



**Gravide kan
få sjokk etter
ultralyd** Side 46

På lag med foreldrene

Tett samarbeid er nyttig for alle parter når barnet blir født med long gap øsofagusatresi og andre alvorlige diagnoser. Side 58



**Lei
av ville
utspill** Side 66

Sykepleien

NSF POLITIKK: Nestleder Unni Hembre ønsker å bli president for Europas sykepleiere.

11 | 2010
23. september
2010
98. årgang

Revmatikere skal ikke lenger holde seg i ro.

Klar til et nytt liv



LOETTE 28 ANTIKONSEPSJONSMIDDEL ATC-NR: G03A A07

TABLETTER, filmdrasjerte: Hver aktiv tablett inneh.: Levonorgestrel 100 µg, etinyløstradiol 20 µg, laktosemonohydrat, hjelpestoffer. Fargestoff: Rødt jernoksid (E 172), titandioksid (E 171). Hver inaktiv tablett inneh.: Laktosemonohydrat, hjelpestoffer. Fargestoff: Titandioksid (E 171).

INDIKASJONER: Antikonsepsjon.

DOSEERING: Tablettene må tas som angitt på pakningen, hver dag til omtrent samme tid. 1 tablett tas daglig i 28 etterfølgende dager. Etter at den siste inaktive tablett er tatt, starter en med nytt brett dagen etter. I løpet av de 7 dagene med inaktive tabletter inntrener en bortfallsblødning. Oppstart: Ingen tidligere hormonell prevensjonsbruk (i løpet av den siste måneden): Medisineringsen skal starte på dag 1 i kvinnens normale syklus. Det er tillatt å starte på dag 2-7, men da anbefales i tillegg en annen prevensjonsmetode (f.eks. kondomer og sæddrepende middel) i løpet av de 7 første dagene en tar tablettene.

SKIFTE FRA ET ANNET KOMBINASJONSPREPARAT: Medisineringsen bør starte dagen etter den vanlige tablettfrie perioden eller perioden med inaktive tabletter til foregående kombinasjonspreparat. Skifte fra et rent progesterogenpreparat (minipille, progesterogeninjeksjon/implantat): Kvinnen kan når som helst skifte fra minipille og begynne med preparatet neste dag. En bør starte dagen etter fjerning av et implantat eller, dersom en bruker injeksjon, dagen etter neste injeksjon skal foretas. I alle disse situasjonene, anbefales å bruke en tilleggsprevensjon de 7 første dagene en tar tablettene. Etter abort i 1. trimester: Medisineringsen kan starte umiddelbart. Andre prevensjonsmetoder er ikke nødvendig. Etter fødsel eller abort i 2. trimester: Siden den umiddelbare postpartumperioden er assosiert med en økt risiko for tromboemboli, skal p-piller ikke anvendes tidligere enn 28 dager etter fødsel, hos ikke ammende eller etter abort i 2. trimester. Tilleggsprevensjon anbefales de 7 første dagene. Dersom samleie har funnet sted, må graviditet utelukkes før en starter med et kombinasjonspreparat, ellers må kvinnen vente på sin første menstruasjonsperiode. Effekten av p-pillene reduseres når tabletter glemmes eller ved oppkast. Se pakningvedlegg.

KONTRAINDIKASJONER: Skal ikke brukes av kvinner med noe av følgende: Tromboflebit eller tromboemboliske lidelser, dyp venetrombose, en tidligere historie med dyp venetrombose eller tromboemboliske lidelser, cerebrovaskulære eller kardiovaskulære lidelser, trombose valvulpatier, arvelig eller ervervet trombofili, migrene/hodepine med fokale nevrologiske symptomer, slik som aura, trombose rytmeforstyrrelser, alvorlig diabetes med vaskulære forandringer, alvorlig ubehandlet hypertensjon, kjent eller mistenkt cancer mammae, cancer i endometriet eller andre verifiserte eller mistenkte østrogenavhengige neoplasier, kolestatisk gulsott under graviditet eller gulsott ved tidligere bruk av p-piller av kombinasjonstypen, leveradenomer eller leverkreft, udiagnostiserte unormale vaginalblødninger, verifisert eller mistenkt graviditet, hypersensitivitet overfor noen av preparatets innholdsstoffer.

FORSIKTIGHETSREGLER: Før behandling initieres, foretas grundig undersøkelse inkl. mammaundersøkelse, blodtrykksmåling, samt en grundig familieanamnese. Hyppigheten og typen av etterfølgende undersøkelse bør være basert på etablerte retningslinjer og tilpasses individuelt. Forstyrrelser i koagulasjonssystemet skal utelukkes hvis det i nærmeste familie allerede i yngre år har forekommet tromboemboliske sykdommer (først og fremst dyp venetrombose, hjerteinfarkt, slaganfall). Ved unormale vaginalblødninger skal undersøkelser gjennomføres for å utelukke kreft. Kvinner fra familier med økt forekomst av brystkreft eller som har benigne brystknuter, må følges opp spesielt nøye. Sigarettøyking øker risikoen for alvorlige kardiovaskulære bivirkninger ved bruk av p-piller. Denne risikoen øker med alder og mye røyking og er ganske markert hos kvinner over 35 år. Kvinner som bruker p-piller må på det sterkeste anbefales ikke å røyke. Bruk av kombinasjons-p-piller er assosiert med økt risiko for arterietrombose og tromboemboli. Rapporterte hendelser inkl. hjerteinfarkt og cerebrovaskulære hendelser (iskemi og blødningsslag, transitorisk iskemisk attack). Eksponering for østrogen og progesteragener bør minimeres. Forskriving av kombinasjons-p-piller med minst mulig østrogen- og progesterageninnhold anbefales. Risikoen for arterietrombose og tromboemboli øker ytterligere hos kvinner med underliggende risikofaktorer. Må brukes med forsiktighet hos kvinner med risikofaktorer for kardiovaskulære lidelser. Eksempler på risikofaktorer for arterietrombose og tromboemboli er: Røyking, hypertensjon, hyperlipidemi, overvekt og økt alder. Kvinner som bruker perorale kombinasjons-p-piller og som har migrene (spesielt migrene med aura), kan ha økt risiko for slag. Opptreter tegn på emboli (f.eks. akutte brystmerter, tungpustethet, syns- eller hørselsforstyrrelser, smerter og hevelse i en eller begge underkremittene) under behandlingen skal preparatet seponeres og pasienten undersøkes nøye. Bruk av kombinasjons-p-piller er assosiert med økt risiko for venetrombose og tromboemboli. Den økte risikoen er størst blant førstegangsbrukere det første året. Risikoen er imidlertid mindre enn under graviditet. Venøs tromboembolisme er dødelig i 1-2% av tilfellene. Risikoen øker ytterligere hos kvinner med tilstander som predisponerer for venetrombose og tromboembolier.

EKSEMPEL PÅ RISIKOFAKTORER FOR VENETROMBOSE OG TROMBOEMBOLIER ER: Overvekt, kirurgisk inngrep eller skader som øker risikoen for trombose, nylig gjennomgått fødsel eller abort i 2. trimester, forlenget immobilisering og økt alder. Om mulig, bør behandlingen med kombinasjons-p-piller avbrytes 4 uker før og 2 uker etter elektiv kirurgi hvor det er økt risiko for trombose og ved forlenget immobilisering. Bruk av p-piller er assosiert med godartede adenomer i lever, selv om insidensen av disse er sjeldne. Risikoen synes å øke med varigheten av behandlingen. Disse ytrer seg som akutte buksmerter eller akutt intraabdominal blødning. Preparatet skal da seponeres og pasienten undersøkes nøye. Ruptur kan forårsake død gjennom intraabdominal blødning. Kvinner som tidligere har hatt kolestase forårsaket av perorale kombinasjons-p-piller, eller har hatt kolestase under graviditet, har større risiko for å få denne tilstanden ved bruk av perorale kombinasjons-p-piller. Pasienter som bruker perorale kombinasjons-p-piller bør derfor overvåkes nøye, og dersom tilstanden vender tilbake, bør behandlingen avbrytes. Det er rapportert tilfeller av retinalvaskulær trombose. P-piller må seponeres dersom det forekommer uforklarlige delvise eller fullstendige synsforstyrrelser, proptose eller dobbeltsyn, papilødem, eller skader i retinavaskulaturen. Glukoseintoleranse er rapportert og kvinner med diabetes eller nedsatt glukoseintoleranse skal følges nøye opp. Dersom kvinner med hypertensjon velger å bruke p-piller, må de overvåkes nøye og dersom signifikant økning av blodtrykk oppstår, må preparatet seponeres. Bruk av perorale kombinasjons-p-piller kan være assosiert med økt risiko for cervical intraepitelial neoplasie eller invasiv livmorhalskreft hos enkelte kvinnepopulasjoner. Imidlertid er det fremdeles kontroversielt hvorvidt omfanget av slike funn kan skyldes forskjeller i seksuell atferd eller andre faktorer. Adekvate diagnostiske tiltak er indisert ved udiagnostisert abnormal underlivsblødning. Utvikling eller akutt forverring av migrene eller utvikling av hodepine med annet forløp som er tilbakevendende, vedvarende eller alvorlig, krever at p-piller seponeres og at årsaken vurderes. Kvinner med migrene (spesielt migrene med aura) som bruker kombinasjons-p-piller kan ha økt risiko for slag. Gjennombruddsblødninger og sporblødninger sees spesielt de 3 første månedene.

Adekvate diagnostiske tiltak må iverksettes for å utelukke kreft eller graviditet ved gjennombruddsblødninger på samme måte som ved annen unormal vaginalblødning. Dersom patologi er blitt utelukket, kan fortsatt bruk av de perorale kombinasjons-p-pillene eller bytte til annen formulering løse problemet. Noen kvinner kan oppleve postpille amenoré muligens med anovulasjon, eller oligomenoré, spesielt når slike forhold har eksistert tidligere. Kvinner som behandles for hyperlipidemi skal følges tett. En liten andel kvinner vil få ugunstige lipidforandringer når de bruker p-piller. Ikke-hormonell prevensjon bør vurderes ved ukontrollert dyslipidemi. Vedvarende hypertriglyseridemi kan forekomme. Økningen i plasmatriglyserider kan føre til pankreatitt og andre komplikasjoner. Akutt eller kronisk leverdysfunksjon kan nødvendiggjøre seponering inntil leverfunksjonen normaliseres. Pasienter som blir klar depurimert når de bruker p-piller, må forsøke å klarlegge om symptomene er relatert til medikamentet. Kvinner med en sykehistorie med depresjon skal observeres nøye og preparatet skal seponeres dersom det utvikles alvorlig depresjon. Pasienter bør informeres om at preparatet ikke beskytter mot hiv-infeksjon (AIDS) eller andre seksuelt overførbare sykdommer. Preparatet bør ikke brukes ved sjeldne arvelige problemer med galaktoseintoleranse, en spesiell form for arvereditær laktasemangel (Lapp lactase deficiency) eller glukose-galaktosemalabsorpsjon. Utsettelse av menstruasjonen: Menstruasjonen kan utsettes ved først å ta de rosa tablettene og så kaste brettet uten å ta de 7 hvite tablettene. Start deretter direkte på et nytt brett.

INTERAKSJONER: Nedsatt serumkonsentrasjon av etinyløstradiol kan føre til økt insidens av gjennombruddsblødninger og uregelmessig menstruasjon, og kan muligens redusere effekten av kombinasjons-p-pillen. Ved samtidig bruk av preparater som inneholder etinyløstradiol og forbindelser som kan redusere plasmakonsentrasjonen av etinyløstradiol, anbefales en ikke-hormonell prevensjonsmetode (kondom og sæddrepende middel) i tillegg. Ikke-hormonell prevensjonsmetode anbefales brukt i tillegg i minst 7 dager etter seponering av substanser som kan føre til redusert plasmakonsentrasjon av etinyløstradiol. Ved langvarig bruk av slike substanser bør ikke kombinasjons-p-pillen anvendes som primær prevensjon. Det anbefales å bruke tilleggsprevensjon over en enda lengre periode etter seponering av forbindelser som induserer hepatisk mikrosomale enzymer og fører til redusert plasmakonsentrasjon av etinyløstradiol. Det kan enkelte ganger ta flere uker inntil enzyminduksjonen er fullstendig normalisert, avhengig av dosen, behandlingsvarigheten og eliminasjonshastigheten til den induserende forbindelsen. Diaré kan øke tarmsmotiliteten og derved redusere hormonabsorpsjonen. På samme måte kan medikamenter som reduserer tarmoverføringstiden redusere hormonkonsentrasjonene i blodet. Interaksjoner kan oppstå med medikamenter som induserer mikrosomale enzymer som kan minske etinyløstradiolkonsentrasjonen (f.eks. karbamazepin, oksykarmazepin, rifampicin, barbiturater, fenylbutazon, fenytoin, griseofulvin, topiramet, enkelte proteasehemmere, ritonavir). Atorvastatin kan øke serumkonsentrasjonen av etinyløstradiol. Medikamenter som opptre som kompetitive inhibitorer for sulfonering i gastrointestinalveggen kan øke biotilgjengeligheten av etinyløstradiol (f.eks. askorbinsyre, paracetamol). Substanser som hemmer CYP 3A4 isoenzymer, f.eks. indinavir og flukonazol, kan også øke biotilgjengeligheten av etinyløstradiol. Konsentrasjonen av etinyløstradiol vil kunne minske etter inntak av visse antibiotika (f.eks. ampicillin, tetracyklin) pga. redusert entero-hepatisk resirkulering av østrogen. Etinyløstradiol kan interferere med metabolismen av andre medikamenter ved å inhibere hepatisk mikrosomale enzymer, eller ved å indusere hepatisk medikamentkonjugering, spesielt glukuronidering. Plasma- og vevskonsentrasjonene vil følgelig enten kunne minske (f.eks. lamotrigin) eller øke (f.eks. ciklosporin, teofyllin, kortikosteroider). Toleandomycin kan øke risikoen for intrahepatisk kolestase ved koadministrering med perorale kombinasjons-p-piller. Det er rapportert at bruk av perorale kombinasjons-p-piller øker risikoen for galaktoré hos pasienter som behandles med flunarizin. Gjennombruddsblødninger er rapportert ved samtidig bruk av johannesurt (Hypericum perforatum). Effekten av preparatet kan reduseres, og ikke-hormonell tilleggsprevensjon anbefales ved samtidig bruk med johannesurt.

