 skulle sikres en pensjon på dagens nivå. Disse hovedkravene ble innfridd.

Ellinor Hovland skriver at hun hadde behov for å gå av med AFP, hun var sliten og demotivert og hennes alternativ ville vært sykmelding. Dette er situasjonen for en stor del av NSF's medlemmer som har behov for pensjonering ved 62 år. Det viktigste for NSF i årets pensjonsforhandlinger var derfor å sørge for at våre medlemmer beholdt muligheten til å gå av med

pensjon på dagens nivå. Hvis vi hadde valgt regjeringens ønskede modell, ville mange av våre medlemmer fått betydelig lavere livsvarig pensjon og det ville blitt nødvendig å jobbe ved siden av AFP-ytelsen for å opprettholde sin levestandard. Det er det ikke alle våre pensjonerte medlemmer som kan!

Siden 2000 har det vært en inntektsgrense på kr. 15 000 i alle AFP-ordninger. Inntekt som pensjonister har utover dette har medført avkorting i pensjonen. Disse reglene er bestemt av lovgiver og tatt inn i AFP-ordningene i offentlig sektor. Siden dagens AFP-ordning i offentlig sektor ble videreført har denne regelen også blitt med. Ved meklings slutt stod NSF/Unio i valget mellom å videreføre en god tjenstepensjon og AFP i offentlig sektor med avkortingsregler eller en dårlig pensjonsordning med full rett til å jobbe ved siden av. Vi valgte altså det første.

NSF vil ikke motsette seg at avkortingsregelen blir fjernet eller endret, men vil ikke bytte den mot en dårligere AFP-ordning for våre medlemmer hvor det er en forutsetning at man jobber ved siden av for å kunne ha en pensjon å leve av. Det er fortsatt viktigere for våre medlemmer å ha en pensjon man kan leve av når man ikke lenger orker å arbeide enn å ha et tilbud om en dårlig pensjon hvor man må arbeide for å få endene til å møtes som pensjonist. I privat sektors AFP vil det i fremtiden ikke være

noen avkorting for arbeid ved siden av pensjonen. Det er viktig å være klar over at kvinner i offentlig sektor har mange års utdanning, mye deltid og omsorgsfravær uten pensjonsopptjening, noe som gir et dårligere grunnlag for tidligpensjon enn mange menn i industrien har.

Når det gjelder Ellinor Hovlands henvisning til politiets muligheter for full pensjon og inntekt ved siden av så handler dette om særaldersgrenser og ikke avtalefestet pensjon. Reglene for å jobbe ved siden av pensjonen er omtrent like når det gjelder sykepleiere og politi, men aldersgrensen er forskjellig. NSF har stilt spørsmål om hvorfor store mannsdominerte grupper i offentlig sektor som politi og forsvar i alle år har hatt en aldersgrense på 60 år mens sykepleierne, hjelpepleierne og renholderne har en aldersgrense på 65 år. Sykepleiere og politi står imidlertid i dag side om side i kampen for å beholde sine særaldersgrenser som fortsatt er under press. NSF er forberedt på igjen å måtte slåss for særaldersgrensen og 85-årsregelen som gir rett til å gå av ved 62 år på visse vilkår.

Jeg vil oppfordre pensjonerte medlemmer å sjekke ut med pensjonskassen hvor mye de kan tjene ved siden av pensjonen dersom de ønsker å arbeide fordi det her er mange ulike regler og misforståelser.

Hilsen Lisbeth Normann

SIDEN SIST
Siden sist inneholder korrigererte og nye synspunkter på fakta gjengitt i tidligere utgaver. Vil du hjelpe? Kontakt oss på interaktiv@sykepleien.no

Ble latterliggjort – en kommentar

Kjære anonym! Jeg leste med stor interesse i Sykepleien nr. 15 om din behandling av den dødssyke pasienten, og om reaksjonen til dine kolleger da du ga rapport. Du stiller flere viktige spørsmål, og mine svar på dem ligger i dette: Jeg synes du viser både empati og en evne til korrekt behandling som er forbilledlig. Tilsvarende kritikkverdige var dine kollegers holdning. Måtte mange lese det du skrev. Lykke til videre i ditt viktige arbeid!

Svein R. Lier, psykolog

Kommentar til innlegget «– Det handler ikke om makt»

Selv om jeg jobber på Rikshospitalet og ikke på Ahus, så kjenner jeg meg igjen i situasjonen Ingunn Åmot beskriver. Den vanskelige økonomiske situasjonen i helsevesenet skal løses ved å redusere grunnbemanningen. For å få til dette, får sykepleierne som jobber pasientnært, flere og flere fagfelt som de skal beherske. Vi sykepleiere skal brukes som poteten, altså settes inn der det er et bemanningsbehov fra dag til dag. Vi skal gå på tvers av seksjoner og fagområder.

De som sitter og bestemmer dette er ofte ledere som ikke har vært innom praksisfeltet på årevis, mange av disse lederne er sykepleiere, uforståelig nok.

Jeg mener at konsekvensene av denne måten å lede sykehus på er:

Spisskompetansen på sykepleien forsvinner. Den medisinske utviklingen gjør at vi ikke klarer å oppdatere oss innom mange spesialfelter.

Nedsatt trivsel på arbeidsplassen. Vi fun-

ger best der vi føler vi kan gjøre en god jobb. Medbestemmelsesretten mangler, hvor ble den av?

Respekten for sykepleierne fra andre faggrupper reduseres når vi ikke klarer å være oppdatert innenfor flere spesialfelt.

Effektiviteten går ned. Vi må slå opp i metoder/prosedyrer før vi kan gjøre jobben vår.

Sykefraværet stiger. Lisbeth Normann hevder at faglig utvikling vil redusere fraværet. Hvor ble det av midler til faglig utvikling?

Stor turnover i avdelingene på grunn av mistriivsel.

Sist, men ikke minst – pasientene opplever dårligere kvalitet på sykepleien!

Ideologier og lederstiler vil komme og gå. Jeg håper og tror at vi om noen år er tilbake til en sykepleie som både sykepleierne og pasientene er tjent med. Dette fungerer i hvert fall ikke.

Anonym sykepleier



Engler eller demoner i hvitt?

Jeg har de siste 19 årene tilhørt den yrkesgruppen som folk kaller «den yrkesgruppen de har mest respekt for» – nemlig helsearbeiderne.

Jeg er Namsos-utdannet sykepleier fra 1990, og tok videreutdanning i barnesykepleie 1995-97. I hele mitt yrkesaktive liv har jeg jobbet her ved Sykehuset Namsos (tidligere Namdal sykehus). Jeg jobber med kronisk syke barn og deres foreldre, med forskjellige diagnoser, blant annet astma/allergi og diabetes, og føler at jeg har verdens mest spennende jobb.

Gjennom disse årene har jeg fått med meg mange «forandringsprosesser» i helsevesenet. Den første store forandringen jeg husker, er «operasjon S (spar)» som trådte i kraft tidlig på 90-tallet. Da ble vi innkalt til stor-ansatt-møte og ble fortalt at nå måtte vi alle ta oss på tak og bidra med det vi kunne for at utgiftene ble minst mulig og inntektene størst mulig.

Jeg husker en stor entusiasme hos ansatte – og da direktøren sa at dette skulle vi klare sammen, og at ansatte skulle bli løpende orientert om tinge-

nes tilstand, var vi svært positive til dette. Tidlig i dette tiåret vi er inne i, gikk vi over til å bli statlig drevet, fylkeskommunene skulle bort. Dette var ikke bare enkelt. Alle logoer måtte skiftes ut, det var ikke få brevark og konvolutter som måtte kastes og skilt som måtte skiftes ut.

I en tid der sparing var i fokus, virket dette litt merkelig på oss ansatte. Sparingen fikk også andre konsekvenser – ansatte måtte sies opp, og de første som skulle få lide for det var hjelpepleierne. Den yrkesgruppen som kanskje var de som var mest sammen med pasientene, skulle reduseres. Dette gjorde noe med jobbkulturen, noe begynte å skje, uten at en fikk helt tak på hva det var. Folk begynte å bli mer irritable, det ble tisket i krokene over alle disse forandringene som ble tredd ned over hodene våre på kort tid – uten at noen var interessert i hva VI mente og følte.

Folk følte jobbene sine truet, ingen kunne lenger føle seg trygge. Det er jo en selvfølge at slikt gjør noe med de fleste av oss.