GRAVIDITET/AMMING: Studier antyder ingen terapeutisk effekt ved utilsiktet inntak i tidlig graviditet. Overgang i placenta: Se Kontraindikasjoner. Overgang i morsmelk: Både østrogen og gestagener går over i morsmelk. Østrogen kan redusere melkeproduksjonen samt endre morsmelkens sammensetning. Bør ikke benyttes under amming.

BIVIRKNINGER: Bruken av kombinasjonspreparat er assosiert med en økt risiko for arterielle og venøse tromboser og tromboemboliske tilstander, inkl. hjerteinfarkt, slag, transitorisk iskemisk attack, venøs tromboemboli og pulmonær emboli. En økt risiko for cervixneoplasier og cervixkreft og en økt risiko for brystkreft. Hyppige (>1/100): Gastrointestinale: Kvalme, oppkast, magekramper, oppblåst mage, smerter. Hud: Akne. Metabolske: Vektforandringer (økning eller reduksjon). Nevrologiske: Humørforandring inkl. depresjon, angst, svimmelhet, endret libido. Urogenitale: Gjennombruddsblødninger, og/eller sporblødning, dysmenoré, endret menstruasjonsmengde, cervixerosjon og -seksjon, vaginitt inkl. candidiasis, amenoré. Øvrige: Hodepine, inkl. migrene, væskeretensjon, ødemer, brystmerter, ømme bryster, forstørrede bryster, sekresjon fra brystene. Mindre hyppige: Gastrointestinale: Endret appetitt. Hud: Kløe, vedvarende melasmer, hirsutisme, hårtap. Metabolske: Endring i serumlipidnivå, inkl. hypertriglyseridemi. Sirkulatoriske: Hypertensjon. Syn: Intoleranse for kontaktlinser. Sjeldne (<1/1000): Gastrointestinale: Kolestatisk gulsott, gallesten, galblærelidelse (forverrer eksisterende lidelser og påskynder utvikling hos symptomfrie), pankreatitt, leveradenomer, leverkarsinomer. Hud: Erythema nodosum, erythema multiforme, angioødem, urticaria. Metabolske: Nedsatt glukoseintoleranse, forverring av porfyri, senkning av serumfolatnivået. Nevrologiske: Forverring av chorea. Sirkulatoriske: Forverring av varikøse vener. Syn: Opticusneuritt, retinal vaskulær trombose. Urogenitale: Postpille amenoré, spesielt når slike forhold har eksistert tidligere. Øvrige: Hemolytisk uremisk syndrom, anafylaktiske reaksjoner inkl. urticaria og angioødemer, forverring av systemisk lupus erythematosus.

OVERDOSERING/FORGIFTNING: Symptomer: Kvalme, oppkast, brystømhet, svimmelhet, buksmerter, tretthet/utmattelse, blødninger ved seponering hos kvinner. Behandling: Intet spesifikt antidot. Dersom videre behandling av overdose er nødvendig, rettes denne mot symptomene. Se Giftinformasjonens anbefalinger G03A.

ANDRE OPPLYSNINGER: Bruk av p-piller kan påvirke resultatene av enkelte laboratorietester, inkl. biokjemiske parametre knyttet til lever-, thyreoide-, binyre- og nyrefunksjoner, plasmanivå av proteiner (f.eks. kortikosteroidbindingsglobulin og lipid/lipoprotein-fraksjoner), parametre i karbohydratmetabolismen og koagulasjons- og fibrinolyseparametre. Vanligvis holder endringene seg innen normale laboratorieverdier.

PAKNINGER OG PRISER: 3 × 28 stk. (kalenderpakn.) kr 242,70.

Sist endret: 19.08.2009

(priser oppdateres hver 14. dag, ev. refusjon hver måned)

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 Nina Hernæs
tlf. 22 04 33 67/90 69 14 11
nina.hernes@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@ldh.no

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

Grafisk formgiver Hege Holt (permisjon)
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 sykepleiernes interesser på dagsorden. Sykepleien skal delta i samfunnsdebatten og stimulere til engasjement og meningsbrytning. Sykepleien arbeider etter Vær Varsom-plakatens regler for god presseskikk. Den som mener seg rammet av urettmessig omtale oppfordres til å ta kontakt med redaksjonen. Brudd på pressens etiske retningslinjer, ifølge Vær Varsom-plakaten, kan klages inn for Pressens Faglige Utvalg. Sykepleien betinger seg retten til å lagre og utgi alt stoff som publiseres i elektronisk form.

Gjesteskribenter:



Bodil Bach forteller om våre nye digitale hjelpere, PDA, i verkstedet. Hun bruker Arendal kommune som eksempel på hvordan verktøyet kan brukes. Side 68.



Runar Bakken og Per Gunnar Disch (bildet) synes at det må gå en grense for hvor mye man skal utvide velferdsstatens ansvar for den enkelte. Side 76.



Marie Aakre peker på vårt personlige ansvar når det blir gjort en feil. Ofte får rutiner og systemet skylda. Etiske retningslinjer er tydelige på at også helsepersonell må ta ansvar. Side 78.



Jon Hustad irriterer seg grønn over fastlegene. Side 86.



Innhold

Sykepleien

AKSJONISTEN: «Både sykepleiere

Hva skjer

- 7 Aksjonisten
- 8 Hva skjer – smånytt
- 11 Vil ikke ha rustet
- 12 Vil det bli plass for meg?
- 16 Kuttet 410 stillinger etter opptrapping
- 18 Sykepleiere på tråden
- 20 Hvem får årets smartpris?
- 22 Privat fagforening
- 24 Jevn pågang på rusakutten
- 26 Kritisk til læreren
- 28 Alarm om rusmiljøet
- 29 Vi bare spør Jorunn Opsahl

Der ute

- 40 Mikrosykepleie i Guatemala
- 44 Skal forske på rus og psyke
- 46 Ikke forberedt på uventet informasjon
- 49 Min jobb:
Elin Aanrudhaugen Rambech
- 50 Øyeblikket
- 52 Eldreomsorg for samiske «søringer»
■ NSF har skrinlagt kompetansenettverk



49

16

80

Tema: Revmatisme

- 32 – Mye handler om å få kroppen til å fungere så jeg kan jobbe
- 35 Tåler å være fysisk aktive
- 38 Fortviler over lang ventetid
- 39 Frykter for faget

30



flest og forbundet må kvitte seg med – unnskyld meg – kjerringstemplet.»

11 • 2010

23. september 2010 • 98. årgang

Fag og bøker

- 58 På lag med foreldrene
- 62 Betre føre var
- 66 Forfatterintervjuet: Knut Rasmussen
- 68 Verkstedet: Bodil Bach
- 69 Bokanmeldelser
- 70 Quiz
- 70 Sykepleier reduserer dødsrisiko

Mennesker og meninger

- 72 Lisbeth Normann om eldreomsorg
- 73 Siden sist, meninger og minneord
- 76 Runar Bakken og Per Gunnar Disch om velferdsstaten
- 78 Dilemma: Marie Aakre
- 80 Tett på Grete Christensen
- 84 Hør her: Therese Strøm vs. Harry Martin Svabø
- 86 Refleks: Jon Hustad

- 87 Stillingsannonser
- 94 Meldinger, skoler og kurs

GJESTESKRIBENTEN:

«Kor god behandling vi får avheng i høg grad av flaks.»

Jon Hustad

86



«Alle i landsbyen vet når vi kommer»

40

46



Har du over 5 i kolesterol er du i faresonen



Flertallet av voksne nordmenn har kolesterol over det anbefalte nivået på 5 mmol/l*. Høyt kolesterol er en av de viktigste risikofaktorene for hjerte- og karsykdommer. Senkes kolesterolnivået med 10 %, reduseres risikoen for hjerte- og karsykdommer med 20-50 %. Vita Proaktiv er en unik plantemargarin med dokumentert effekt som reduserer kolesterolet med 10 %. Les mer på vitahjertego.no

* Kilde: Folkehelseinstituttet.



Reduserer kolesterolet effektivt

Barth Tholens om markedsføring

Stilling: Redaktør i Sykepleien

E-post: barth.tholens@sykepleien.no

Take 2: Action!

Det kan virke vanskelig å mobilisere begeistring for et yrke når både lønna og rammevilkårene har et negativt stempel. Men det er nettopp det som må til.

Jeg har lett for å bli påvirket av filmmeldelser. Enda jeg kan være kritisk til mediernes terningkast-metoder, er det lenge siden sist jeg så en kinofilm som fikk lavere enn en fire. Det betyr ikke at jeg alltid deler anmelderens smak. Actionfilmer og tåpelige komedier skyr jeg, selv om de får aldri så mange femmere. Men et amerikansk drama med kjente skuespillere som bare får en treer, gir meg akkurat nok tvil til å velge noe annet i stedet. Hvorfor ta sjanser når det er så mange alternativer?

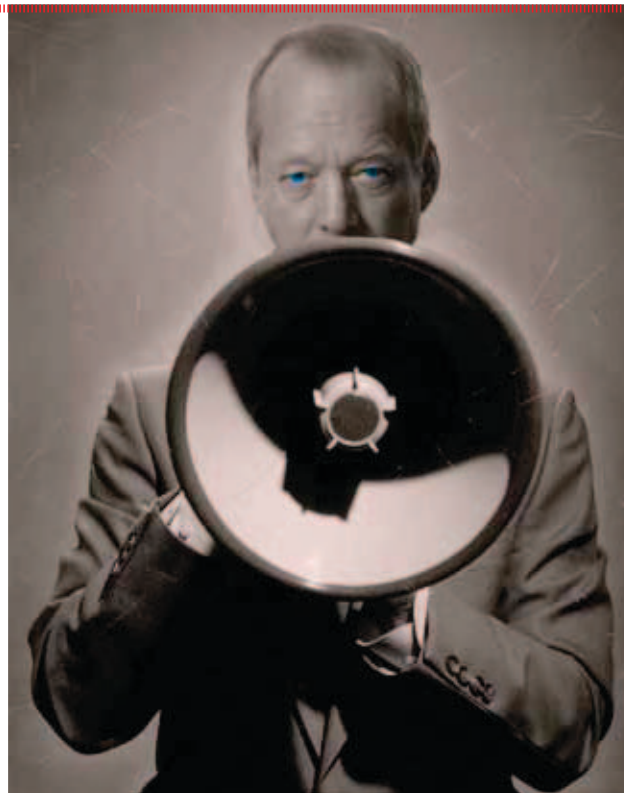
Likeledes går jeg sjelden på konserter eller utstillinger som har fått slakt. Ei heller reiser jeg på ferie til Kos, Ayna Napa eller den bulgarske østkysten. Det kan godt hende at alle historiene om flatfyll og ungdomsherjinger er en smule overdrevet. Men hvor mye skal jeg eventuelt satse på å få motbevist feriemålets dårlige omdømme?

Det aner meg at problemene med rekrutteringen til sykepleieryrket skyldes noe av det samme. Som yrke betraktet er sykepleie omgitt av mye negativitet. Søkningen til yrket har gått ned og står overhodet ikke i stil med samfunnets langsiktige behov for

«Hard core»-sykepleie er et fag som krever ungdommelig djervhet.

kvalifisert arbeidskraft i helsesektoren. Mange studenter faller dessuten fra underveis i studiet.

Det er ikke vanskelig å gjette seg til hvorfor det er slik. I folks bevissthet har det inntrykket festnet seg at det ikke er spesielt festlig å være sykepleier. Paradoksalt nok har sykepleiernes kamp for bedre lønn, bedre muligheter til videreutdanning, anerkjennelse av faget og bedre fagmiljøer i kommunene, resultert i et noe problematisk omdømme: Hvis alt er så ille, hvorfor bli sykepleier da? Må man enten ha dårlige karakterer eller være spesielt sterk i troen for å velge et «lavstatus»-yrke, kan unge mennesker spørre seg.



Det er ikke bare for myndighetene at en slik tankegang representerer et problem. Også NSF må forholde seg til dette evige dilemmaet. Det koster å streike og stå på barrikadene – og likevel ikke komme i havn med likelønn. Det koster å ha en høy medieprofil og delta i debatter om manglende kompetanse i eldreomsorgen. Terping på disse temaene er helt nødvendig, men må samtidig ikke føre til at unge mennesker helt mister lysten på en jobb på sykehjemmet. Det er en vanskelig balansegang.

Skal man heve status på yrket på lengre sikt, er det viktig at kampen føres på flere fronter samtidig. Lønnskamp vil alltid være i fokus i en arbeidstakerorganisasjon. Men mitt inntrykk er at NSF i økende grad arbeider med å få fram sykepleiernes særegne kompetanse. Hvis folk flest har det inntrykket at en sykepleier bare er en hyggelig dame ved senga, blir det ikke noen fart i verken lønnskamp eller betingelser. Får man derimot fram at mangel på sykepleiefaglig kompetanse betyr flere liggesår, flere fall, flere infeksjoner og flere dødsfall, har man kommet et stykke på vei.

For å komme dit må både sykepleiere flest og forbundet kvitte seg med – unnskyld meg – kjerringstempelet. De må vise at «hard core» sykepleie er et fag som krever både ungdommelig djervhet og teknisk spisskompetanse. De må vise at sykepleiere redder liv gjennom ferdigheter som andre ikke har.

I Danmark har myndighetene og sykepleierforbundet gått sammen om en særdeles frisk rekrutteringskampanje. Her er «kjerring»-faktoren ytterst lav. Det er tvert om mye ujalte action når sykepleiere skal vise hva de gjør i hverdagen. Kampanjen har vakt NSF's interesse og det jobbes nå med lignende ideer i Norge.

Det er en spennende tanke. Det nytter ikke å komme trekende med gode yrkesråd fra Helsedirektoratet når ungdom vil ha drama og spenning til en sekser. Og er det ikke nettopp det yrket kan by på?

Pengerot

Oslo kommune har anmeldt tidligere helseombud Petter Holm for økonomisk utroskap.

Ifølge anmeldelsen har Holm brukt kommunens penger på hotelluksus, dyre flybilletter og festmiddager. Saken etterforskes nå av politiet.

Holm fikk sparken i februar i år med begrunnelse i pengerot, fravær og dårlig ledelse. Han har saksøkt kommunen for usaklig oppsigelse. Saken skal opp for retten i oktober. Han ønsker ikke å kommentere saken før den tid. VG

Marilyn Walle er årets operasjonssykepleier



MARILYN WALLE er avdelings-sjef på Ahus. Foto: Ahus.no

Det er Norsk Sykepleierforbunds Landsgruppe av operasjonssykepleiere (NSFLOS) som hvert år utnevner årets operasjonssykepleier. I år falt valget på Marilyn Walle. Hun er avdelingssjef på sentraloperasjon ved Ahus.

For å bli valgt til årets operasjonssykepleier, må man oppfylle følgende krav: Ha god klinisk erfaring, være rollemodell for kollegaer og studenter, ha et høyt faglig engasjement, arbeidet med faglig utviklingsarbeid siste år og være visjonær på fagets vegne, og medlem av NSFLOS. Ahus.no

AMK-saken fra Tøyen er henlagt av politiet

Spesialenheten for politisaker har henlagt anmeldelsen fra familien til avdøde Døndu Tulum.

Tre AMK-operatører var lenge mistenkt i saken, og ble etterforsket både for grov uforstand i tjenesten og for brudd på bestemmelser i helsepersonelloven. Saken er vurdert etter helsepersonelloven og straffeloven. Til tross for henleggelsen får likevel særlig to av operatørene kritikk i vedtaket. Statens helsetilsyn har foreløpig ikke konkludert i saken. NRK Østlandssendingen

Greit at gravide drikker?

En av fire nordmenn mener det er greit at gravide tar seg et glass vin eller en øl i ny og ne. Det bekymrer helsemyndighetene. Derfor skal landets jordmødre strammes opp. Oppfordringen fra Helsedirektoratet til jordmødrene lyder som følger: Bryt alkoholtabuet, det er deres ansvar

å informere og motivere kvinnene til å holde seg blankt unna. Undersøkelsen er utført av Synovate for direktoratet. Aftenposten



NEI, DET ER IKKE GREIT at gravide drikker, og det må jordmødrene gi tydelig beskjed til de gravide om, mener Helsedirektoratet. Arkivfoto: Marit Fonn.

Hva skjer

Les mer om:

- 11** Vil ikke ha rustest >
- 16** Kuttet 410 stillinger etter opptrapping >
- 18** Sykepleiere på tråden >
- 20** Hvem er årets smarteste? >
- 22** Privat fagforening banker på døren >
- 24** Jevn pågang på rusakutten >
- 26** Kritisk til læreren >
- 28** Alarm om rusmiljøet >

sykepleien.no

Følg utviklingen i hovedstads-kabalen på sykepleien.no



Når fristen er brutt



ORDNER SEG: Når HELFO tar kontakt, finner sykehuset ofte en time innen 14 dager. Foto: Colourbox

HELFO pasientformidling hjelper pasienter som har opplevd brudd på frister ved norske sykehus med å finne et annet behandlingstilbud. Hittil i år har HELFO hjulpet 1 839 pasienter, mens tallet for hele 2009 var 1 962 pasienter. Alle som opplever et fristbrudd på et offentlig, norsk sykehus, kan ringe til HELFO Pasientformidling på telefon 815 33 533.

– Da tar vi umiddelbart saken og kontakter sykehuset som har brutt fristen. Sykehuset får ett døgn frist til å finne ny behandlingsdato for pasienten innen 14 dager. I mange tilfeller finner sykehusene en ledig time, forklarer avdelingsdirektør Kristin Bøgseth. Helfo.no

– Sykehuset drives etter bastardmodell



LEDERE ETTERLYST: En egen leder for Kongsberg sykehus (bildet) ville være bra for den daglige driften og utviklingen av sykehuset, hevdes det fra flere hold. Foto: sykehusaksjonkongsberg.net

Senterpartiets Per Olaf Lundteigen er svært kritisk til klinikkmodellen i Vestre Viken. Han karakteriserer klinikkmodellen som en bastard.

– At det ikke er en leder ved en så stor bedrift som Kongsberg sykehus, er helt på tvers av all fornuft. Det ville enhver privat bedriftseier innse, mener Per Olaf Lundteigen.

Da føden i Kongsberg var stengt i vinter, advarte han mot at dette kunne være første skritt mot nedleggelse.

Ansatte ved kirurgisk avdeling ønsker en lokal leder som skal være Kongsbergs representant i ledergruppen i kirurgisk klinikk. Lederen må ha fullmakter til å ta avgjørelser som er viktige for den daglige driften og for utviklingen av Kongsberg sykehus. Laagedalsposten

Brandvold og NSF er forliket

Ellen Beccer Brandvold, som var generalsekretær i Norsk Sykepleierforbund (NSF), inngikk 1. juli forlik med sin tidligere arbeidsgiver.

Dermed er ankesaken avlyst. Den var berammet i Borgarting lagmannsrett i september.

I en pressemelding skriver NSF at oppsigelsessaken og arbeidsforholdet med dette er avsluttet. Ingen av partene vil kommentere forliket.

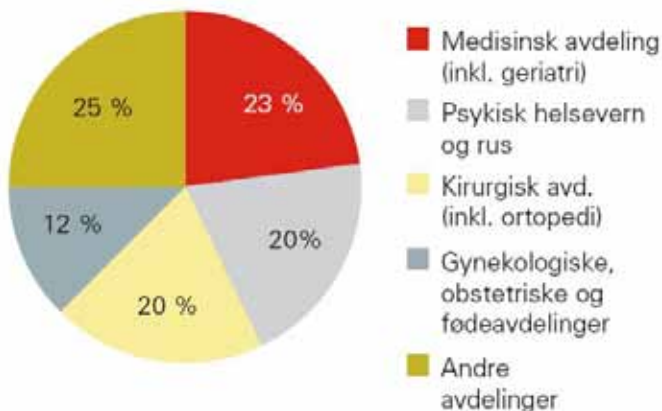
Brandvold ble oppsagt i november 2008. Hun saksøkte NSF for usaklig oppsigelse, men tapte i Oslo tingrett i oktober 2009. Brandvold opprettholdt kravet om erstatning og anket til lagmannsretten.

I april begynte Ellen Beccer Brandvold i et ettårsvikariat som generalsekretær i Norsk Pasientforening. Tekst: Marit Fonn



ENDELIG HAR FØRSKERNE FUNNET OPP EN MICROCHIP SOM SIER FRA NÅR VI BLIR SYKE...

Skademeldinger fordelt på sykehusavdelinger. Meldesentralens årsrapport 2008-2009



Vil at UNN granskes

Dag Rørbakk ber fylkeslegen og Helsetilsynet granske personene som er skyld i ventelisteskandalen på Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN). Rørbakk utviklet prostatakrefte mens han ventet på utredning. Totalt har 450 pasienter ventet for lenge på undersøkelse ved sykehuset. UNN vil ikke kommentere saken før resultatet av en eventuell granskning er klar.

Lofotposten

Meninger fra www.sykepleien.no

Felles front mot sosial dumping



”Dersom de rødgrønne får det som de vil, må norske sykepleiere i fremtiden måtte finne seg i å bli vraket til fordel for en billigere utenlandsk sykepleier som nok også vil være tilgjengelig for arbeidsgiver 24 timer i døgnet. Dette kan vi ikke stillesittende akseptere.

Iren Ramsøy

Lærer forskjellig på skole og i praksis

”Redusert bemanning, dårlig ledelse og frykten for å bli upopulær, mobbet og utestengt er årsaken til at de ansatte ofte følger feil praksis i avdelingene

Aase Iren Hegelstad

NYHET!

Laktosefri melk og fløte med den samme gode smaken.



Zero Laktose™
teknologi og
varemerke er
lisensiert fra
Valio Ltd

TINE lanserer laktosefrie produkter: TINE Laktosefri Lettmelk og TINE Laktosefri Matfløte. Dette er helt laktosefrie produkter med den samme gode smaken som vanlig lettmelk og matfløte. Selv om du har laktoseintoleranse har du mulighet til å bruke disse meieriproduktene. TINEs laktosefrie produkter finner du på Meny, Ultra, ICA Super og ICA Maxi, Coop Prix, Coop Obs og Coop Mega samt utvalgte Kiwi, Rema 1000, Spar, Joker, Coop Marked og Coop Extra-butikker. Les mer på tine.no/laktoseintoleranse



Vil ikke ha rustest

Helseministeren vil ha en lovparagraf som forbyr sykepleiere å ta seg et glass vin åtte timer før jobb. Lisbeth Normann og NSF er skeptiske.

Tekst **Kari Anne Dolonen**

En bekymret helse- og omsorgsminister Anne-Grete Strøm-Erichsen lanserte i sommer et forslag til lovendring i helsepersonelloven. Hun ønsker å få et lovfestet forbud mot at helsepersonell ikke kan drikke alkohol åtte timer før de skal på jobb. Dersom man mistenker at noen ruser seg, skal man kunne kreve prøver med assistanse fra politiet dersom det er nødvendig. Forslaget har nå vært på høring.

Helseministeren begrunner forslaget med at det i 2009 var 66 ansatte som mistet sin autorisasjon. Av disse var 38 sykepleiere og 10 leger.

Strøm-Erichsen sier at hun skjøn-

er dette en politisak og politiet kan ransake hjemmet. Men hvem skal komme hjem og ta en blodprøve? Kolleger, leder eller politiet? undrer Normann.

Saken har vært ivrig diskutert på Sykepleiens facebooksider. Der får Normann bred støtte. Også debattantene stiller seg undrende til hvordan en slik lov skal håndheves i praksis.

Nulltoleranse

Normann legger til at hun deler departementets bekymring om at det finnes helsepersonell som jobber med pasienter og har rusproblemer.

«Jeg kan heller ikke se hvordan dette skal la seg gjennomføre.» *Lisbeth Normann, NSF-leder*

ner at enkelte kan føle lovforslaget som krenkende, men mener pasientsikkerheten må komme foran.

Umulig å gjennomføre

Høringsfristen gikk ut 15. september. NSF's forbundsleder Lisbeth Normann er kritisk til forslaget. Hun mener dagens lovverk er mer enn godt nok dersom man mistenker at helsepersonell ruser seg.

– Høringsforslaget er en alvorlig inngripen i sykepleierens private sfære. Jeg kan heller ikke se hvordan dette skal la seg gjennomføre, sier hun. Og kommer med følgende eksempel:

– Dersom en ansatt blir tatt i å stjele medikamenter på arbeidsplassen,

– Vi ønsker å beholde nulltoleransen, og mener dette er godt nok ivaretatt i dagens helsepersonellov. Samtidig gjør arbeidsmiljøloven det mulig for arbeidsgiver å teste ansatte ved mistanke om misbruk, sier Normann.

Arbeidsgivers ansvar

Lisbeth Normann påpeker at det er arbeidsgiver som har ansvar for å ha system for å følge opp mulighetene som ligger i helsepersonell- og arbeidsmiljøloven.

– Det er leders ansvar å gripe inn ved mistanke, koble på AKAN og ha andre rutiner når det avdekkes at ansatte har et rusproblem. Her må det en holdningsendring til, sier hun. ■■■



Helleristning, Begbyfeltet, Fredrikstad.
Foto: Steinar Myhr/NN/Samfoto



Skånsom med maksimal effekt:

En ny generasjon jerntilskudd

AminoJern Ferrochel er en ny generasjon jerntilskudd som kjennetegnes ved sin unike opptaksmekanisme. AminoJern Ferrochel absorberes opptil fire ganger bedre enn tradisjonelle jerntilskudd. Jerntilskuddet er meget stabilt og man unngår at jern felles ut og danner fritt jern i tarmen, noe som kan gi bivirkninger som kvalme, treg eller løs mage.

En rekke kliniske studier viser at AminoJern Ferrochel absorberes og utnyttes svært godt.* Jernlageret bygges effektivt opp selv ved lave doser. Det er lett å administrere AminoJern Ferrochel da det kan tas sammen med måltid uten at effekten reduseres. Jerntilskuddet kan trygt anbefales da det ikke inneholder verken gluten, sukker, melk eller animalske ingredienser. Anbefalt døgndose er en tablett, tilsvarende 25 mg jern.

AminoJern markedsføres som et kosttilskudd av Vitalkost AS og føres av Vitus, Ditt Apotek og helsekostforretninger.

For spørsmål eller bestilling av vår informasjonsspakke (produktprøve, fagbrosjyre og pasientbrosjyrer på norsk, urdu og somali), ta kontakt på tlf 33 00 38 70 eller send e-post til post@vitalkost.no.

*REFERANSELISTE:

Iron absorption from ferrous biglycinate and ferric triglycinate in whole maize is regulated by iron status. The American Journal of Clinical Nutrition, Vol.71, No. 6, 1563-1569, June 2000.

US Food and Drug Administration: Agency Response Letter GRAS Notice NO.GRN 000019, 30.09.1999.

Safety Evaluation of Ferrous Biglycinate Chelate. Pergamon Research Section, Food and Toxicology 37, 723-731, 1999.

Effectiveness of Iron Amino Acid Chelate on the Treatment of Iron Deficiency Anemia in Adolescents. Journal of Applied Nutrition, Vol. 46, No. 1 & 2, 1994.

Repleting Hemoglobin in Iron Deficiency Anemia in Young Children through Liquid Milk Fortification with Bioavailable Iron Amino Acide Chelate. Journal of the American College of Nutrition, Clinical and Laboratory Pearl, Vol. 17, No. 2, 187-194, 1998.



Vitalkost
Tlf 33 00 38 70
www.aminojern.no

Vil det bli plass for meg?

Bemanningskabalene ved Oslo universitetssykehus er langt fra løst. Usikkerheten og uroen blant ansatte ved sykehuset er blitt merkbart større etter sommerferien.

Tekst Bjørn Arild Østby Foto Erik M. Sundt

Norsk Sykepleierforbunds foretakstil-litsvalg ved Oslo universitetssykehus (OUS), Merete Norheim Morken, forstår de ansatte godt.

– Det jobbes for å få på plass bemanningsplaner for de enkelte klinikkene ved OUS. Datoen som er satt er 1. desember. Men det

«Overføringen til Ahus burde vært utsatt.»

er mye som må avklares før den tid, sier Morken.

Hun trekker fram flere utfordringer. En er å tallfeste bemanningsbehovet for de enkelte personellgruppene ved de ni klinikkene. En annen er usikkerhet knyttet til hvilke planer



MYE UAVKLART: - Det er viktig at ansatte føler seg godt ivaretatt i denne omstillingsprosessen, sier foretakstiltsvalgt Merete Norheim Morken.

man skal bemanne ut fra. Fortsatt er planen at Akershus universitetssykehus (Ahus) skal overta storparten av opptaksområdet til Aker sykehus fra årsskiftet. Det er snakk om en befolkning på rundt 160 000 mennesker.