Årene går, nye forandringer skjer fortløpende,

men visjonen fra både sentralt og lokalt hold er hele tiden at «pasientene skal ikke lide» og «pasienten i fokus». Det høres så flott ut, og naturligvis gjør folk sitt beste for at det skal bli slik at pasientene våre ikke skal lide: Men, selvfølgelig er det de som lider til slutt, det er jo ikke til å unngå!

Dette plager meg og mine kolleger, vi prater ofte om det. Selvfølgelig er det mye flott som skjer, og også i helsevesenet må vi følge med på karusellen, men jeg føler at når det gjelder utviklingen innenfor helse, må noen snart sette på bremsen.

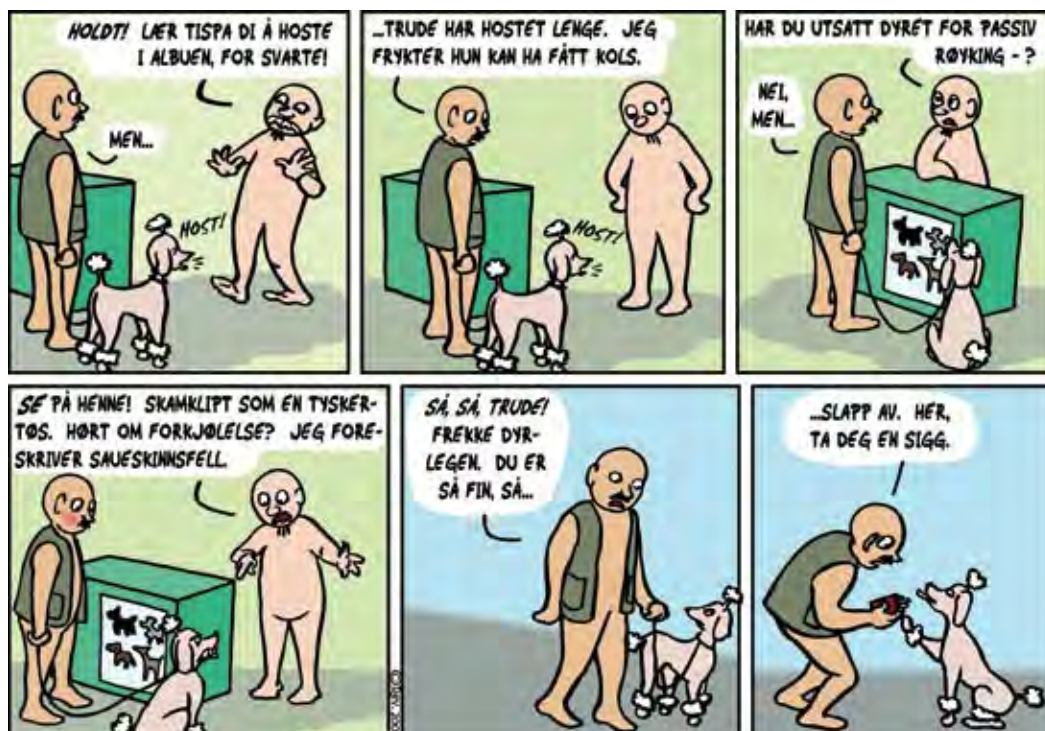
Jeg var så heldig å få min utdanning på en sykepleierhøyskole som vektla omsorgsbiten og empatien i møtet med og i sykepleien til pasientene. Vi lærte at idet et menneske blir sykt, det være seg psykisk eller fysisk, er det sårbart. Når en blir syk og innlagt i sykehus, blir en avkledd på mange måter, og da trenger en pleiere og omsorgspersoner som ser en og møter en der en er i livet. En trenger noen som har tid til å høre på hva en har å si, og overskudd til å ta inn over seg det en sier, og ikke minst guts til å følge opp det som blir sagt. Dersom vi ikke tar oss denne tiden, går vi glipp av utrolig mye informasjon, noe som kan være katastrofalt for den enkelte pasient, og dennes muligheter.

Slik har det dessverre blitt, uten at vi har hatt den minste mulighet til å forhindre det. Og det føles langt fra bra for oss som har gått den «gamle skole» der empati og omsorg sto i fokus. Jo visst gis det omsorg i helsevesenet i dag. Ansatte i alle yrkesgrupper tviholder på dette, men det har dessverre blitt så altfor mye annet å gjøre ved siden av det vi ble ansatt for å gjøre – nemlig behandle pasientene. Dette er en naturlig følge av alle sparetiltak som har blitt gjennomført, der også servicefunksjonene er redusert inn til beinet, og vi behandlerne må være både bukk og bjørn. Vi må vaske vinduene selv, tørke støvet selv, passe på å avrime kjøleskapet og ta rundvasken på avdelingene selv – og helst skal vi ha oversikt over det meste av elektronisk utstyr selv også – fordi ressursene hos servicefunksjonene vi er så avhengige av også er skåret inn til beinet.

Hva gjør dette med oss? Jo, vi blir surere og surere, «popler» mer og mer, blir mer og mer bekymret for vår egen yrkesidentitet. Hvem får lide for dette? Jo, selvfølgelig pasientene våre, de mest sårbare av de sårbare! Hvilket helsevesen er det vi skal få i fremtiden? Hvem er det som om noen tiår skal møte de syke? Er det englene eller demonene i hvitt?

Trude Modell, barnesykepleier, Namsos

TERAPI av Bodil Rønhaug



MINNEORD

Borghild Johansen

Tidligere kretsleder i Norsk Sykepleierforbund Oppland, Borghild Johansen, døde tirsdag 6. oktober, 84 år gammel.

Borghild Johansen tok sin sykepleierutdanning ved Nasjonalforeningens Sykepleieskole i Ålesund. Det meste av sitt yrkesaktive liv arbeidet hun ved Lillehammer sykehus, kun avbrutt av to års permisjon, der hun arbeidet som lærer ved Nasjonalforeningens Sykepleieskole i Gjøvik. I 1959 tok hun lederutdanning ved Norges Høyere Sykepleieskole. Fra 1960 og fram til pensjonsalder var hun oversykepleier ved medisinsk avdeling, Lillehammer sykehus.

Borghild Johansen var en myndig og

synlig leder med et varmt hjerte. Et utpreget ja-menneske. I jubileumsskriftet for Lillehammer sykehus «Huset som aldri sover» står det om henne at hun var en velsignelse for sykehuset, en leder som holdt orden i eget hus.

Borghild Johansen var et organisasjonsmenneske. Hun var i tillegg til sin oversykepleierstilling kretsleder for Norsk Sykepleierforbund Oppland i 11 år. Hun motiverte mange sykepleiere til å organisere seg.

Hun var i en årrekke medlem av menighetsrådet i Lillehammer og satt en periode som leder der.

Borghild var utdannet på en tid der en

sykepleier ikke kunne gifte seg. Gjorde en det var det ensbetydende med å måtte slutte som sykepleier. Man kunne ikke tjene to herrer samtidig. Dette er en del av vår nære historie. Borghild Johansen snakket sjeldent om seg selv. Hun hadde ingen familie og dette var et sårt punkt for henne. Hun etterlater seg ingen pårørende. Nettverket hennes var gode naboer og tidligere kolleger. Borghild Johansen vil bli husket som det omtenk-somme og samfunnsengasjerte menneske hun var.

*Jette Struck, fylkesleder,
Norsk Sykepleierforbund Oppland*



Kommunetorget.no

– for planlegging av rusarbeid i kommunene

Kommunetorget.no gir innblikk i:

-
-
-
-
-



Nordnorsk
Kompetansesenter–Rus
Rus og spesialpsykiatrisk klinikk, UNN



Helsedirektoratet



Høgskolelektor,
Høgskolen i Ålesund,
Sølvi Røsvik Vågen

Avdelingssykepleierens rolle er «nifst viktig»

Avvikshåndtering er en ledelseskunst som kan skape motivasjon, likegyldighet eller frykt for å melde fra om kritikkverdig praksis.

System og rutiner for å melde avvik er innført og kjent for alle i helsetjenesten. Utfordringen er å få mennesker og system til å virke sammen. Noe som ser ut til å påvirke dette samspillet er hvordan avvik blir mottatt og håndtert av ledere og kvalitetsutvalg.

Avdelingssykepleiere er de som i første runde tar imot og behandler avvikene. Avdelingssykepleieren er derfor en krumtapp i utviklingen av en god meldekultur. I arbeidet med pasientsikkerhet er god meldekultur en forutsetning for å lykkes.