Helseminister Anne-Grete Strøm-Erichsen har imidlertid forsikret at det ikke vil være snakk om flytting av pasienter fra Aker sykehus før et tilstrekkelig antall fagfolk er på plass ved Ahus til å kunne håndtere pasientene på en forsvarlig måte.

Morken mener situasjonen er for uavklart og at overføringen til Ahus burde vært utsatt.

Overtallige

– Hvor mange, og hvilke stillinger som vil bli overført fra OUS til Ahus i denne omstillingsprosessen er ennå uavklart. Men fram til prosessen er ferdig i 2012-2013 vil det bli snakk om buffertid med behov for alle ansatte og vel så det, sier Morken.

– Redusert bemanning er trukket fram som en av stordriftsfordelene ved nye OUS. Hvor mange sykepleiere vil bli overtallige?

– Jeg tror det store flertall av sykepleierne ikke trenger å bekymre seg. Og når det gjelder spesialsykepleiere vil behovet øke fram til fusjonen ved OUS er gjennomført. Men det er viktig at de ansatte føler seg godt ivaretatt i denne omstillingsprosessen, understreker Morken.

Hun tror mange ønsker å fortsette å jobbe der de er. Før det er helt sikkert om de mister eller beholder jobben, vil mange av forståelige grunner vente med å søke. Den enkelte ansatt føler ikke at denne omstillingsprosessen gjelder dem.

Mangler 600 stillinger

Ahus vil trenge rundt 780 nye stillinger for også å kunne fungere som lokalsykehus for rundt 70 prosent av pasientene som i dag søgner til Aker sykehus.

Per i dag har sykehuset kun fått besatt

rundt 150 av stillingene, og trenger nye søkere til rundt 600 stillinger. Sykehusledelsen ønsket en ekstern utlysning av stillingene, men Helse Sør-Øst står fast ved intern utlysning, der ansatte ved OUS går foran andre søkere. Frykten er at en ekstern utlysning skal «støvsuge» de andre helseregionene for fagfolk. Stillingene lyses ut i disse dager, med søknadsfrist innen utgangen av måneden.

– Det gjenstår å se hvor mange som kommer til å søke de ledige stillingene på Ahus. Mange ansatte opplever at det er stor usikkerhet om den fremtidige kabalene. Derfor lar de være å søke, sier Morken.

Prosessen rundt den første runden med ansettelser på Ahus i sommer har heller ikke beroliget mulige søkere. En av dem er anestesisykepleier Hildur Borge ved Aker sykehus, som i sommer følte seg presset til å søke en av de ledige stillingene på Ahus. I et innlegg i Sykepleien nr. 9-2010 skriver hun blant annet: «Da jeg kom tilbake fra ferie, lå det brev i posten fra Ahus med tilbud om jobb, 100 prosent stillings som anestesisykepleier. De hadde ansatt to og jeg var en av dem. Vedlagt svaret med arbeidskontrakt lå en ferdig utfylt oppsigelse til OUS. Jeg sier nei takk til denne stillingen da jeg ikke under noen omstendigheter finner meg i å bli instruert til å si opp min stilling et sted for å få en annen jobb.»

Andre som har søkt stillinger ved Ahus venter fortsatt på svarbrev.

Personellgrupper

Ledelsen ved Ahus har signalisert at de trenger rundt 190 nye legestillinger og 250 nye sykepleierstillinger for å kunne overta det nye opptaksområdet. Morken er skeptisk til fordelingen mellom antall leger og sykepleiere.

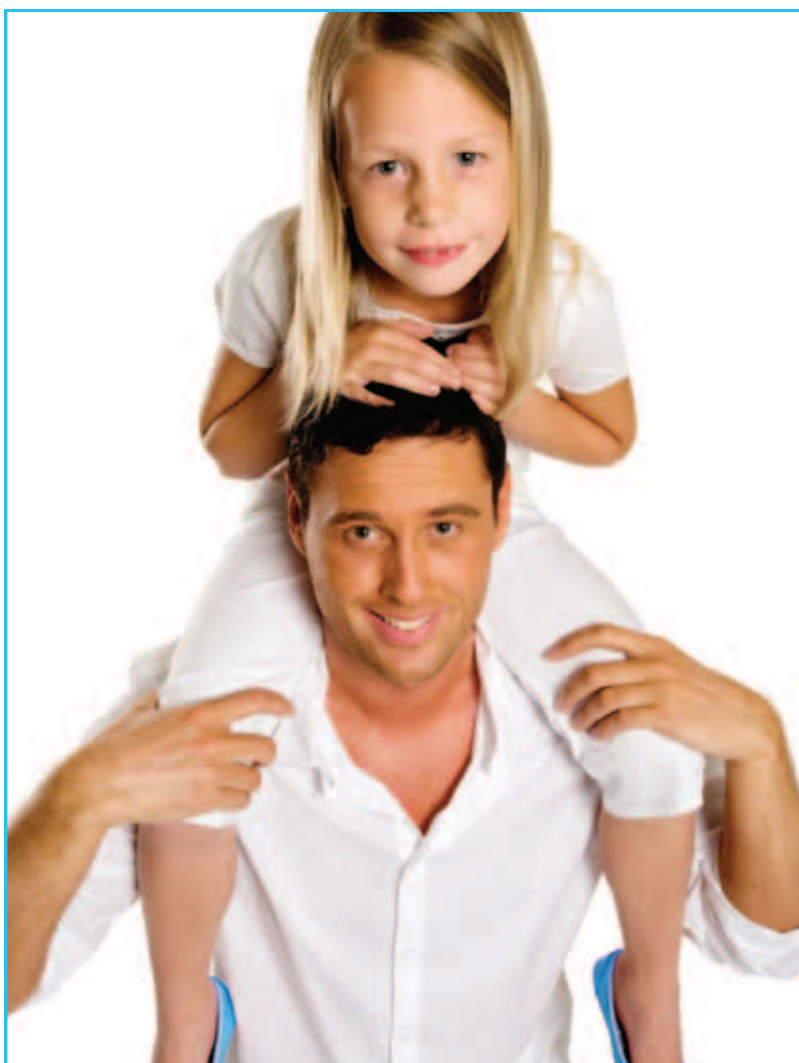
– Erfaringer viser at det for hver lege vil være behov for tre til fire sykepleiere. Jeg ønsker derfor at ledelsen ved Ahus ser på behovet for sykepleiere på nytt, sier foretakstiltsvalgt Merete Norheim Morken. ■■■

Oslo universitetssykehus



- › Sykehuset eies av Helse Sør-Øst og består av de tidligere helseforetakene Aker universitetssykehus, Rikshospitalet og Ullevål universitetssykehus.
- › Sykehuset er Skandinavias største, og årlig gjennomføres over 1,2 millioner pasientbehandlinger.
- › Sykehuset har ni klinikker og enheten Oslo sykehusservice som leverer ikke-medisinske tjenester til resten av sykehuset.
- › Budsjettet er på 17,5 milliarder kroner. Det har over 20 000 ansatte, i tillegg til virksomhet på mer enn 70 ulike steder.
- › På sikt skal lokalsykehusvirksomheten samles på Ullevål sykehus, mens de fleste regions- og landsoppgaver samles på Rikshospitalet i eksisterende og nye bygg.

Kilde: Oslo universitetssykehus



NSF Unique

Enten du vil spare eller låne

- 2,25%* 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. september 2010.

Nominell kredittrente: 9,15% årlig. Effektiv kredittrente: 50.000 (10,20%) 25.000 (10,86%) - 10.000 (12,85%)

C1 Yaz «Bayer AB»

Antikonseptjonsmiddel.

ATC-nr.: G03A A12

TABLETTER, filmdrasjerte 002 mg/3 mg: Hver lyserød tablett inneholder: Etinyløstradiol (som betadexklorat) 002 mg, drospirenon 3 mg, laktose 46 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: Rødt jernoksid (E 172), titandioksid (E 171). Hver hvit tablett (placebo) inneholder: Laktose 50 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: Titandioksid (E 171). 1 pakning inneholder totalt 28 tabletter: 24 lyserøde og 4 hvite tabletter (placebo).

Indikasjon: Antikonsepsjon.

Dosering: Begynn på menstruasjonsblødningens 1. dag og fortsett med 1 tablett daglig i rekkefølgen angitt på brettet i 28 dager. Tablettene skal tas kontinuerlig og til ca. samme tid hver dag. Gå direkte over på neste brett uten opphold. De hvite tablettene på slutten av brettet er placebo og en bortfallsblødning inntreffer vanligvis 2-3 dager etter påbegynt placeboperiode. Se SPC/pakningsvedlegg for nærmere beskrivelse av overgang fra annen prevensjon.

Kontraindikasjoner: Venetrombose, nåværende eller tidligere (dyp venetrombose, lungeemboli). Arterietrombose, nåværende eller tidligere (f.eks. myokardinfarkt) eller prodromaltilstander (f.eks. angina pectoris og forbigående iskemisk hjertesykdom). Cerebrovaskulær hendelse, nåværende eller tidligere. Tilstedeværelse av én alvorlig eller flere risikofaktorer for arterietrombose: Diabetes mellitus med vaskulære symptomer, alvorlig hypertensjon, alvorlig dyslipoproteinemi. Arvelig eller ervervet predisposisjon for vene- eller arterietrombose, f.eks. APC-resistens, antitrombin-III-mangel, protein C-mangel, protein S-mangel, hyperhomocysteinemi og antifosfolipidantistoffer (antikardiolipinantistoffer, lupusantikoagulanter). Eksisterende pankreatitt eller tidligere pankreatitt forbundet med alvorlig hypertriglyseridemi. Nåværende eller tidligere alvorlig leversykdom, så lenge leverfunksjonsverdiene ikke er normale igjen. Alvorlig nedsatt nyrefunksjon eller akutt nyresvikt. Tidligere eller nåværende levertumorer (god- eller ondartede). Kjente eller mistenkte maligne tilstander i genitale organer eller brystene, som påvirkes av kjønnssteroide. Ikke-diagnostisert vaginal blødning. Tidligere migræne med fokale neurologiske symptomer. Overfølsomhet for noen av innholdsstoffene.

Forsiktighetsregler: Før behandling innledes eller gjenopptas, foretas grundig medisinsk undersøkelse, inkl. familieanamnese, blodtrykkmåling og gynekologisk undersøkelse der graviditet utelukkes. Kvinnen må lese pakningsvedlegget nøye og følge rådene som gis. Senere kontroller bestemmes iht. etablert praksis og tilpasses hver enkelt kvinne. Bruk av kombinasjons-piller gir økt risiko for venøs tromboembolisme (VTE). Risiko for VTE er størst i året. Insidensen hos kvinner uten kjente risikofaktorer for VTE, som bruker kombinasjons-piller med lavt østrogeninnhold, er 20-40 tilfeller pr. 100 000 kvinneår. Til sammenligning er insidensen 5-10 tilfeller pr. 100 000 kvinneår hos ikke-brukere og 60 tilfeller pr. 100 000 graviditeter. VTE er fatalt i 1-2% av tilfellene. Risiko for bruk av Yaz er ukjent. Risiko for VTE øker med alder, positiv familiehistorie (venøs tromboemboli hos søsken/foreldre i relativt ung alder), fedme (BMI >30 kg/m²), langvarig immobilisering, kirurgiske inngrep, kirurgiske inngrep i beina eller alvorlige skader. I disse tilfellene anbefales det at bruk av p-pillen avbrytes (ved elektiv kirurgi minst 4 uker før) og ikke gjenopptas for 2 uker etter fullstendig remobilisering. Antitrombotisk behandling bør vurderes hvis ikke p-pillen seponeres i forkant. Perorale kombinasjons-piller gir økt risiko for arteriell tromboembolisme (myokardinfarkt, forbigående iskemisk hendelse). Risiko for arterielle tromboembolier eller cerebrovaskulære hendelser øker med økt alder, røyking, dyslipoproteinemi, hypertensjon, migræne, fedme, sykdom i hjertekloffene, positiv familiehistorie (arteriell tromboemboli hos søsken/foreldre i relativt ung alder) og atrieflimmer. Ved mistanke om arvelig predisposisjon må kvinnen henvises til spesialist for behandling. Kvinner >35 år rådes til ikke å røyke. Ved vene- eller arteriesykdom må muligheten for behandling med antikoagulant vurderes. Ved mistanke om eller bekreftet trombose må preparatet seponeres. Adekvat alternativ prevensjon må påbegynnes pga. teratogen effekt av antikoagulerende behandling. Andre medisinske tilstander som er forbundet med komplikasjoner er diabetes mellitus, systemisk lupus erythematosus, hemolytisk uremisk syndrom, kronisk inflammatorisk tarmsykdom (Crohns sykdom eller ulcerøs kolitt) og sigdcelleanemi. Økt hyppighet og intensitet av migræneanfall kan være prodromalt stadium for cerebrovaskulær hendelse, og kan være grunn til umiddelbar seponering. Økt risiko for livmorhalskreft er rapportert ved langtidsbruk (>5 år), men årsakssammenheng er ikke fastslått. Svak økning i risiko for brystkreft, men årsakssammenheng er ikke fastslått. Den økte risikoen forsvinner gradvis i løpet av 10 år etter avsluttet bruk. Sjeldne tilfeller av levertumorer har forekommet. I isolerte tilfeller har disse tumorene ført til livstruende intraabdominale blødninger. Levertumor må vurderes ved differensialdiagnostisering av alvorlig smerte i øvre abdomen, forstørret lever eller tegn på intraabdominal blødning. Serumkalium i 1. behandlingssyklus bør måles ved nedsatt nyrefunksjon og dersom nivået ligger i øvre del av referanseområdet, spesielt ved samtidig bruk av kaliumsparende legemidler. Kvinner med hypertriglyseridemi eller med familær forekomst av dette, kan ha økt risiko for pankreatitt. I sjeldne tilfeller kan økt blodtrykk forekomme, behandling bør da seponeres umiddelbart. Bruken kan gjenopptas dersom normotensive verdier oppnås med behandling. Ved arvelig angioødem kan eksogene østrogen indukere eller forverre symptomer på angioødem. Preparatet seponeres ved unormale leverfunksjonsprøver inntil verdiene normaliseres. Tilbakevendende gulsott og/eller pruritus som tidligere har forekommet under graviditet eller ved bruk av kjønnssteroide, krever seponering. Kan påvirke perifer insulinresistens og glukosetoleranse, og diabetikere må følges nøye av lege, særlig i begynnelsen av behandlingen. Forverring av endogen depresjon, epilepsi, Crohns sykdom eller ulcerøs kolitt er rapportert. Kvinner med chloasmatendens bør unngå sollys og UV-stråling. Pasienter med arvelige problemer med galaktoseintoleranse, lapp-laktasemangel eller

glukose-galaktosemalabsorpsjon, og som har et laktosefritt kosthold, bør ta hensyn til laktosemengden i tablettene. Hvis tablettene tas >12 timer for sent, kan antikonseptjonsbeskyttelsen reduseres. For mer informasjon om forholdsregler ved glemte tabletter, se pakningsvedlegg. Oppkast eller diaré kan føre til ufullstendig absorpsjon og nedsatt prevensjonseffekt, og forholdsregler anbefalt ved glemte tabletter bør følges. Uregelmessige blødninger kan forekomme, spesielt i de første månedene. Dersom disse blødningene vedvarer eller inntreffer etter tidligere regelmessige menstruasjonssykluser, må ikke-hormonelle faktorer vurderes, og ordartet sykdom og graviditet utelukkes. Hos noen kvinner kan bortfallsblødning utebli. Graviditet må utelukkes dersom tablettene ikke er tatt iht. retningslinjene. Utsettelse av menstruasjon: Fortsett direkte på nytt brett uten å ta placebo-tablettene på gjeldende brett. Utsettelsen kan pågå så lenge det er ønsket inntil det 2. brettet er tomt. Bruk kan påvirke resultatet av visse laboratorieundersøkelser, men endringer er vanligvis innenfor normalområdet. Drospirenon gir økt reninaktivitet i plasma og aldosteronnivå i plasma.