Ubehagelig

I 2007/2008 gjennomførte jeg en studie om avdelingssykepleieres erfaringer i å motta og behandle avviksmeldinger. Deltakerne gav uttrykk for at avvikshåndteringen oppleves motsetningsfylt og ubehagelig for dem. De ønsker å lede en avdeling med høy kvalitet på tjenesten, men skal samtidig avdekke og belyse alt som er kritikkverdig. Avviksmeldingene viser seg derfor å skape irritasjon, sinne og avmaktfølelse hos flere avdelingssykepleiere, noe som i neste omgang påvirker behandlingen av både avvik og melder. Noen demper direkte og indirekte dialogen i avdelingen om hva som er god praksis, og dermed avtar også antall meldinger om kritikkverdige forhold. Andre igjen opplever det emosjonelle ubehaget som en trigger til refleksjon og en drivkraft til å starte endringsprosesser.

Avdelingssykepleieren er en krumtapp i utviklingen av en god meldekultur.

Avdelingssykepleierne som deltok var klare på at de hadde en avgjørende rolle i å få medarbeidere til å melde fra. Når de fokuserte på betydningen av å melde avvik, og viste vilje til å ta imot dem, så økte antall meldte avvik for senere å avta. En av dem karakteriserte sin rolle som «nifst viktig».

Underrapportering

Vi som arbeider med problemstillinger knyttet til pasientsikkerhet

vet at det er komplekse årsaksforhold til manglende rapportering. Avdelingssykepleierne jeg snakket med hadde god innsikt i mulige årsaker, og berørte tre hovedårsaker.

- › Mangelfull dialog mellom leder og medarbeider. Alvorlige kritikkverdige forhold som går på atferd hos en annen, ble for eksempel aldri meldt uten at den som kjente til det søkte støtte og råd hos nærmeste leder først.
- › Lojalitet til kollegaer er sterkere enn lojaliteten til pasientene. Helsearbeidere kompenserer gjerne for andre sitt dårlige arbeid i stedet for å melde det som avvik. Flere vurderer også alvorlighetsgraden i avviket før de «lager trøbbel» for en kollega.
- › Uklarhet og uenighet i fagmiljøene om hva som skal meldes som avvik.

Det er spesielt uenighet mellom profesjonsgruppene om hva som er uakseptabel praksis.

Avdelingssykepleierne kan som nærmeste ledere, påvirke disse årsakene til underrapportering. Det vil imidlertid kreve at de har en arbeidssituasjon som ikke fører til avmakt og slitasje. Skjer det, vil de bevisst eller ubevisst dempe fokuset på kritikkverdige forhold fordi årsaken til avmaktfølelsen kan ligge i det som meldes. Spesielt er avviksmeldinger som bunner i misforhold mellom oppgaver og ressurser vanskelige. Det er også nødvendig at avdelingssykepleiere og ledernivå over erkjenner at avvikshåndtering ikke bare handler om rasjonelle beslutninger, men også utfordrer emosjonelt slik følgende sitat viser: «Intellektuelt så ønsker vi oss varslere, men så er det noe i oss selv...»

Avmakt og forventningspress

En avdelingssykepleier mente at det lett ble for mange avvik å håndtere — det var mye hun uansett ikke kunne gjøre noe med, selv om hun mente det ikke var godt nok! Hun valgte derfor å si til sine medarbeidere at bare avvik som førte til skader skulle meldes, for eksempel ved fallulykker. Dette førte til færre meldte avvik, men i et pasientsikkerhetsperspektiv er dette problematisk. Det er læringspotensial i alle avvik. Alvorlige hendelser får mye oppmerksomhet, og må ha det, men når vi snakker om sikkerhetskultur så er det ikke opprydningsarbeid etter skader det handler

om. Intensjon er at vi skal unngå skader ved å eliminere risikoen for at noe kan gå galt. I dette perspektivet er nestenulykkene mest interessante — de gir oss mulighet til å iverksette endringer før skaden har skjedd.

Den samme avdelingssykepleieren opplevde at budsjettnedskjæringer og effektivitetskrav ble klart formidlet ovenfra, men aldri noen form for hjelp til prioritering eller oppgaveløsning innenfor gitte rammer. Det var økonomiske mål som ble formidlet, aldri kvalitetsmål. Avdelingssykepleieren selv satt igjen med en opplevelse av avmakt i sin lederrolle, og irritasjon over medarbeidere som stadig presset på med bekymringer om at praksisen ved avdelingen ikke var god nok.

Manglende samhandling internt fører lederen inn i en skvis av forventninger og krav fra alle hold. Faren er at de går på akkord med egne verdier i lojalitet til de økonomiske rammene, eller at de strekker seg selv for langt i den praktiske hverdagen for å kompensere for manglende bemanning. For meg er det ikke overraskende at «God vakt»-rapporten påpeker at avdelingssykepleiere har det tøffest i sykehusene, slik det framgår i Sykepleien nr. 12/2009.

Ulike ledelsesstrategier

Avdelingssykepleierne som deltok i studien viste ulike måter å gå inn i avvikspromatikk på, noe som kan bety at også kompetanse og erfaring hos lederen har betydning. Noen ledere opplevde å drukne i den daglige drift. Ledelsesstrategien var brannslukning. Andre var rammevoktere som ledet gjennom å påpeke faglige krav samtidig som de økonomiske og personellmessige rammene ble tillagt stor betydning når de definerte hva som var «godt nok». Den tredje gruppen hadde en involverende og deltakende lederstil med evne til å føre langsiktige og strategiske endringsprosesser, både når det gjaldt holdninger og rutiner.

Hårfin balanse

Hos ledere med en langsiktig og strategisk tenkning gav emosjonelle sider ved avvikshåndteringen motivasjon og utholdenhet til å starte endringer. Avdelingssykepleierne avlastet blant annet sykepleierne ved å fronte de vanskeligste sakene om kritikkverdig praksis. Samtidig uttrykte disse lederne slitasje i sitt engasjement på grunn av motstand fra andre yrkesgrupper og deres ledere. De manglet klart en felles plattform for hva som er god praksis. Garva sykepleierne



NESTENULYKKE: Noen avdelingssykepleiere melder ikke nestenulykker som avvik, men det er av disse hendelsene man kan lære og forebygge feil, mener kronikkforfatteren. Illustrasjonsfoto: Colourbox

merket også at andre grupper var blitt mer kritisk til deres arbeid, noe som ble framhevet som en ny opplevelse for dem. Lederen så at fokus på avvik utløste behov for refleksjon over egen praksis for å unngå kritiske tilbakemeldinger på seg selv hver gang de tok opp noe kritikkverdig hos andre. Dette viser den hårfine balansen mellom forsvar og læring i avvikshåndteringen.

Sikkerhetskultur

For å oppnå bedre resultater når det gjelder rapportering, læring og endring, må en fokusere på selve arbeidsprosessen som utgjør avvikshåndteringen. En avdelingssykepleier uttalte med lett ironi at: «sånn sett så rydder vi i eget hus, men vi gjør det veldig stille». Viljen til å rydde opp er der, men mange velger en strategi uten den felles læringen som skjer når fagmiljøene reflekterer sammen, og viser vilje til å lære av egne og andres feil.

Vi trenger en diskusjon om årsakene til at så mange velger strategien «å rydde i det stille». Jeg tror den vil vise at skal vi etablere en sikkerhetskultur, må ledernivået avdelingssykepleiere representerer prioriteres og styrkes, og ikke rasjonaliseres bort i etablering av stadig større enheter. ■■■

Av fagsjef **Mette Dønåsen**og spesialrådgiver
Øyvind Nordbø i NSF

Fullt og helt, eller stykkevis og delt?

NSF registrerer med bekymring at det er svakt fokus på sykepleiefaglig kvalitet på mange sykehus. Kronikkforfatterne mener tiden er moden for å tenke nytt i forhold til organisering.

Norsk Sykepleierforbund mener norsk helsetjeneste må være åpen for å vurdere og prøve ut alternative organisasjonsformer som bidrar til forbedringer av pasientbehandling, sykepleie og gode fagmiljø. Organiseringen i norske sykehus må være basert på hva som tjener pasientenes samlede behov best. En organisering med til dels tette skott mellom spesialiserte medisinske fagmiljøer er vanlig, men er det den beste løsningen?

Bra sykepleiepraksis

Organiseringen og styringen av sykepleietjenesten på den enkelte post, i den enkelte klinikk og på det enkelte sykehus må ta utgangspunkt i hva som gir størst sikkerhet for god sykepleie til pasientene. Forskning ved Magnetsykehus i utlandet dokumenterer førsteklasses sykepleiepraksis med forankring i en helhetlig ledelses- og organisasjonsform for sykepleietjenesten.

Norsk Sykepleierforbund (NSF) tar utgangspunkt i at Spesialisthelsetjenestelovens § 3-9, Ledelse i sykehus (1999) slår fast at «Sykehus skal organiseres slik at det er en ansvarlig leder på alle nivåer.» Utover kravene om én ansvarlig leder og faglig forsvarlighet, angir ikke loven noen bestemt modell for organisering av sykehusene.

Er det måter å organisere sykepleietjenesten i sykehus på som bidrar til bedre resultater både for pasienter, medarbeidere og virksomheter?

Sykepleietjenesten ved norske sykehus er av den grunn organisert etter flere ulike modeller. Modellene strekker seg fra organisering knyttet til sterkt spesialiserte medisinske fagmiljøer, med lite fokus på kommunikasjon og samhandling utover egen enhet, til matriseorganisasjoner med stor vekt på tverrfaglige samarbeidsrelasjoner mellom enheter og profesjonsgrupper i hele sykehuset. Ved de fleste sykehusene er det imidlertid etablert en nokså lik struktur som i stor grad er basert på enhetlig ledelse og avdelinger knyttet til medisinske

spesialiteter. Etter nærmere 8 år med denne strukturen kan det være grunn til å spørre om dette nødvendigvis er den beste modellen, eller om det er måter å organisere sykepleietjenesten i sykehus på som bidrar til bedre resultater både for pasienter, medarbeidere og virksomheter.

Sunnhetstegn

Helsepersonell utfordres kontinuerlig i forhold til omstillinger, fokus på økonomistyring, New Public Management-tenkning og tilsynelatende uløselige problemer knyttet til styringsindikatorer som korridorpasienter og epikrisetider. Overordnede diskusjoner om organisering i sykehus synes ikke å engasjere helsepersonell, på samme måte som tidligere, så sant det ikke berører «vårt spesialfelt, vår avdeling eller våre senger». At tidligere tiders engasjerte diskusjoner, der sentrale posisjoner var at «Leger kun vil ledes av leger, og sykepleiere selv vil lede sykepleietjenesten» (Sognstrup, 2003) i liten grad er i fokus, kan både være et sunnhetstegn og samtidig gi grunn til ettertanke i forhold til faglig identitet hos sykepleiere i klinisk praksis.

Et sykehus er en organisasjon med mange ulike spesialiserte og avgrensede fagområder. Fordelene med dette er utvikling av svært høy kompetanse innenfor og lojalitet til det enkelte fagområde. Den enkelte pasient, som bare trenger behandling knyttet til dette spesifikke fagområdet, kan isolert sett også få svært god kvalitet i en slik modell. Men med stadig flere pasienter med sammensatte og kroniske plager er det samtidig tydelige svakheter med denne modellen. Gjennom en tett og lukket spesialisering, og manglende åpninger ut mot resten av sykehuset, helsetjenesten og samfunnet, kan viktige perspektiv forsvinne. Har man korridorpasienter i en enhet, og et tilsvarende antall ledige senger i en annen, noe som ikke er uvanlig i dag, så blir ikke gjennomsnittet bedre av den grunn. Stortingsmelding 47 (2008 – 2009) om samhandlingsreformen peker på betydningen og utfordringene knyttet til samhandling og samarbeid på tvers av nivåer og sektorer. Fremtidens organisering innen sykehus vil kreve ledere som evner å samarbeide og tenke ut over egen virksomhet med fokus på pasienten og dennes forløp.

Vekt på lederkompetanse

En forutsetning for at NSF skulle gi sin støtte til innføringen av profesjonsuavhengig, enhetlig ledelse i tråd med intensjonen til

§ 3-9, var at formell lederkompetanse skulle tillegges stor vekt. Samtidig pekte NSF på betydningen av at virksomhetene skulle organiseres på en måte som ivaretar reell innflytelse for ledere med sykepleiefaglig systemansvar. Sykepleietjenesten (sykepleiere, hjelpepleiere, helsefagarbeidere) med sin kompetanse er samlet sett den største personellmessige innsatsfaktoren i sykehusene, og det er med undring og bekymring NSF registrerer det svake fokuset på sykepleiefaglig kvalitet og den sykepleiefaglige ledelse ved mange sykehus. Samtidig som vi vet det er mye bra i norsk helsetjeneste, er funnene blant annet i Arbeidstilsynets «God vakt»-kampanje tankevekkende lesning. Med bakgrunn i et stort antall tilbakemeldinger fra sykepleiere og ledere har NSF siden 2007 hatt fokus på måter å organisere spesialisthelsetjenesten på som rekrutterer og bidrar til å beholde kompetent arbeidskraft, og som samtidig fører til høy kvalitet på pasientresultater.

Fra 2000 har sykepleieforskeren Linda Aiken og kolleger (2000, 2008), og flere andre forskergrupper (bl. a. Armstrong K, et al (2009), Stone P, et al (2006), Ulrich BT, et al (2007)), belyst hvordan blant annet en helhetlig organisering av sykepleietjenesten i sykehus påvirker dødelighet, pasientsikkerhet, faglig autonomi/ansvarlighet, kvalitetsutvikling, effektivitet, arbeidsmiljø og tverrfaglig samarbeid. Forskningen dokumenterer at sykehus som er godkjent etter den omfattende sertifiseringsprosessen som må til for å bli Magnetsykehus, har bedre resultater på de ovennevnte områdene enn sammenlignbare sykehus. 1 av 20 sykehus i USA har oppnådd godkjenning som Magnetsykehus. Samtidig vet vi at 7 av de 10 mest anerkjente sykehusene i USA er Magnetsykehus (US News & World Report). Da er det trolig noe å hente her også i forhold til organisering av sykepleietjenesten i norske sykehus.

Utfordrer sykepleiere

NSF mener tiden er moden for nytenkning i forhold til organisering i sykehus, både med bakgrunn i forskning knyttet til sykepleieres rolle og betydning for kvalitet og effektivitet i sykehus (Needleman J & Hassmiller S (2009)) og i forhold til de framtidige utfordringer knyttet til demografi og sykdomspanorama, teknologi og samhandlingsutfordringer. NSF er opptatt av kontinuerlig forbedring i helsetjenesten, og utfordrer sykepleiere, ledere, andre profesjonsgrupper og myndigheter til en saklig tilnærming og diskusjon for en best mulig organisering av sykepleietjenesten i sykehus. ■■■

Aiken LH, Havens DS, Sloane DM. The Magnet Nursing Services Recognition Program: A comparison of two groups of Magnet Hospitals. *Am J Nurs* 2000; 100(3): 26 – 35 Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Lake ET, Cheney T. Effects of hospital care environment on patient mortality and nurse outcomes. *J Nurs Adm.* 2008; 38(5):223-229 Armstrong K, Laschinger H, Wong C. Workplace empowerment and Magnet hospital characteristics as predictors of patient safety climate. *J Nurs Care Qual.* 2009; 24(1):55-62 Needleman J & Hassmiller S. The role of nurses in improving hospital Quality and efficiency: Real – world results. *Health Affairs Web Exclusive* 2009; 625-633 Stone P, Gershon R. Nurse work environments and occupational safety in intensive care units. *Policy Politics & Nurs Pract.* 2006; 7(4):240-247 Ulrich BT, Buerhaus PI, Donelan K, Norman L, Dittus R. Magnet status and registered nurse views of the work environment and nursing as a career. *J Nurs Adm.* 2007; 37(5):212-220 US News & World Report Honor Roll; <http://health.usnews.com>

The banner features a vertical arrangement of medical icons in circular frames: surgical scissors, forceps, a purple medical device, a silver wristwatch, a pair of blue-handled scissors, and several colorful thermometers. Below the icons is the logo for AKTROMMET.NO, which includes a red ECG line. At the bottom of the banner is a photograph of a smiling female nurse in purple scrubs with a stethoscope around her neck. To the right of the nurse, the text reads '-nettbutikk for helsearbeidere'.



DILEMMA

Marie Aakre om rutiner og tidsbruk

Navn: Marie Aakre

Bakgrunn: Leder Rådet for sykepleieetikk

E-post: marie.aakre@sykepleierforbundet.no

Når systemet blir viktigst

Hva er det som styrer oss? Hva skjer når systemkrav oppleves sterkere enn pasientbehov?