Interaksjoner: Samtidig bruk av følgende legemidler kan gi gjennombruddsblødning og/eller nedsatt prevensjonseffekt: Fenytoin, barbiturater, primidon, karbamazepin, rifampicin, bosentan og hiv-preparater (f.eks. ritonavir, nevirapin), antibiotika (penicilliner, tetracykliner), muligens også okskarbazepin, topiramid, felbamid, griseofulvin og johannesurt (Hypericum perforatum). Ved kortvarig behandling med nevnte legemidler bør annen prevensjon benyttes i tillegg, og i inntil 7 dager (28 dager ved bruk av rifampicin) etter avsluttet bruk. Dersom samtidig administrering fortsetter utover slutten av p-pillebrettet, skal placebo-tabletter kastes og neste brett påbegynnes direkte. Ved langvarig behandling med leverenzyminduserende legemidler bør annen ikke-hormonell prevensjonsmetode benyttes. Samtidig bruk med aldosteronantagonister eller kaliumsparende diuretika er ikke undersøkt. Kaliumserum bør kontrolleres i 1. behandlingssyklus. Perorale kombinasjons-piller kan påvirke metabolismen av andre legemidler. Plasma- og vevskonsentrasjonen kan enten øke (f.eks. ciklosporin) eller gå ned (f.eks. lamotrigin). (I: G03A A/AB)

Graviditet/Amning: Overgang i placenta: Skal ikke brukes under graviditet. Behandlingen skal avsluttes umiddelbart ved graviditet. Overgang i morsmelk: Kan innvirke på mengden og endre sammensetningen av morsmelken. Små mengder antikonseptjonssteroide og/eller metabolitter kan utskilles i melken. Disse mengdene kan påvirke barnet. Bør ikke brukes under amning.

Bivirkninger: Vanlige (≥1/100 til <1/10): Gastrointestinale: Kvalme. Kjønnsorganer/bryst: Brystsmerte, metroragi (går vanligvis over ved fortsatt behandling), amenoré. Neurologiske: Hodepine. Psykiske: Følelsesmessig labilitet. Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100): Gastrointestinale: Magesmerter, oppkast, dyspepsi, flatulens, gastritt, diaré. Hjerne/kar: Migræne, åreknuter, hypertensjon. Hud: Akne, kløe, utslett. Kjønnsorganer/bryst: Vaginal candidiasis,hoftesmerter, forstørrede bryster, fibrocystisk bryst, livmor-/skjedeblødning (går vanligvis over ved fortsatt behandling), utflod fra kjønnsorgan, hetetokter, vaginit, menstruasjonforstyrrelser, dysmenoré, hypomenoré, menoragi, tørrhet i skjeden, mistenkelig Papanicolaou-utstryk. Muskel-skjelettsystemet: Ryggsmerter, smerte i ekstremiteter, muskelkramper. Neurologiske: Svimmelhet, parestesi. Psykiske: Depresjon, nedsatt libido, nervøsitet, sømnløshet. Undersøkelser: Vektøkning. Øvrige: Asteni, økt svetting, ødem (generalisert, perifer, ansikts-). Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000): Blod/lymfé: Anemi, trombocytopeni. Endokrine: Endokrine sykdommer. Gastrointestinale: Oppsvulstet mage, gastrointestinal forstyrrelse, følelse av full mage/tarm, hiatushernie, candidiasis i munnen, forstoppelse, munntørrhet. Hjerne/kar: Takykardi, flebitt, karsykdom, epistakse, synkope. Hud: Kloasme, eksem, alopeci, dermatitis akneform, tørr hud, erythema nodosum, hypertrikose, hudsykdom, hudstriae, kontaktdermatitt, lysfølsom dermatitt, hudknute. Immunsystemet: Allergiske reaksjoner. Infeksiøse: Candidiasis. Kjønnsorganer/bryst: Dyspareuni, vulvovaginit, blødning etter samleie, ovariecyste, forstørrelse av livmoren. Lever/galle: Gallesmerter, kolecyttitt. Neurologiske: Vertigo, tremor. Psykiske: Anorgasmi, søvnløshet, stoffskifte/ernæring: Økt appetitt, anoreksi, hyperkolemi, hyponatremi. Undersøkelser: Vekttap. Øye: Konjunktivitt, tørre øyne, øyesykdom. Øvrige: Uvelhet.

Overdosering/Forgiftning: Symptomer: Kvalme, oppkast, lett blødning fra skjeden (hos unge jenter). Behandling: Symptomatisk. Intet spesifikt antidot. Se Giftinformasjonens anbefalinger i Felleskatalogen G03A side 4.

Egenskaper: Klassifisering: Østrogen-gestagen (drospirenon) kombinasjonspille. Virkningsmekanisme: Undertrykkelse av ovulasjon og endringer i endometriet. Absorpsjon: Nesten fullstendig. Maks. serumkonsentrasjon etter 1,2 timer. Biotilgjengelighet: Drospirenon: 76-85%. Etinyløstradiol: Ca. 60%. Proteinbinding: Drospirenon: 95-97%. Etinyløstradiol: Ca. 98,5%. Fordeling: Distribusjonsvolum: Drospirenon: Ca. 3,7 liter/kg. Etinyløstradiol: 5 liter/kg. Halveringstid: Drospirenon: 31 timer. Plasmaclearance er 1,5±0,2 ml/minutt/kg. Halveringstiden for metabolittutskillelsen via urin og feces er ca. 40 timer. «Steady state»: Ca. 70 ng/ml etter 8 behandlingdager. Etinyløstradiol: Plasmaclearance er 5 ml/minutt/kg. Halveringstiden for metabolittutskillelsen er ca. 1 døgn. Metabolisme: Drospirenon metaboliseres i stor grad etter peroralt inntak. Etinyløstradiol gjennomgår presystemisk konjugering i tynntarmens mucosa og i lever. Utskillelse: Drospirenon: Via urin og feces. Etinyløstradiol: Via urin og galle.

Pakninger og priser: 3 · 28 stk. (kalenderpakn.) 287,40 kr.

Sist endret: 29.04.2010

Tryggere bruk av p-piller

- Alle p-piller av kombinasjonstypen gir en liten økning i risiko for blodpropp, og noen kvinner bør velge annen prevensjon
- Gundig vurdering av alle som skal begynne med p-piller, informasjon om bivirkninger og risikofaktorer, samt rask oppfølging ved mistanke om blodpropp er viktig

Ref. Statens Legemiddelverk



Bayer HealthCare
Bayer Schering Pharma

Drammensveien 147 B - N-0212 Oslo, Tlf.: +47 24 11 18 00 -
www.bayerscheringpharma.no

Finnes det en P-pille som
reduserer hormonsvingningene?



YAZ inneholder 20 ug etinyløstradiol og 3 mg drosiprenon i et nytt behandlingsprinsipp; 24/4.

Dette innebærer:

- ▶ drosiprenon har 30 timer halveringstid, og aktiviteten fortsetter inn i den hormonfrie perioden¹
- ▶ 3 ekstra dager med EE/drsp antimineralokortikoid og antiandrogen aktivitet
- ▶ færre hormonelle svingninger²

1. Blode H et al. Eur J Contracept Reprod Health Care 2000;5(4) 256-84

2. Klipping et al. Contraception 2008; 78(1):16-25



Bayer HealthCare
Bayer Schering Pharma



Kuttet 410 stillinger etter opptrapping

Etter ti år med opptrapping var det i fjor slutt på øremerkede midler til det psykiske helsearbeidet. Det har gått hardest ut over barn og unge.

Tekst og foto **Georg Mathisen**

Fra 2008 til 2009 gikk antall årsverk i kommunalt psykisk helsearbeid ned med 410, eller 3,3 prosent, viser ferske tall som Sykepleien har fått tilgang til. Det skjedde etter en periode med økning som følge av den ti år lange opptrappingsplanen for psykisk helse.

– Ingen overraskelse – det var for så vidt dette vi var redde for, sier Kurt Lyngved, som

midler. 15. februar var kommunenes frist for å rapportere til Fylkesmannen om satsingen på psykisk helsearbeid for 2009.

Av stillingene som nå har forsvunnet, er det flere som har jobbet med psykisk helsearbeid for barn og unge enn med voksne.

– Det kan se ut som om psykisk helsearbeid for barn og unge er ekstra utsatt, sier senior-

har økt fra 32 til 35 prosent de siste to årene. Andelen øker mest for årsverkene i tiltak for barn og unge.

Helsedirektoratet vil følge med på utviklingen.

– Det er ingen grunn til å si at vi er ferdige selv om opptrappingsplanen gikk til 2008, sier Jan Tvedt, og peker på at det skal fremlegges en nasjonal helse- og omsorgsplan til våren. Der kan det tenkes at utviklingen i det psykiske helsearbeidet blir et tema.

«Mye bra er blitt bygd opp ute i kommunene, og vi er redde for at det skal bli borte.»

Kurt Lyngved, leder for psykiatriske sykepleiere

leder Norsk Sykepleierforbunds landsgruppe av psykiatriske sykepleiere.

Barn og unge mister flest

I toppåret 2008 var det psykiske helsearbeidet i kommunene oppe i 12 546 stillinger. Rundt halvparten finansierte kommunene med egne

rådgiver Jan Tvedt i Helsedirektoratet.

Likevel ser han positive tendenser i tallene fra 2008 og 2009. Det ene er at hele 23 prosent av årsverkene brukes på barn og unge. Målet har vært 20 prosent.

Det andre positive er at andelen som har særskilt utdanning innenfor psykisk helsefeltet,

– Alarmerende

Psykiatrisk sykepleier og landsgruppeleder Kurt Lyngved er bekymret over tallene.

– Mye bra er blitt bygd opp ute i kommunene, og vi er redde for at det skal bli borte, sier han.

Ifølge Lyngved har det skjedd en god del i løpet av de ti årene som opptrappingsplanen har virket, og mange fikk tilbud som de aldri hadde hatt før.

– Det var en klar kvalitetsheving. I folkehelseperspektiv er psykisk helse kjempeviktig. Slik prognosene til WHO er, vet vi at depresjon blir den største folkesykdommen om ikke altfor mange år. Da er det veldig alarmerende hvis det skal bli sånn at tilbudet reduseres mer og mer, sier Kurt Lyngved, som mener det har å gjøre med at tilbudet ikke er lovpålagt.

– Derfor er det de gode faglige argumentene og resultatene som må legitimere tjenestene våre, sier han, og mener at mye har skjedd de siste årene med holdninger, verdier og åpenhet om psykiske lidelser.

– Kanskje man må se på juridiske virkemidler; å gjøre dette til en lovpålagt tjeneste nettopp for å sikre at en utsatt gruppe får den hjelpen de skal ha, antyder Kurt Lyngved i NSF.

– På riktig spor

Kommunenes Sentralforbund godtar ikke virkelighetsbeskrivelsen fra Helsedirektoratet.

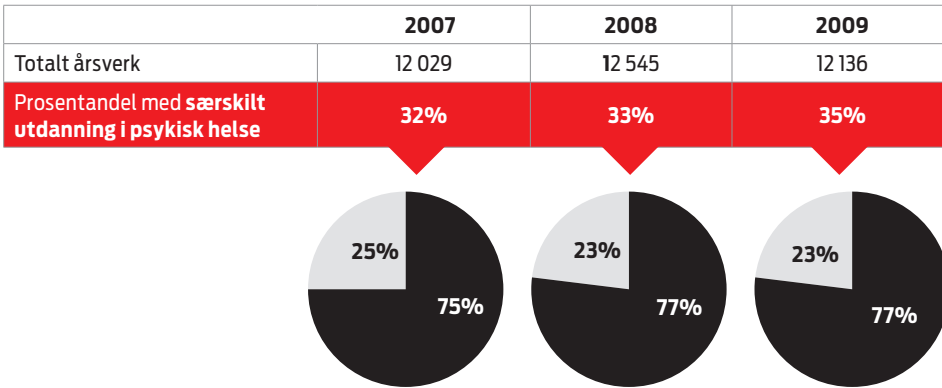


NOE POSITIVT: Jan Tvedt i Helsedirektoratet peker på at en større del av stillingene på alle nivåer nå blir besatt med folk med særskilt utdanning innenfor psykisk helse.



VIL IKKE TELLE: KS-direktør Helge Eide vil ikke redusere vurderingen av innsatsen bare til å telle antall stillinger. Foto: KS

Årsverk i kommunalt psykisk helsearbeid 2007–2009



Ifølge direktoratets egne tall fra desember i fjor hadde 84 prosent av kommunene styrket det psykiske helsevernet sammenlignet med 2008, sier Helge Eide, som er direktør for interessepolitikk i KS.

– Dette viser at satsing på området ikke ene og alene er knyttet til årsverk. Det vil uansett bli veldig ufullstendig hvis vi reduserer vurderingen

av innsatsen ene og alene til å telle antall stillinger, sier Eide.

– Psykisk helsearbeid er mer enn det. Blant annet må vi se på hvordan vi utnytter årsverkene, og vi må se på andre tjenester. Hva skjer for eksempel når det gjelder allmennlegjetjenesten? spør KS-direktøren, og snakker om tverrfaglig samhandling.

Han er også opptatt av kvalitetsarbeidet som gjøres innenfor de årsverkene som faktisk finnes, og mener kommunene er på grunnleggende riktig spor.

– Erfaringen etter ti år med opptrappingsplan er at målene i hovedsak er nådd. Det er fornuftig at dette nå er innbakt i rammefinansieringen, sier Helge Eide. ■■■

DIPS Behandlingsplan - PPS-integrasjon

DIPS Behandlingsplan - PPS-integrasjon er en integrasjon mellom DIPS og PPS (Praktiske Prosedyrer i Sykepleie). PPS er en database med ca. 300 praktiske prosedyrer for sykepleie som brukes for dokumentasjon og kvalitetssikring av sykepleieprosedyrer. Databasen består også av en kunnskapsdel som gir det faglige fundamentet for prosedyrene.

Med PPS-integrasjon får brukeren automatisk oppslag mot kodens detaljerte prosedyrebeskrivelse direkte fra DIPS Behandlingsplan. PPS-koder legges inn som forordninger i pasientens sykepleieplan slik at man dokumenterer/journalfører at en konkret PPS-prosedyre er iverksatt og eventuelt skal følges opp.

Hvis en PPS-prosedyre registreres i et Behandlingsplandokument og dette dokumentet godkjennes vises PPS-prosedyren i pasientens behandlingsplan, og brukeren kan fra DIPS klikke på prosedyren og åpne PPS for å se detaljene i prosedyren.



Dersom du ønsker mer informasjon om DIPS Behandlingsplan - PPS-integrasjon kan du kontakte oss på marked@dips.no

www.dips.no



Sykepleiere på tråden

For 25 år siden satt sykepleier Gunn Gjestvang og svarte på telefoner bak et skjerm Brett på laboratoriet på Radiumhospitalet. I dag har Kreftlinjen 14 sykepleiere. Tekst Kari Anne Dolonen



VOKSTE: På 25 år vokste Kreftlinjen fra en ansatt til 14, forteller rådgiver Idun Brænden Stenseth. Foto: Privat

I 1985 bevilget Landsforeningen mot Kreft lønnsmidler til en sykepleier i to år. Sykepleieren skulle betjene en telefonlinje som var satt opp for å svare pasienter og pårørende på spørsmål om kreft. Jobben gikk til Gunn Gjestvang ved Radiumhospitalet.

Hun startet bak et skjerm Brett på laboratoriet. Senere ble hun flyttet til Søsterhjemmet. Hun samarbeidet godt med legene på Radiumhospitalet.

Gjestvang førte nøye statistikk. Da to år var gått viste det seg at det var dobbelt så mange kvinner som menn som tok kontakt. 60 prosent

var pasienter, 30 prosent var pårørende og 10 prosent var fagfolk.

Hvert år får nå over 10 000 nordmenn hjelp via Kreftlinjen.

– 60 prosent av henvendelsene vi har svart på kommer via telefon. De resterende 40 prosentene kommer via e-post, SMS eller chattetjenesten, sier sykepleier og rådgiver i Kreftlinjen, Idun Brænden Stenseth.

14 sykepleiere

Når du tar kontakt med Kreftlinjen, kan du

velge om du vil snakke med jurister, sosionomer eller sykepleiere.

– Det er 14 sykepleiere som jobber her, så vi er godt bemannet. Kreftlinjen er noe Kreftforeningen satser veldig på, sier Brænden Stenseth.

Sykepleierne du treffer på Kreftlinjen har videreutdanning innen kreft, psykiatri, veiledning og barn og ungdom. De kan hjelpe deg på både norsk og engelsk. I tillegg kan du også få hjelp av en samisktalende kreftsykepleier.

– *Nå er Kreftlinjen 25 år. Hvordan skal det markeres?*

– Vi vil kjøre en informasjonskampanje på P4 i november og på tv-skjermene på legekontor over hele landet, forteller hun.

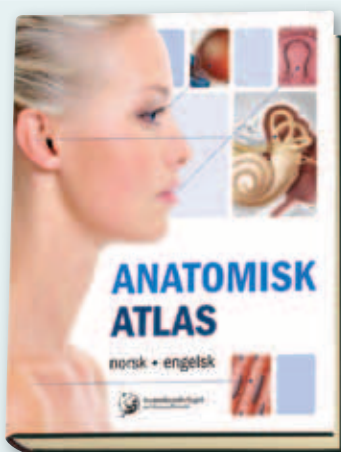
Økende behov

Kreftlinjen er et tilbud til både pårørende og kreftpasienter. Brænden Stenseth sier at beho-

NYHET fra



Kunnskapsforlaget
Aschehoug og Gyldendal



Anatomisk atlas norsk - engelsk

Menneskekroppen er satt sammen av celler, vev og organer som virker sammen på en svært raffinert måte. *Anatomisk atlas* viser hvordan de forskjellige enhetene er oppbygd, og hvordan de virker. Boken omfatter 350 illustrasjoner og har over 1500 forskjellige termer, alle med engelsk oversettelse. Detaljerte, oversiktlige og nøyaktige tegninger gir en visuell forklaring av termene. Boken er utviklet av mer en 300 medisinske spesialister og egner seg godt innen alle helsefaglige studier.

KR 249,- | ISBN 978-82-573-2111-6



«Når man kommer hjem dukker det opp spørsmål man ikke har fått stilt.»

vet for tjenesten bare vil øke i tiden fremover.

– Pasientene ligger kortere på sykehus. Når man kommer hjem dukker det opp spørsmål man ikke har fått stilt. Derfor er det viktig at helsepersonell informerer pasienter og pårørende om at de kan ta kontakt med oss om de lurer på noe. Vi er ikke konkurrenter til det offentlige, men et supplement, sier hun.

Kreftlinjens mål er å spre kunnskap om: Forebygging av kreft, behandling av kreft og hvordan lære å leve med kreft. ■■■

Fakta om Kreftlinjen:

- › Har nettforum hvor du kan chatte med kreftsykepleiere direkte.
- › Har også åpne og lukkede forum hvor kreftsyke kan utveksle erfaringer med andre i samme situasjon.
- › Tilbyr samtaler med jurister, sykepleiere og sosionomer.
- › Har også egen side på Facebook.
- › Nettside: www.kreftforeningen.no/raad_og_veiledning/kreftlinjen
- › Tlf.: 800 48 210/ 800 KREFT. Nummeret er gratis fra fasttelefon.

Weifa

KD1 Bates Dialog © Foto: 1-images.no PAT 09/3A

Når hodepinen forsvinner, kommer smilet tilbake

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

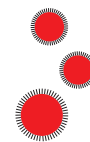
Paracet er skånsom mot magen, men effektiv mot smerter og kan brukes av både voksne og barn.

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



Effektiv mot smerte, snill mot magen

Hvem er årets nyskaper?



Sykepleien, KS og Spekter har nå åpnet jakten på årets smarteste hoder. Både enkeltpersoner og virksomheter kan kjempe om potten på til sammen 250 000 kroner.

Tekst **Barth Tholens**

Smartprisen er en konkurranse om nyskaping i helsetjenesten, lansert av tidsskriftet Sykepleien i 2006. Formålet med prisen er å synliggjøre personer, virksomheter og konkrete løsninger som bidrar til innovasjon i helsetjenesten.

Smartprisen skal stimulere til utvikling av ideer med samfunnmessig nytteverdi. Gjennom prisen skal helsepersonell også få mulighet til å utnytte et eventuelt markedspotensial for sine løsninger/ideer. Målgruppe for prisen er sykepleiere, gjerne i samarbeid med annet helsepersonell, som har gode ideer som kan føre til forbedringer og gevinster i helsetjenesten.

I forbindelse med Smartprisen 2010 har Sykepleien, KS, Spekter og kompetansenettverket InnoMed inngått en avtale om å samarbeide om prisen.

Alle kan foreslå

Både enkeltpersoner og virksomheter kan foreslå kandidater innen en oppgitt frist. Det er anledning til å foreslå seg selv.

Foreslåtte kandidater kvalitetssikres av InnoMed, et nasjonalt kompetansenettverk for behovsdrevet innovasjon i helsesektoren. InnoMeds mål er å bidra til økt effektivitet og kvalitet i helsesektoren gjennom utvikling av nye løsninger. InnoMed vil se til at kandidatene innfrir kriteriene til de enkelte prisene, og eventuelt følge opp prisvinnere og andre interessante kandidater, med sikte på en videreutvikling og distribusjon av innovative ideer

Fagjury avgjør

Fagjuryen utpeker vinnerne i de tre kategoriene.

Juryen består av to representanter som utpekes av Sykepleien/NSF, to representanter fra KS, to representanter fra Spekter, en representant fra Innomed og to eksterne fagpersoner.

Leder av fagjuryen kommer fra Sykepleien/NSF.

Frist: 15 november

Søknader skal sendes til Sykepleien før 15 november. Søknader kan sendes til: smartpris@sykepleien.no.

Etter kvalitetssikring hos InnoMed vil fagjuryen vurdere kandidatene i januar 2011. Prisene deles ut så på et eget arrangement som tidsskriftet Sykepleien arrangerer i Oslo i februar 2011. Alle godkjente kandidater inviteres til prisutdelingen. ■■■

Det er de tre kategoriene du kan søke på:

75 000 kroner

Pris til årets nyskaper

Prisen går til en sykepleier som i sterk grad har bidratt til å utvikle nye ideer, nye arbeidsmetoder eller nye rutiner i helsetjenesten. Personen skal enten ha utviklet sine ideer selv eller har utmerket seg ved å ta i bruk ny teknologi og/eller nye metoder.

Prisen er på 75 000 kroner. Midlene går til prisvinnerne personlig og skal brukes til faglig utvikling, studier og formidlingsformål. Alle kan foreslå kandidater, og du kan også foreslå deg selv.

Pris til årets innovasjonsvirksomhet

Prisen går til en virksomhet eller et tjenestetested/avdeling som har utmerket seg ved å utvikle og ta i bruk nye ideer, nye arbeidsmetoder, ny omsorgsteknologi og/eller nye rutiner i helsetjenesten. Sykepleiere skal ha en vesentlig rolle i virksomheten.

Prisen er på 75 000 kroner. Midlene går til virksomheten, og skal brukes til faglig utvikling, studier og formidlingsformål. Alle kan foreslå kandidater, og du kan også foreslå den virksomheten du selv jobber i.

75 000 kroner

Pris til årets oppfinnelse

Prisen går til en konkret ny oppfinnelse eller en idé til en konkret ny oppfinnelse som kan bidra til å løse praktiske utfordringer i helsesektoren. Løsningen skal være av materiell art, den skal være selvutviklet og det skal ikke stå kommersielle aktører bak. Det må dokumenteres at man er først ute med løsningen. Oppfinneren skal enten være sykepleier eller et team av personer der sykepleiere er med.

Ved påmelding skal kandidaten gi en presentasjon av ideen som blant annet skal inneholde en beskrivelse av ideen/løsningen:

- Hva er dette?
- Hva er nytt?
- Hva er produktet laget av?
- Hvilken nytteverdi har ideen/løsningen?
- Hvilke andre fordeler har ideen/løsningen?

- Hvor langt har man kommet? Foreligger det en prototype?
- Hvilke tanker har man for videreutvikling og realisering av produktet/løsningen?

Det skal legges ved en uttalelse fra en relevant fagperson som kan gå god for oppfinnelsen/ideen og det må legges ved kontaktinformasjon til de/den som har eierskap til ideen/oppfinnelsen. **Prisen er på 100 000 kroner.**

100 000 kroner

Du kan få billigere strøm fordi du er medlem av Sykepleierforbundet

Norsk Sykepleierforbund har inngått partneravtale med strømleverandøren LOS. Dette gir deg mulighet til å kutte i dine strømudgifter.



LOS har landets mest
fornøyde strømkunder.
Norsk Kundebarometer 2010

Send sms <strøm> til 02021,
og få tilbud om en god
strømvavtale du også.



Privat fagforening banker på døra

De ser på tjenesten de tilbyr som et «produkt», vil heller ha «kunder» enn medlemmer og avviser streik. Folkene bak Krifa tror norske arbeidstakere trenger dem.

Tekst og foto **Georg Mathisen**

«Individets fagforening» kaller Krifa seg. Er det en selvmotsigelse? Nei, mener daglig leder Stefan Winther. Slagordet «Norges rimeligste pris på fagforening» lokker med at du slipper å betale for forsikringer, partistøtte og medlemsblad.

Tenker annerledes

Norge trenger et fagforbund som tenker nytt, mener Krifa, opprinnelig en dansk organisasjon. Stefan Winther avviser at målet er å ta medlemmer fra andre forbund.

– Det er 950 000 arbeidstagere i Norge som har valgt å ikke være organisert. De som synes at andre forbund har et godt produkt, er allerede medlem der. Vi ønsker å ha en så lav terskel som mulig for å organisere seg, sier han.

Det innebærer en helt annen måte å tenke tjenester til medlemmene:

– Vi har ingen rabattkortgreier, ingen partistøtte, ingen innlagte forsikringer eller tull og tøys. Vi driver bare fagforening. Den lave prisen er en konsekvens av den måten vi har satt sammen produktet vårt på.

Produkt? Ja, den daglige lederen er bank- og

markedsføringsmann, og viker ikke tilbake for blå russ-uttrykkene:

– I Danmark har vi ikke medlemmer. Vi har kunder, slår han fast, og mener at tankegangen er en fordel for medlemmene. Eller kundene:

– Medlemmer har du, og de hører til foreningen din. Kunder er noe du gjør deg fortjent til. Du driver service hele tiden for å beholde tilliten deres.

Ingen lokal organisasjon

Krifa er bygd opp uten klubber og lokalforeninger og har ekspertisen samlet på ett sted. Ekspertisen vil i praksis si juridisk bistand og karriererådgivning.