Strukturer kan være så sterke at de kan føre til en rekke umyndiggjøringsprosesser og en utbredt følelse av avmakt og handlingslammelse. Det moderne arbeidsliv med resultatkrav som kan hemme moralsk praksis, gir mange opplevelsen av å ikke bli hørt, at faglige argumenter har mistet sin gjennomslagskraft og at de er ute av stand til å påvirke sine omgivelser.

De økte krav til dokumentasjon er et

eksempler på at det er krevende å snakke fritt om rådende arbeidsforholdet uten frykt for represalier. Det koster mye å ytre seg mot et system som egentlig forventer lojalitet til arbeidsformer som bidrar til uforvarlig praksis.

Bekymret

Jeg fikk nylig følgende mail fra en sykepleier:

«Nå bare MÅ jeg spørre om noe jeg vet mange sykepleiere finner problematisk, den økende fokus på standardisering, dokumentasjon og lønnsomhet. Vi sykepleiere i praksis sliter med pasientjournaler og registrering av status, intervensjoner og evalueringer. Jeg har etter stor innsats lært meg «koden» på mye av dette. Men det kommer stadig nye sykepleiere til vår avdeling som er frustrerte over manglende it-mestring og urimelig mye tid foran dataen for å tilfredsstille rådende krav til dokumentasjon. Og hvor mye tid skal vi bruke på den lovfestede, individuelle plan som vi fortsatt ikke gjør skikkelig? Vi sliter på vår avdeling. Det er nemlig slik at alle disse nye systemene gjør at vi sykepleiere kan bli sittende hele dagen foran pc-en for å finne riktige diagnoser, intervensjoner etc.

Hva gjør det moralske stresset med oss? Jeg opplever avmakt i møte med daglige lojalitetskonflikter mellom arbeidsgivers krav og pasientenes behov. Hva skjer hvis jeg og rett og slett lot være å følge opp en av disse arbeidsoppgavene og tok konflikten? En særlig grunn til at jeg spør om dette er at jeg nå sitter med et høringsutkast om enda en ny prosedyre. Den handler

om ledes håndtering av kritikkverdige forhold, mangelfulle prestasjoner og lignende hos ansatte. Prosedyren skal brukes i situasjoner der arbeidstaker for eksempel ikke utfører sine oppgaver tilfredsstillende eller til rett tid. Slik jeg forstår prosedyren handler den om papirarbeid, da forholdet til pasientarbeidet overhodet ikke er nevnt. Prosedyren beskriver en prosess i flere trinn fram til en eventuell avslutning av arbeidsforholdet, det vil vel si oppsigelse. Det handler altså om at nærmeste leder har makt til å gi advarsler til sine ansatte og kan gjennomføre en oppsigelsesprosess hvis vi ikke er lojale mot arbeidsgivers krav.

Hva skal komme først når vi ikke rekker alt? Må vi være lojale til alle dokumentasjonskrav som tar så mye tid og ressurser? Risikerer jeg faktisk å miste jobben hvis jeg ikke utfører papirarbeidet tilfredsstillende til rett tid? For meg ser det ikke ut til at det ligger den samme risiko hvis jeg ikke gir pasientene tilfredsstillende sykepleie. Hva slags etikk er dette?»

Sykepleieetikk før lojalitet

Det er gode grunner til å drøfte sykepleierens spørsmål. I punkt 5 i yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere heter det om sykepleieren og arbeidsstedet:

Sykepleieren setter seg inn i arbeidsstedets visjon, verdier, mål og gjeldende retningslinjer, og er lojal mot disse så langt de er i samsvar med sykepleiens grunnlag.

Dette vil si at sykepleieren setter seg inn i egne plikter og rettigheter i sitt arbeidsforhold, og holder seg oppdatert om aktuelle endringer. Sykepleieren bidrar

Det er mange rutiner og krav som kan ha negativ innvirkning på kvalitet.

sentralt eksempel i mange profesjoner. Det profesjonelle blikket er avløst av et overvåkingsblikk. Pedagoger kaller dette en «dørkarmspedagogikk» som innebærer at det blir påkrevet å ha et ben plantet på hver side av dørkarmen for å kunne holde øye med flest mulig oppgaver samtidig. Arbeidsoppgavene er såkalt dobbeltbindende. Når det stilles krav om å ivareta flere arbeidsoppgaver som viser seg umulig å klare på samme tid, blir alt like viktig. Du kjenner kanskje ordtakene «hvis alt er like gyldig blir alt likegyldig». Tendensene vi har sett de siste årene burde få oss til å se et rødt blinkende lys for tidstyver som ingen tjener på at vi lukker øyene for.

Det reises spørsmål om styrken i systemkrav fra ledere er en videreføring av den manglende tillit de selv blir utsatt for fra politisk hold over dem. Vi kjenner til flere

Faste bidragsyttere



Professor i sykepleier ved Høgskolen i Bodø
Berit Støre Brinchmann



Professor ved seksjon for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo
Per Nortvedt



til utforming og gjennomføring av faglige normer for god praksis på arbeidstedet og melder fra og/eller varsler når pasienten utsettes for uforsvarlige eller kritikkverdige forhold. Det understrekes at lojalitet til arbeidstedet ikke skal hindre dette. Sykepleieren har også rett til å forvente respekt og nødvendig støtte fra kolleger og arbeidsgiver når hun/han melder fra om kritikkverdige forhold. Sykepleieren skal bidra til prioriteringer som tilgodeser pasienter med størst behov for sykepleie og arbeide for et ressursmessig grunnlag som muliggjør god praksis.

Meld avvik

Pasienthensyn skal alltid settes foran andre hensyn. Hvis viktige tiltak forsømes overfor pasient på grunn av annet pålagt arbeid, skal det meldes som avvik og dokumenteres.

Innspeilet fra sykepleieren er systemkritisk. Det er stadig nødvendig å kunne stille kritiske spørsmål til ideologien og hva som faktisk skjer på systemnivå. Sykepleiere må kunne gjøre dette uten å risikere advarsler eller å miste jobben. Å bygge kulturer for å drøfte denne type tilbakemeldinger tydelig og åpent er viktig. Når systemkrav hemmer god praksis er det etisk å melde fra. Informasjons- og dokumentasjonsarbeid er viktig, men vi trenger mot og tydelighet i debatten om når nok er nok av både dokumentasjonskrav og nye metoder for å jobbe smartere.

Hverdagsledere har alltid hatt et hovedansvar for å sikre kvalitet, og bør derfor ha en særlig oppmerksomhet på dilemma knyttet til den daglige ressursforvaltning. ■■■



TIDSTYV: Når papirarbeidet går på bekostning av pasientene, bør sykepleieren skrive avvik fremfor å være lojal mot arbeidsgivers krav, mener Aakre. Arkivfoto: Erik M. Sundt. Personene på bildet har ingen tilknytning til eksempler i teksten.



Til refleksjon

- › Hvor mye tid bruker du til dokumentasjon og administrative oppgaver i en vanlig vakt?
- › Hvor mye tid bruker du til direkte pasientarbeid i en vanlig vakt?
- › Opplever du ofte lojalitetskonflikt i forhold til arbeidsgivers krav til dokumentasjon og annet administrativt arbeid?
- › Hvis tid til pasientarbeidet er et stadig dilemma i din jobb, hvordan bidrar du til at det blir belyst?
- › Har dere en hverdagskultur der det er lett å melde fra om vanskelige prioriteringsdilemma?

Send din mening på epost til 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.

www.sykepleien.no

Flere dilemma på Sykepleien.no under fanen interaktivt.



TETT PÅ Beate Gangås

Hvem: Beate Gangås

Alder: 46 år

Yrke: Likestillings- og diskrimineringsombud

Hvorfor: Fordi hun synes helsesektoren er likestillingsversting og fordi hun skal gå av i desember.

Blid bISK

Beate Gangås tåler kjeft som gåsa tåler vann.

Hun bare smiler når noen kaller henne flink bisk i stedet for vaktbikkje.

Tekst **Eivor Hofstad** Foto **Therese Borge**



«Det viktigste er ikke hvor mye ansiktet mitt er i tv-ruta, vi har andre arenaer.»



Det er kun de paranoide det ikke er tilrettelagt for hos Likestillings- og diskrimineringsombudet (LDO) i Oslo: Stemmer i høytalere snakker til oss både her og der. Metallmerker i gulvene som ligner hemmelige beskjeder fra en annen galakse, guider oss til resepsjonen i fjerde. Teleslynger med gud vet hvilke stråler og bølger er installert, og ingen dørterskler hindrer rullestolene fra å ta over kontorlokalene. Det kalles universell utforming og bør ha kommet til et offentlig bygg nær deg. Loven er snart ett år.