– Kunne da ikke like godt et advokatfirma tatt seg av hele driften?

– Det tror jeg godt de kunne, selv om vi ikke arbeider bare med arbeidsrett og selv om den servicen vi tilbyr, er vesensforskjellig fra den du møter på et advokatkontor. Men en av forskjellene er at vi er opptatt av å ta det enkelte medlem på alvor, og ta hånd om hele mennesket, ikke bare de juridiske spørsmålene de har, sier Winther.

Når han snakker om «hele mennesket», henger det også sammen med verdigrunnlag. Det fulle

navnet til Krifa er nemlig Kristelig Fagforening. – Men det har vært viktig for oss fra dag én at vi er en fagforening for alle, ifølge lederen.

Så langt er det likevel langt fra «alle» som har meldt seg inn. Medlemstallet i Norge ligger mellom 700 og 750. Yrkene deres har ikke organisasjonen full oversikt over, men Winther vet at det er overvekt av offentlig ansatte, spesielt i skolene, barnehagene og helsevesenet.

– I vår var det endel sykepleiere som meldte seg inn, forteller han.

Winther har ikke inntrykk av at det hadde noen sammenheng med sykepleierstreiken. Han tror heller på «munn-mot-munn-metoden» når det kommer flere innmeldinger fra samme miljø. Det viktigste vervetiltaket er ellers rett og slett å være synlig på nettet.

Nettopp konflikter et område der forskjellen mellom Krifa og andre fagforbund er tydelig. Streik hører fortiden til, ifølge organisasjonen, som legger mer vekt på de felles interessene som arbeidsgiver og arbeidstager har.

– Ideologisk er det en kjempeforskjell mellom oss og LO, selv om forskjellen ikke er like stor i praksis, sier Stefan Winther.

– Får ikke fotfeste

Økonomiprofessor og arbeidsmarkeds ekspert Kalle Moene verken tror eller håper at Krifa kommer til å få fotfeste i Norge.

– De tradisjonelle fagforeningene har vært en del av en sosial bevegelse. De har en lokal forankring, med lokalt valgte representanter. I tillegg kommer medlemskapet i den større sammenslutningen av fagforeningene, sier han.

Moene sammenligner Krifa med en serviceorganisasjon som ligner på amerikanske fagforeninger, eller på konsulentfirmaer.

– De amerikanske fagforeningene – det som er igjen av dem – kommer utenfra for å hjelpe, mens de tradisjonelle norske fagforeningene kommer innenfra for å organisere det som allerede finnes av en felles interesse, sier han.

Moene ser likevel at fagbevegelse, som andre organisasjoner, trenger nytenkning.

– Men her er det viktig å ikke miste sin sær egenhet og derved sine fortrinn: Den demokratiske forankringen av fagforeningene til arbeidsplassene. Den har mange fortrinn framfor service-/konsulent-tankegangen. ■■■

«Ideologisk er det en kjempeforskjell mellom oss og LO.»

Stefan Winther, daglig leder i Krifa

Kristelig Fagforening

Krifa, Kristelig Fagforening, er den første norske organisasjonen av typen som danske medier omtaler som «gule fagforeninger». Navnet «gul fagforening» stammer fra den franske betegnelsen på foreninger som ble stiftet av arbeidsgiverne, og som ikke innstilte seg på konflikt.

Krifa i Norge er en del av Kristelig Fagbevægelse, med hovedkontor i Randers i Danmark.

Kristelig Fagforening i Danmark har cirka 110 000 kunder (medlemmer).

I Norge har Krifa drøye 700 medlemmer og tre ansatte. Stefan Winther har ledet kontoret siden den første lederen, Åge Matre, måtte gå på måneder etter starten i 2008.



Effektiv lokalbehandling av bakteriell vaginose på **KUN 3 dager**¹

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 cetostearylic., 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. Latekskondomer 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: Gastrointes-

tinale: 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)

Jevn pågang på rusakutten

Pasientene kommer til den nye rusakutten. Men tilbudet trenger å bli bedre kjent.

Tekst og foto **Marit Fonn**

Landets første rusakuttmottak åpnet 30. august på Aker sykehus i Oslo.

– Vi har jevn pågang, men her er ikke fullt, sier avdelingsleder Anne Beate Sætrang etter et par ukers drift.

– Det trengs å informere om det nye tilbudet.

13 senger i nyoppussete lokaler sto klare da helseminister Anne-Grete Strøm-Erichsen åpnet den nye sengeposten sammen med tidligere rusbruker Rita Nilsen.

Flere rusakutter

Tilsvarende akuttmottak er på gang i Bergen og Drammen. Også Trondheim og Ålesund er de godt i gang med å planlegge mottak for ruspasienter, og det vil bli ett til i Oslo for yngre brukere.

Rusakuttmottaket på Aker hører til Oslo universitetssykehus (OUS). Dagavdelingen åpnet allerede 1. desember i fjor. På akuttmottaket kan pasienter få være i inntil 48 timer.

Når de forlater sengeposten, skal pasientene ha tilbud om videre behandling eller oppfølging.

Får mer behandling

– Det kom mange første uken, men så roet det seg. Vi har cirka ti pasienter inne om gangen, sier Sætrang.

De fleste blir i de 48 timene de er tidelt.

– Noen har faktisk vært her en dag eller to ekstra. Andre har gått etter noen timer.

Cirka 60 prosent går videre til avgiftning i eget senter eller til annen døgnbehandling i OUS.

Flere drar hjem etter de er skrevet ut, men



MOTIVERT: Kine Marie Bye var ansvarlig sykepleier for den aller første pasienten. Mens åpningen ble feiret, roet han seg på enerommet. – Motiverende å jobbe et nytt sted, sier hun.

uvisst. OUS som stadig omorganiserer seg, har vedtatt at mottaket skal få bli i minst to-tre år.

Sætrang er ikke bekymret.

– Det viktigste er at tilbudet finnes, og at vi har støttefunksjoner rundt oss. Om det er her eller der er ikke avgjørende for oss.

Nå skal hun jobbe videre med informasjon og statistikk.

– Blant annet skal vi finne ut hvor mange av pasientene våre som har vært i kontakt med behandlingsapparatet før, og hvor mange som

Den første pasienten

Bye tok imot den aller første pasienten på mottaket. Han kom allerede noen timer før det åpnet for pasienter. Mens feiringen pågikk i lokalene snakket Sykepleieren med ham på rommet med utsikt over byen.

Mannen i 50-årene visste ikke om det nye tilbudet på forhånd. Men han takket straks ja til en seng å slappe av i da han ble spurt på legevakten.

– Her vet jeg at jeg er beskyttet og at jeg får hvile og søvn, sa han.

– Folk er veldig forskjellige. Jeg vil primært være hjemme og klare meg selv. Men der er det jo alkohol i nærheten.

Han satte pris på å få enerom og medisinsk hjelp i den akutte fasen. Men han var usikker om han ville bli i 48 timer.

– Jeg tar time for time. Vet ikke hva jeg vil. Nå skal jeg roe tankene og så finne ut på sikt hva jeg ønsker og trenger, sa han.

Bye forteller at han ble der et par dager.

Alle sykepleierne ansatt på sengeposten kommer fra avgiftningsavdelinger i Oslo. Det er lagt opp slik at sykepleieren som jobber kveld, jobber dagvakt neste dag.

– Her skal pasientene ha færrest mulig å forholde deg til, sier hun. ■■■

«Det er jo tragisk bruk av penger hvis vi må flytte.»

Sykepleier Kine Marie Bye

med avtale om oppfølging. Den største gruppen er – som ventet – alkoholikere.

– Stadig flere blir henvist av fastlegene. Men vi ser at somatiske avdelinger i OUS trenger mer informasjon om oss, sier Sætrang.

Det samme gjelder sosiale tjenester og bydelene.

Må flytte?

Om akuttmottaket har en framtid på Aker er

kommer for første gang.

Heller ikke sykepleier Kine Marie Bye, som jobber på den nye sengeposten, bekymrer seg for rusakuttens framtid.

– Flytting har ikke vært et tema her hos oss. Vi får nå se, tenker jeg. Men det er jo tragisk bruk av penger hvis vi må flytte.

Bye sier det har kommet litt færre pasienter enn hun ventet.

– Jeg trodde det ville bli fullt.

Calcigran Forte 1000mg/800IE

NYCOMED

Kalsium + vitamin D

Basis i all osteoporosebehandling^{1,2}



1) Faglige Retningslinjer for forebygging og behandling av osteoporose og osteoporotiske brudd, SHDIR 2005
2) Rizzoli R. et al, BONE 2008; 42(2) s.246-49

C Calcigran Forte Nycomed Pharma

ATC-nr.: A12A X-

TYGGETABLETTER 500 mg/400 IE og 1000 mg/800 IE: Hver tyggetablett inneh.: Kalsiumkarbonat tilsv. kalsium 500 mg, resp. 1000 mg, kolekalsiferol (vitamin D3) 10 µg, tilsv. 400 IE, resp. 20 µg, tilsv. 800 IE, sorbitol 390 mg, resp. 780 mg, sakkarose 1,5 mg, resp. 3,3 mg, aspartam, isomalt, hydrogenert soyaolje, hjelpestoffer. Sukkerholdig. Sitronsmak.

Indikasjoner: Forebygging og behandling av vitamin D- og kalsiummangel hos eldre. Tilleggsbehandling ved osteoporose når det er risiko for vitamin D- og kalsiummangel.

Dosering: Tablettene kan tygges eller svelges hele. Kan også røres ut i vann. **Voksne og eldre:** 500 mg/400 IE: 1 tyggetablett 2 ganger daglig.
1000 mg/800 IE: 1 tyggetablett 1 gang daglig. Nedsatt nyrefunksjon: Preparatet bør ikke brukes hos pasienter med alvorlig nedsatt nyrefunksjon.

Kontraindikasjoner: Høyt kalsiuminnhold i blod eller urin, nyresten, D-hypervitaminose, overfølsomhet overfor soya, peanøtter, kalsium, vitamin D eller noen av hjelpestoffene.

Forsiktighetsregler: Ved langtidsbehandling bør kalsiumnivåene i serum følges og nyrefunksjon bør monitoreres med serumkreatininnmålinger. Monitorering er særlig viktig hos eldre pasienter som samtidig behandles med hjerteglykosider eller diuretika og hos pasienter med tendens til stendannelse. Ved hyperkalsemi eller tegn på nedsatt nyrefunksjon bør dosen reduseres eller behandlingen opphøre. Vitamin D skal brukes med forsiktighet til pasienter med nedsatt nyrefunksjon og kalsium- og fosfatnivåer bør kontrolleres. Risiko for kalsifisering av bløtvev må vurderes. Hos pasienter med kraftig nedsatt nyrefunksjon metaboliseres ikke vitamin D i form av kolekalsiferol normalt og andre former for vitamin D bør brukes. Preparatet skal brukes med forsiktighet hos pasienter med sarkoidose pga. risiko for økt metabolisme av vitamin D til den aktive formen. Disse pasientene må kontrolleres jevnlig med hensyn på kalsiuminnholdet i serum og urin. Preparatet skal ikke brukes hos immobiliserte pasienter med osteoporose pga. økt fare for hyperkalsemi. Ved forskrivning av andre legemidler som inneholder vitamin D, skal det tas hensyn til D-vitaminindosen. Administrering av ytterligere doser kalsium eller vitamin D skal følges grundig opp av lege. I slike tilfeller er det nødvendig å kontrollere kalsiumnivået i serum og kalsiumutskillelsen i urin ofte. Preparatet inneholder aspartam (en fenylalaninkilde). Kan være skadelig for personer med fenylketonuri. Preparatet inneholder sorbitol, isomalt og sakkarose. Pasienter med sjeldne arvelige problemer med fruktoseintoleranse, glukose-galaktosemalabsorpsjon eller sukkrase-isomaltasemangel bør ikke ta dette legemidlet. Preparatet anbefales ikke til barn.

Interaksjoner: Tiaziddiuretika reduserer renal ekskresjon av kalsium. Pga. risiko for hyperkalsemi, bør serumnivået av kalsium kontrolleres regelmessig ved samtidig bruk. Systemiske kortikosteroider reduserer kalsiumabsorpsjonen. Det kan være nødvendig å øke dosen av Calcigran Forte ved samtidig bruk. Samtidig behandling med ionebytteresorer, slik som kolestyramin, eller laksativa, f.eks. flytende parafin, kan redusere gastrointestinal absorpsjon av vitamin D. Kalsiumkarbonat kan påvirke absorpsjonen av samtidig administrerte tetracykliner. Tetracykliner skal derfor administreres minst 2 timer før eller 4-6 timer etter peroralt inntak av kalsium. Hyperkalsemi kan øke hjertets følsomhet for digitalis. Dersom bisfosfonater eller natriumfluorid administreres samtidig, bør disse preparatene

tas minst 3 timer før inntak av Calcigran Forte pga. risiko for redusert absorpsjon. Oksalsyre (finnes i spinat og rabarbra) og fytinsyre (finnes i hele korn) kan danne uoploselige forbindelser med kalsiumioner og dermed hemme kalsiumabsorpsjonen. Kalsiumpreparater og mat med høyt innhold av oksalsyre eller fytinsyre bør tas med 2 timers mellomrom.

Graviditet/Amning: Overgang i placenta: Det daglige inntak av kalsium og vitamin D ved graviditet må ikke overstige 1500 mg kalsium og 600 IE vitamin D. Calcigran Forte 1000 mg/800 IE er derfor ikke egnet for bruk under graviditet. Calcigran Forte 500 mg/400 IE kan brukes under graviditet ved vitamin D- og kalsiummangel. Overgang i morsmelk: Preparatet kan brukes ved amming. Kalsium og vitamin D går over. Dette må det tas hensyn til dersom det gis tillegg av vitamin D til barnet.

Bivirkninger: Mindre vanlige ($\geq 1/1000$ til $< 1/100$): Stoffskifte/ernæring: Hyperkalsemi og hyperkalsuri. Sjeldne ($\geq 1/10\ 000$ til $< 1/1000$): Gastrointestinale: Obstipasjon, oppblåsthet, kvalme, magesmerter og diaré. Svært sjeldne ($< 1/10\ 000$), ukjent: Hud: Kløe, utslett og urticaria.