Da sjefen, Beate Gangås, fikk vite at det ikke var heis helt opp til den fine takterrassen, sa hun «alle eller ingen!». Dermed ble heismon-tørene tillagt. Ombudet er nemlig tilgjengeligheten selv. Med øyne som smiler om kapp med munnen, inviterer hun Sykepleien inn på det lyse glasskontoret til kaffe og småkaker.

– Småkaker, sier hun med en svak lesping som gjør at vi blir mildt stemt.

Muligens en kreativ genkobling hun har arvet fra sin mor, den psykiatriske sykepleieren, eller far, ergoterapeuten, som begge jobbet på Dikemark. Eller kanskje et triks hun lærte på FBI's lederutdanning i USA? Nå kan hun bare snakke om systemisk og strukturell diskriminering så mye hun vil, vi har uansett en følelse av at samtalen er hyggelig og uformell.

JURISTEN BEATE GANGÅS kom fra Politidirektoratet til en nyopprettet stilling for å styre tre likestillingsapparater (Likestillingsombudet, Likestillingssenteret og Senter mot etnisk diskriminering) under samme paraply i 2006. I dag er en fjerde organisasjon kommet med (Nasjonalt dokumentasjonssenter for personer med nedsatt funksjonsevne).

Noen fryktet at kjønnslikestillingsarbeidet skulle lide på bekostning av alle de andre områdene det nye ombudet skulle være både pådriver og kontrollorgan for. Marie Simonsen i Dagbladet stemplet henne kontant som flink bisk som kunne sine paragrafer og ellers ga labb, i stedet for å være vaktbikkje, fordi hun ikke var så synlig i mediebildet.

– Det gjør ikke noe at de sier jeg er flink, repliserer hun og smiler.

«Sykepleieryrket

med, mediene vil helst ha politikere. Det viktigste er for øvrig ikke hvor mye ansiktet mitt er i tv-ruta, vi har andre arenaer.

Gangås viser fram en gul og en oransje rapport. Den første heter Praksis og viser sakene og noen av menneskene LDO har jobbet med i året som gikk. Den andre heter SaLDO og viser fakta på likestillingsområdene det samme året.

– Vi må være kunnskapsbaserte og ha gode statistikker. Først da kan vi forebygge og lage de riktige lovene.

– Er det ikke det som er gjort på likelønnsområdet? Likevel kommer det ingen likelønnsnett?

– Likestillingskomisjonens dyktige eksperter har gjort et grundig arbeid og gitt en gavepakke med sine forslag til løsninger. Det er altfor dårlig at ikke regjeringen har fulgt det opp, men atter en gang velger å overlate det hele til partene. Det er ingen bragd å sette ned et utvalg. Bragden hadde vært å følge det opp, sier Gangås.

I FJOR HOLDT HUN NESTEN PÅ Å DØ av en svært aggressiv form for blodkreft. Hun var borte i åtte måneder. Men livsgnisten kom for fullt igjen da hun fikk vite at den siste margprøven var fin i juni. Det var så mye mer å gjøre. Fiske krabber med nevøene, løpe turorientering, isbade, kjøre motorsykel og fiske laks utenfor Namsos. Være med dem hun er glade i hjemme på Jeløya i Moss, som partneren Line Stubberud.

Siden august i fjor har Gangås igjen sørget for at ingen skal bli diskriminert på grunn av kjønn, graviditet, permisjon ved fødsel og adopsjon, etnisitet, funksjonsnedsettelse, seksuell orientering, religion, livssyn, politisk syn eller alder. Pust! Hun har forsøkt å trappe ned til 100 prosent stilling, men blir fort fanget av oppgavene hun har foran seg.

– Jeg har sluttet å tenke at det skal bli mer tid. Det handler om meg. Jeg liker å jobbe mye og få ting gjort.

Gangås skal gå foran og påvirke utviklingen, samtidig som hun skal gå etter og påse at eksisterende lovverk blir holdt. Kritikerne mener dette er problematisk å forene.

– Er det vanskelig å være både pådriver og vaktbikkje?

– Nei, det er både naturlig, riktig og viktig å forene de to oppgavene. Vi trenger kunnskap om sakene før vi forebygger.

«Det er ingen bragd å sette ned et utvalg. Bragden hadde vært å følge det opp.»

– Men de som mener mest om oss, er ikke de som vet mest om oss. Jeg tenker at det er en god ting at de er opptatt av likestilling.

Gangås bestemte seg tidlig for at hun ikke skulle bruke energi på hvem som liker eller ikke liker måten hun framstår på. Et knep hun bruker er å ta et skritt til siden å spørre seg selv om dette tjener likestillingen eller ikke.

– Vi må finne oss i mye i denne jobben. Mange organisasjoner eller privatpersoner vil kjøre oss foran seg. Men da sier vi nei. Vi må være uavhengige.

– Hvorfor ser vi deg ikke mer i media?

– Jeg ER med! I kveld skal jeg for eksempel både til NRK Østlandsendingen for å snakke om seksuell trakassering og Redaksjon EN for å snakke om likelønn. Men jeg bestemmer ikke selv når jeg skal

– Men det er jo en motsetning der?

– Det hindrer oss ikke. Det ville vært rart om ikke politiet skulle drive forebygging fordi de også etterforsket narkotikakriminalitet, for eksempel.

– Hvordan fordeler du de to rollene?

– De overlapper hverandre. Lovgivning er en god pådriveraktivitet i seg sjøl som har stor forebyggende effekt. Juridisk avdeling hos oss jobber mest reaktivt med lovhåndheving og høringsuttalelser, mens samfunnsavdelingen ser på de store trendene og analyserer statistikker. Men vi er best når vi jobber sammen.

PÅ SEINSOMMEREN I ÅR gikk Gangås ut i mediene og karakteriserte helsesektoren med sykehusene i spissen som «likestil-

passer egentlig perfekt for unge, single menn.»

lingsversteringer», fordi de ofte bryter loven knyttet til graviditet og fødselspermisjon.

– Det er særlig to grunner til at helsesektoren kommer dårlig ut i likestillingssammenheng: Den utbredte bruken av midlertidige stillinger og at vikariater ikke forlenges når kvinnen skal ut i fødselspermisjon, som særlig angår kvinnelige leger. Det er ulovlig. Den andre er ufrivillig deltid, som særlig angår sykepleiere.

– Sykehusdirektørene hevder at dette ikke er en bevisst politikk fra sykehusenes side?

– Diskriminering er sjelden et utslag av bevisst politikk, mens likestilling er det.

– Bør arbeidsgiver få refundert hele lønnen for arbeidstakeren som er i permisjon for å få løst noe av problemet til de kvinnelige legene?

– LDO har regnet på det og funnet ut at dersom foreldrepermisjonen dekker 8G i stedet for 6G gjennom Folketrygden, vil de fleste arbeidstakere komme innenfor.

– Hva skal man gjøre med den ufrivillige deltiden?

– Lovfeste retten til heltid. Det er også et ressurs spørsmål, men like mye en likestillingsutfordring vi bør søke å gjøre noe med.

– Politiet har ikke samme problem. Hva kan sykepleierne lære av dem?

– Jeg skulle likt å se at man løser ressursproblemene i politietaten med deltid. Da er det nok mer nærliggende å peke på konsekvenser for tjenestetilbudet – at de reduserer antall patruljer for eksempel.

Gjennomsnittslønna til en sykepleier er 330 000 kroner, mens en politibetjent tjener over 396 000, ifølge nettstedet utdanning.no.

– Er det rettferdig?

– Jeg skal passe meg for å bli part i sånne typer forhandlinger.

Men LDO engasjerer seg i likelønnsproblematikken blant annet gjennom behandling av klagesaker. Ombudet ga for eksempel medhold i Harstad-saken der to avdelingssykepleiere ønsket samme lønn som fem avdelingsingeniører i kommunen. Kommunen anket og likestillingsnemnda kom til at lønnsforskjellen på mellom 11 000 og 37 000 kroner ikke var brudd på loven på grunn av markedshensyn.

GANGÅS HAR SNAKKET MED SYKEPLEIERE om jobben deres. Hun fant ut at vaktene ikke er tilrettelagt for at folk kan ha familie eller klare å holde ut til de er 67.

– Sykepleieryrket passer egentlig perfekt for unge, single menn.

– Hvordan opplevde du sykepleierne da du var kreftpasient?

– Jeg kunne sikkert brukt tid på episoder som var lite all right, men i det store og hele synes jeg sykepleiere gjør en fabelaktig jobb. De håndterer mennesker i krisesituasjoner, og det er krevende.

– Verdt mer enn 330 000 kroner?

– Det er helt umulig å sette verdi på.

DET ER KUN INNEN ARBEIDSLIV Norge har en lov mot diskriminering for alder og seksuell orientering. Nå er det foreslått å utvide loven slik at lesbiske og homofile skal slippe å frykte diskriminering ellers i livet også. Høringsfristen til NOU nr. 14 om et helhetlig diskrimineringsvern er 30. desember.

– Det er høstens viktigste sak for oss. Det blir et fint punktum for meg.

Beate Gangås slutter i LDO den 31. desember. Hun har søkt jobben som direktør i Kripos, men vet ennå ikke om hun får den.

– Jeg er stolt over å kunne overlate en så velfungerende organisasjon med mange dyktige medarbeidere. Den har vokst fra 30 til 60 mennesker.

– Noe du skulle ha lyktes bedre med?

– Skulle gjerne ha gjort mer av alt. Jeg kan ikke gjøre noe med likelønn, men det hadde vært på sin plass om det ble løst. Vi får bare fortsette å mase. Det er en stor del av jobben vår. Mase og mase på dem med makt og myndighet.

Ingunn Yssen, som har vært en av Gangås sine kritikere, er blant dem som har søkt om å få bli hennes etterfølger.

– Har du noen råd til den som kommer etter deg?

– Husk å få med alle gruppene du skal være ombud for.

– Hva skal bli deiligst med å slutte?

– Det skal være godt at noen andre tar seg av den delen av likestillingsdebatten der det liksom bare er en myr av velvilje, men ingenting blir gjort. Jeg går litt i spinn når det bare blir prat. Ellers blir det fint å slippe å posere på bilder for intervjuer og portretter som dette ...

Hun skjuler godt utålmodigheten der hun står henslengt på et gategjørne til ære for Sykepleiens fotograf. Vår tilmålte tid har vært over i noen minutter nå.

– Du smiler mye, konstaterer fotografen.

– Gjør jeg det? Kanskje det er derfor mediene ikke vil ha meg? De vil vel heller ha ei som er sånn:

Gangås rynker brynene, skyter haka fram og viser sammenbitte tenner i underkjeven. Men det varer bare ett sekund, så ler hun igjen. ■■■





Det er umulig å peke på en eller noen grupper som skiller seg klart ut som de som skal løftes.

Tor-Arne Solbakken, nestleder i Landsorganisasjonen (LO)

Likelønn

I Soria Moria II-erklæringen inviterer regjeringen partene i arbeidslivet til dialog for å utforme hvordan det videre likelønnsarbeidet skal foregå. Regjeringen ønsker blant annet at partene selv peker ut hvilke grupper som skal være med på lønnsloftet.

Om arbeidstaker- og arbeidsgiverorganisasjonene gjennom lønnsoppgjøret i 2010 blir enige om en modell som kan «gi grunnlag for et særskilt likelønnsloft i offentlig sektor» lover regjeringen å stille økonomiske midler til rådighet.

– Er det behov for en likelønnsloft?

Lisbeth Normann: – Det er det – ja! Hvis vi skal ha et håp om å tette igjen likelønns-gapet mellom kvinne- og mannsdominerte yrker i offentlig og privat sektor er det helt nødvendig å få en likelønnsloft på plass. Men gapet tettes ikke med en enkelt lønnsloft. Det må lages en forpliktende økonomisk opptrappingsplan som strekker seg over flere lønnsoppgjør. Og jeg forventer at regjeringen følger opp rådene fra Likelønnskommisjonen den selv satte ned.

Tor-Arne Solbakken: – Det er behov for å sette likelønn i fokus i alle avtaleområder i enda

større grad enn tidligere. Det vil imidlertid ikke være mulig å få likelønn gjennom politisk vedtatte pottter som fordeles uten forankring i forhandlingssystemet. Likelønnspektivet må gjennomsyre hele tariffpolitikken, også fra arbeidsgiverne, dersom de ønskede effekter skal oppnås. En egen «pott» er med andre ord ikke løsningen.

– Hvem bør omfattes av en eventuell like-lønnsloft?

Lisbeth Normann: – Likelønns-gapet i Norge ligger på 15 prosent. Det ideelle ville være å løfte alle kvinnedominerte grupper som tjener mindre enn menn. Men da må det legges penger på bordet. Masse penger. Det er blitt antydnet rundt 35 milliarder kroner.

Et sted må man begynne, og i dag er lønns-gapet størst blant kvinne- og mannsdominerte yrker med høyere utdanning. Aller størst er gapet blant dem med inntil fire år på høyskole og universitet. Her tjener kvinner over 21 prosent mindre enn menn per time, og gapet er økende. Det er også i denne utdanningsgruppen vi har den største andelen kvinner. Likelønnskommisjonen mener likelønnsarbeidet

Likelønns-gapet er størst
blant dem med inntil fire år
på høyskole og universitet.

Lisbeth Normann, forbundsleder i Norsk Sykepleierforbund (NSF)

splitter

må starte her. Her er det snakk om langt flere kvinnedominerte grupper enn sykepleiere, for eksempel førskolelærere, sosionomer, ergoterapeuter ...

Tor-Arne Solbakken: – Det er en grunnleggende forutsetning at alle erkjenner at likelønnsfordringer er til stede i hele arbeidslivet, ikke minst blant de lavlønte i servicesektoren, deler av industrien og kommunesektoren. Samtidig er det store utfordringer også for de med høyere utdanning i offentlig sektor. Det er derfor umulig å peke på en eller noen grupper som skiller seg klart ut som de som skal løftes. Det må forhandlinger vise.

– Er det partene i arbeidslivet sitt ansvar å få til et likelønnsløft?

Lisbeth Normann: – Arbeid for likelønn er en oppgave for partene i arbeidslivet, men regjeringen har også et politisk ansvar for å medvirke til løsninger. I tillegg må regjeringen følge opp likestillingslovgivningen. Når regjeringen nå inviterer til et trepartssamarbeid for likelønn vil selvsagt Norsk Sykepleierforbund delta i en slik prosess.

Et likelønnsløft for kvinnedominerte grupper i offentlig sektor vil kreve statlig finansiering i tillegg til de ordinære rammene i tariffoppgjørene. Det er ikke til å komme utenom at det ikke har skjedd noen verdens ting på likelønnsfronten innenfor dagens forhandlingssystem de siste 20 åra. Det tradisjonelle forhandlingssystemet fungerer ikke i forhold til likelønn.

Vi kan heller ikke lukke øynene for den enorme rekrutteringsutfordringen helse- og omsorgssektoren vil stå overfor om svært kort tid.

Tor-Arne Solbakken: – Det er partene i arbeidslivet som har ansvar for lønnsdannelsen i Norge. Dette er et system som har gitt både velferdsøkning i samfunnet, kjøpekraftsforbedring og produktivitetsvekst i langt større grad enn i andre land, uten at konkurransevnen totalt sett er svekket. Dette systemet må videreføres. Myndighetene kan bidra til gode løsninger i et trepartssamarbeid, som i afp-saken, men ansvaret ligger hos partene. Det ansvaret må partene ta, også i forhold til likelønn. ■■■

Tekst **Bjørn Arild Østby** Foto **Erik M. Sundt**





REFLEKS

Gjesteskribent Camilla Crone Leinebø

Navn: Camilla Crone Leinebø
Yrke: Nyutdannet sykepleier
E-post: leiniken@yahoo.no

Luksusproblemet

Endelig ferdig utdannet sykepleier, men likevel i ingenmannsland.

Til sammen syv års studenttilværelse er tilbakelagt, og noe av det beste ved det hele er at jeg er dønn klar for å sanke voksenpoeng. Ikke lenger inntekt under fattigdomsgrensen. Leilighetskjøp og samboerskap er bare noen få etterlengtede bevis på at livet er i ferd med å ta en ny vending.

Uansett: Våkenettene er der med jevne mellomrom. «Har du fått deg jobb?», «Hva vil du jobbe med?», «Hvor vil du jobbe?». Evinnelig mas fra alle kanter. Og jeg lar meg stresse med. For hva vil jeg egentlig?

Jeg er overhodet ikke blant de mange som allerede fra barnsben av ønsket å bli sykepleier. Kallet kom dettende ned i hodet

hjemmesykepleiepraksis, trodde jeg det var kjedelig å jobbe så mye «alene». Etter endt praksis, er det svært høyt oppe på listen av potensielle arbeidsplasser. Før min første sommerjobb som sykepleierstudent utenfor sykehjemmet, på nyfødtafdeling, hadde jeg knapt tatt i en baby. Ett år etter, ble det mitt første stopp som autorisert sykepleier. Der har jeg vært frem til skrivende stund, og trolig hadde jeg vært der ennå om ikke jeg hadde flyttet for å sanke disse tidligere nevnte voksenpoengene.

Jeg er lost i jungelen av jobbmuligheter. Fra å synes at alt er aktuelt — til ingenting — fra dag til dag, gjør meg helt kokko. Akkurat som en unge med tillatelse fra foreldrene til å velge én ting i lekebutikken. Jeg er fanget i øyeblikkets tyranni. Jeg får ikke gjort noe, fordi det hele tiden er noe annet jeg føler jeg må gjøre først.

Midt oppi min grusomme lidelse av valgets kval, befinner mange av mine tidligere studievenner seg i en medie- og kommunikasjonsbransje der det kuttes med kjøttøks i alle redaksjoner. Ryktene sier at i kullet fra linjen jeg gikk på, er samtlige uten relevant jobb per dags dato. Mange gode venner går rundt i en nervepirrende hverdag uten å vite om de har jobb en måned frem i tid eller ikke.

Det er da jeg skjønner at på tross av helgejobbing, tredelt turnus, lave stillingsprosenter, vikariater og for lav lønn, så har jeg uansett en jobb å gå til. Som sykepleier. Jeg er faktisk privilegert som kan bruke tiden fremover på å prøve meg litt frem. Erfaringen hittil sier at det uansett vil bli nyttig kunnskap å ta med seg videre.

De virkelig store problemene kommer kanskje idet jeg finner den perfekte arbeidsplass, og opplever å ikke få fast stilling eller å få jobbe så mye som jeg kan. Men den tid, den sorg. Kanskje jeg for en gangs skyld skal forsøke å ikke ta problemene på forskudd?

Jeg er lost i jungelen av jobbmuligheter.

på meg halvveis uti en medieutdanning. Men jeg er blant de heldige som trivdes i hver eneste praksis jeg hadde som sykepleierstudent.

Før sykehjemspraksisen visste jeg godt hva jeg gikk til. Ekstrajobben som pleiemedhjelper på sykehjem var inngangsbilletten inn i yrket jeg nå har. Før medisinsk praksis på sykehus, visste jeg ingenting om hvordan det var å jobbe på en travel sengepost. Etter endt praksis, tok jeg nesten en helgestilling der. Før kirurgisk praksis på nevrokirurgen, var det sinnssykt skummelt å skulle befinne seg midt oppi hjernens mysterier. Etter endt praksis var det definitivt en jobb jeg kunne tenke meg videre. Før psykiatripraksis på lukket avdeling var jeg livredd. Etter endt praksis, var jeg åpen for at dette absolutt kunne være noe for meg. Før

Øvrige gjesteskribenter 2009:



Trude Aarnes
Jordmor og privatpraktiserende sexolog



Martine Aurdal
Leder av samfunnsavdelingen i Dagbladet



Anders Folkestad
Leder i Unio



Jon Hustad
Journalist i Dag og Tid

Effektiv lokalbehandling av bakteriell vaginose på 3 dager¹

Dalacin Vagitorier

Lokal behandling av en lokal tilstand



Dalacin Pfizer

Antiinfektivum til gynekologisk bruk. ATC-nr.: G01A A10

VAGINALKREM 2%: 1 g inneh.: Clindamycin. phosph. aeqv. clindamycin. 20 mg, sorb. monostear., polysorb. 60, propylenglycol. 50 mg, acid. stearic., alcohol cetostearyllic., cetylalm., paraffin. liquid., alcohol benzylic. 10 mg, aqua steril. q.s. ad 1 g.

VAGITORIER 100 mg: Hver vagitorie inneh.: Clindamycin. phosph. aeqv. clindamycin. 100 mg, adeps solid. q.s. ad 2,5 g.

Indikasjoner: Bakteriell vaginose.

Dosering: Vaginalkrem: En fylt applikator (5 g) intravaginalt hver kveld i 7 dager. Vagitorier: 1 vagitorie intravaginalt hver kveld i 3 dager.

Kontraindikasjoner: Hypersensitivitet for preparater som inneholder klindamycin, linkomycin eller hardfett (vagitorier).

Forsiktighetsregler: Før eller etter at behandlingen påbegynnes bør det tas laboratorieprøver for å teste på mulige andre infeksjoner som Trichomonas vaginalis, Candida albicans, Chlamydia trachomatis og gonokokkinfeksjoner. Bruk av klindamycin intravaginalt kan gi økt vekst av ikke-følsomme organismer, spesielt

sopp. Hvis betydelig eller langvarig diaré inntreffer, må legemidlet seponeres og nødvendig behandling gis. Betydelig diaré som kan opptre mange uker etter avsluttet behandling, skal behandles som om den er antibiotikarelatert. Moderat diaré avtar ved seponering av behandlingen. Samleie frarådes under behandlingen. Latekscondomer og latekspessar kan svekkes i kontakt med innholdsstoffene i preparatene. Tamponger eller intimspray bør ikke anvendes under behandlingen. Sikkerhet og effekt er ikke undersøkt hos kvinner <16 år eller >65 år, gravide, ammende, kvinner med nedsatt nyre- eller leverfunksjon, kvinner med immunsvikt eller kolitt.

Graviditet/Amming: Overgang i placenta: Preparatet anbefales ikke brukt i 1. trimester. Det er vist at bruk av klindamycin vaginalkrem hos gravide i 2. trimester og systemisk tilført klindamycinfosfat i 2. og 3. trimester ikke er assosiert med fosterskader. Vagitoriene kan derfor brukes under 2. og 3. trimester dersom det er et klart behov for det. Overgang i morsmelk: Ukjent. Preparatet bør ikke brukes under amming.

Bivirkninger: Hyppige (>1/100): Urogenitale: Vaginit, lokal irritasjon, vaginal Candidainfeksjon. Mindre hyppige: Gastrointestinale: Diaré, kvalme, forstoppelse, mavesmerter. Hud: Urticaria, pruritus, utslett.

Urogenitale: Vaginal utflod, menstruasjonsforstyrrelser, smerter på applikasjonsstedet. Øvrige: Svimmelhet, hodepine, soppinfeksjoner.

Overdosering/Forgiftning: Se Giftinformasjonens anbefalinger for klindamycin J01F F01.

Egenskaper: Klassifisering: Klindamycinfosfat er en vannløselig ester av det semisyntetiske antibiotikum klindamycin. Virkningsmekanisme: Bakteriostatisk eller baktericid effekt ved å hindre bakterienes proteinsyntese. Klindamycin er vist å ha in vitro aktivitet mot følgende bakterier som er assosiert med bakteriell vaginit: Gardnerella vaginalis, Mobiluncus spp., Bacteroides spp., Mycoplasma hominis, Peptostreptococcus spp. Absorpsjon:

Vaginalkrem: Ca. 4% (varierer mellom 0,6-10%) absorberes systemisk. Vagitorier: Ca. 30% (varierer mellom 6,5-70%). Oppbevaring og holdbarhet: Skal oppbevares <25°C. Pakninger og priser: Vaginalkrem: 40 g (tube m/7 engangsapplikatorer) kr 167,20. Vagitorier: 3 stk. kr 191,40.

Sist endret: 27.01.2004

(priser oppdateres hver 14. dag, ev. refusjon hver måned)

Ref. 1) Paavonen J. et al. Obstet Gynecol 2000;96:256-60 E2009-1256



Skredder tilpasset

Hva skulle vi gjort uten tiden?

Immer flere ganger i produktutviklingen vår er det viktig å huske på hva som er viktig for oss (og for utvalgte samarbeidspartnere) og hvordan vi kan gjøre det. Vi skal ha fremre og trygg og god kvalitet og slippe å stå på linjen i tillegg.

Sjekk våre nettsider
for flere skill og andre
merkeprodukter for helsesektoren

SABO

– tid er vår styrke!



SABO – din mest verdifulle samarbeidspartner!



Klasker



3D skill



3D mannt-skill



Klasker