Overdosering/Forgiftning: Overdosering kan føre til hypervitaminose og hyperkalsemi. Symptomer: Anoreksi, tørste, kvalme, oppkast, forstoppelse, magesmerter, muskelsvekkelse, tretthet, mentale forstyrrelser, polydipsi, polyuri, smerter i benvev, nefrokalsinose, nyresten og i alvorlige tilfeller hjertearytmier. Ekstrem hyperkalsemi kan føre til koma og død. Vedvarende høye kalsiumnivåer kan føre til irreversibel nyreskade og kalsifisering av bløtvev. Behandling: Behandlingen med kalsium og vitamin D må opphøre. Behandling med tiaziddiuretika, litium, vitamin A, vitamin D og hjerteglykosider må også opphøre. Magetømming hos pasienter med nedsatt bevissthet. Rehydrering og, avhengig av alvorlighetsgrad, isolert eller kombinert behandling med lospdiuretika, bisfosfonater, kalsitonin og kortikosteroider. Elektrolytter, nyrefunksjon og diurese skal overvåkes. I alvorlige tilfeller bør EKG og CVP (sentraitt ventrykk) overvåkes. Se Giftinformasjonens anbefalinger for kalsiumkarbonat A12A A04 og vitamin D3 A11C C.

Egenskaper: Klassifisering: Mineralpreparat med D-vitamin. Virkningsmekanisme: Kontinuerlig kalsiumtilførsel er nødvendig for nydannelse av ben og vil antagelig undertrykke produksjon av parathyreoideahormon og derved redusere bennedbrytning. Vitamin D er viktig for absorpsjonen av kalsium fra tynntarmen. Absorpsjon: Ca. 30% av tilført kalsium. Vitamin D3 absorberes raskt i tynntarmen. Fordeling: 99% av kalsiumet i kroppen er konsentrert i den harde strukturen i ben og tenner. 1% finnes i intra- og ekstracellulærvæskene. Ca. 50% av det totale kalsiuminnholdet i blodet er i fysiologisk aktiv ionisert form og ca. 10% er kompleksbundet til sitrat, fosfat eller andre anioner. De resterende 40% er proteinbundet, hovedsakelig til albumin. Kolekalsiferol og dets metabolitter sirkulerer i blodet, bundet til et spesifikt globulin. Lagres i muskel- og fettvev. Metabolisme: Kolekalsiferol omdannes i leveren ved hydroksylering til den aktive formen 25-hydroksykolekalsiferol. Videre skjer omdanning i nyrene til 1,25-dihydroksykalsiferol. 1,25-dihydroksykalsiferol er metabolitten som er ansvarlig for å øke kalsiumabsorpsjonen. Utskillelse: Kalsium utskilles via feces, urin og svette. Renal ekskresjon avhenger av glomerulær filtrasjon og tubulær reabsorpsjon av kalsium. Vitamin D utskilles i feces og urin.

Pakninger og pris pr.01.07.2010
500 mg/400 IE: 100 stk. (boks) kr 141,20.
1000 mg/800 IE: 60 stk. (boks) kr 195,80.

Sist endret: 20.04.2009

Calcigran Forte®
STERK KOMBINASJON FOR STERKE BEIN



Kritisk til læreren

Sykepleierstudenter er mer kritisk til lærerne sine enn sosialarbeider- og lærerstudenter. Det kommer fram i Kåre Heggens nye bok, der han sammenligner de tre utdanningene. Tekst Eivor Hofstad

Kåre Heggan er professor ved Høgskulen i Volda og har nylig gitt ut boken «Kvalifisering for profesjonsutøving», der han drøfter ulike spørsmål knyttet til profesjonskvalifisering for sykepleiere, sosialarbeidere og lærere.

Disse utdanningene sliter med lav søkermasse og dårligere kvalifiserte søkere sammenlignet med tekniske, økonomiske og mer elitepregede utdanninger. Historisk har de tre yrkene hatt et sterkt preg av opplæring gjennom jobben. Heggan mener det har oppstått et gap mellom utdanning og yrkesfelt som kan ha økt de siste årene. En av årsakene han peker på er høyskolereformene, som skulle styrke det teoretiske innholdet, mens balansen mellom undervisning og praksis kanskje ikke er tatt godt nok vare på.

Lærerproblem hos sykepleierne

Som grunnlag for boken har han benyttet StudData. Det er en større og langsiktig datainnsamling som omfatter 20 profesjoner/profesjonsutdanninger fra elleve høyskoler og universiteter.



NYE KRAV: Dekan Kari Toverud Jensen ved Høgskolen i Oslo trekker frem at sykepleielærerne har en høy gjennomsnittsalder og selv er utdannet i en tid med en helt annen type opplæring. Foto: Høgskolen i Oslo

Dataene viser at studentene bruker liten tid på studiene og at mange slutter underveis. Mange er misfornøyde med faglig innhold. Noen mener teorien er for lite relevant for yrkesutøvelsen og at studiet inneholder for lite praksis.

Sykepleierstudentene skiller seg ut fra de andre to gruppene ved at de har en mer kritisk vurdering av relasjonen til lærerne sine. De mener lærerne er lite åpne for nytenkning og forslag til endringer, samt at de ikke er godt nok forberedt til undervisning.

Studentenes reaksjoner sammenfaller med den amerikanske sykepleierforskeren Patricia Benners evalueringstudie av sykepleierutdanningene i USA. Den viser at det kun er et fåtall av lærerne som er i stand til å formidle sykepleierfaget. Hun mener det har vist seg å være svært vanskelig å formidle teoretisk kunnskap til sykepleierstudenter på en måte som gjør dem i stand til å omsette den til praksis.

Også Nokuts evaluering av sykepleierutdanningene i 2005 viste en relativt lav formell fagkompetanse blant lærerne.

Fra undervisning til læring

Dekan Kari Toverud Jensen ved Høgskolen i Oslo, landets største sykepleierutdanning, synes Heggens bok absolutt er et viktig diskusjonsbidrag.

– Men jeg savner at resultatene ses mer i sammenheng. Som dette med ulike tradisjoner, at synet på teori i sykepleie heller ikke har vært

eller er enhetlig, det å inneha troverdighet som lærer, praksisomfangets betydning, og betydningen av profesjonelt engasjement og profesjonell identitet, sier hun.

Hun viser til at det ved landets sykepleierutdanninger jobber 85 prosent kvinner, med gjennomsnittsalder på godt over 50 år. Mange var ferdig sykepleier på slutten av 60- og begynnelsen av 70-tallet, jobbet som sykepleier noen år og tok videreutdanning og hovedfag på 80- og 90-tallet.

– De ble sykepleiere fordi de hadde et ønske om å hjelpe andre, og de ble lærere på høyskolene med et stort ønske om å formidle sine kunnskaper og erfaringer. Så kom kvalitetsreformen der fokuset på utdanningen ble flyttet fra undervisning til læring. Dette har vært og er utfordrende for mange sykepleierlærere, da deres kompetanse ikke oppleves å bli etterspurt i like stor grad eller på samme måte som tidligere. Et interessant spørsmål er jo om sykepleierlærere skiller seg ut på dette området i forhold til de andre lærerne som vi sammenlignes med, påpeker Toverud Jensen.

Turnusår?

Dekanen mener sykepleierutdanningene har en større utfordring enn de utdanningene Heggan sammenligner med, fordi 50 prosent av bachelorutdanningen er lagt til klinikk eller praksis. Lærerne har bare 20 uker av fire år, og sosialarbeiderne har fra under en fjerdedel til en tredjedel.



PRAKSIS: Sykepleierstudentene mener lærerne ikke er godt nok forberedt til undervisningen, ifølge professor Kåre Heggen. Illustrasjonsfoto: Stig Weston



I et intervju på nettsidene til Høgskolen i Oslo foreslår Kåre Heggen at et turnusår kan være veien å gå for å oppnå bedre balanse mellom skolebasert utdanning og praksisopplæring. Toverud Jensen er usikker på om hun støtter det.

– Jeg er tilhenger av en integrert utdanning og synes dagens ordning med tre år for bachelor, ytterligere to for master og tre for phd er en grei løsning. For å styrke sykepleierutdanningen må vi heve det teoretiske nivået gjennom økt fokusering på studentenes analytiske og forskningsmetodiske kompetanse. Utdanningen må gi mer

«Jeg savner at resultatene ses mer i sammenheng.»

Kari Toverud Jensen, dekan ved Høgskolen i Oslo

trening i å se hvilken relevans kunnskapen har, og denne treningen bør innbefatte kontinuerlig refleksjon, sier hun.

Trenger tettere kobling

Kåre Heggen mener at utfordringene til profesjonsutdanningene er spenningen mellom den teoretiske kunnskapen og den etiske refleksjonen i handlingsfeltet, og de etablerte handlemåtene. Disse utfordringene synes han løses best ved å utvikle profesjonsutdanninger med større faglig sammenheng og tettere kobling mellom det som skjer på skolen og yrkesfeltet.

– Det kan skape sterkere faglig engasjement hos studentene, hevder han i en kronikk i Klassekampen. ■■■

Bentap starter i 30 års alderen

Floradix® Kalsium-Magnesium Kalsium + Magnesium + Sink

Naturlig kosttilskudd med essensielle mineraler for sterkere ben og tenner

- Magnesium, sink og vitamin D sikrer riktig levering og absorpsjon av kalsium
- Synergerende base av urter og fruktjuicer gir en balansert ph og lett fordøyelse
- Sikker ved langvarig bruk
- Maksimum absorbasjon, flytende med lett opptagbar kalsiumglukonat og laktat
- Ideell dosering, tilfredsstillende som kosttilskudd
- Fri for bly, farvestoffer, pesticider og konserveringsmidler

Floradix® Kalsium-Magnesium kjøpes hos Rema 1000, helsekostforretninger og enkelte apotek.

REMA 1000



ditt naturlige valg
NATUR
import

Markedsføres i Norge av Natur-Import AS
Tlf. 23 37 37 40 • post@naturimport.no • www.naturimport.no

Alarm om rusmiljøet

Rusmiljøet i Oslo er verre enn noensinne, mener Arild Knutsen. Men han gråt av glede da Stoltenberg-innstillingen ble lagt frem i juni. Tekst og foto **Laila S. Berg**

Arild Knutsen bruker tiden til å bistå rusavhengige. Han leder Foreningen for human narkotikapolitikk (FHN), en interesseforening for brukere og brukervener som holder til i Oslo. Han er selv tidligere rusavhengig. Nå har han skrevet rapporten «Helhjertet jaging og straffing, halvhjertet rusomsorg» om rusmiljøet i Oslo sentrum, som fins på SV-politikeren Ivar Johansens nettside. Den beskriver en rystende og inhuman offentlig ruspolitikk hvor det offentlige hjelpeapparatet har sviktet.

24 sju

På trappa til 24 sju står to menn og diskuterer, ved siden av dem sitter ei ung jente på knapt 20 år, halvt bevisstløs av rus. Dette er møtestedet FHN driver i Storgata i Oslo. Det er folksomt og her sover rusavhengige i stoler. Et pusterom. Mat, dusj, klær. Dette er et helsetilbud. Det er

– Vi behøver en dialog med Oslo kommune og politiet for å få til dette arbeidet. Det er behov for sprøyterom døgnet rundt over hele byen, og helsearbeidere med en pragmatisk holdning til de menneskene vi snakker om. Ellers må vi lytte til brukerne, det er de som kan fortelle hvordan vi best får det til, sier Kirsten Frigstad.

Gry Olsen er tillitsvalgt i FHN. Hun er utdannet sykepleier og har arbeidet mange år i rusomsorgen.

– Rusavhengighet er en tilstand på samme måte som selvsykdom og spiseforstyrrelse, spilleavhengighet og alkoholisme sier hun.

Viktigste minister

Knutsen snakker varmt om Thorvald Stoltenberg og roser Bjarne Håkon Hanssen som den viktigste ministeren i vår tid, fordi han åpnet for nytenkning i rusomsorgen.

– Jeg har sagt i mange år at vi må dele ut heroin til avhengige. Bjarne Håkon Hanssen var ministeren som legitimerte mine utsagn da han sa at vi må åpne opp for å diskutere dette, sier han.

Utdeling av heroin ble satt på agendaen. Forslaget ble dårlig mottatt i rusomsorgen. Men Knutsen er positiv.

– Innstillingen til Stoltenberg-utvalget er kanskje det mest positive som har skjedd. Da den ble lagt ut den 16. juni 2010 gråt jeg, sier Knutsen.

Mange år på gata

Arild Knutsen kom på avrusning i 1990, 21 år gammel. Han hadde hatt en vanskelig barndom



LANG ERFARING: Arild Knutsen var rusmisbruker i tenårene. Nå leder han Foreningen for human narkotikapolitikk.

på Stovner i Oslo, men det gikk for alvor galt da han som 14-åring stakk ned en jente med kniv og havnet på glattcelle. Det startet med snifning. Så ble han «tatt hånd om» av mer garvede narkomane.

– Jeg ble kalt for Lille Trille, fordi jeg spiste alt jeg kom over av piller, Rohypnol og valium, alkohol og hasj. Etter hvert startet jeg også med amfetamin. Ettersom stoffene oppkriminaliseres blir de stadig sterkere, mer urene og farlige, forteller han.

Han fikk ingen nedtrapping, og det var en smertefull avvenning. Videre bar det til behandling sinstitusjon til langtidsbehandling. Der var det 10 – 12 personer i et lite hus.

– Jeg ble forelsket i ei jente og vi ble satt på gata, hun 20 år, jeg 21, forteller han.

På vei ut ble de plukket opp av noen som viste at de hadde vært på institusjon. «Jeg har kjøpt et halvt gram heroin, så jeg kan dele med dere som stakkars ikke har noen ting» sa mannen gavmildt.

– Han syntes synd på oss. Første sprøyte gjorde såre godt og varte i mange timer, minnes Knutsen.

– Etter det husker jeg bare at jeg bodde på gata, på jakt etter stoff. Det er bare et helvete å være narkoman, sier han.

Arild Knutsen og kjæresten bodde sammen på gata.

– Etter hvert kom vi på hospits. Alle ga oss opp og sa det ikke knyttet, men på det som da het Statens rehabiliteringssenter for narkomane fantes det ett menneske med en annen mening.

Livet til Arild tok en ny vending. ■■■

«Jeg har sagt i mange år at vi må dele ut heroin til avhengige.» Arild Knutsen

rolig, rent og ryddig. Helsepersonellet er imøtekommende og vennlig. Men mange tør ikke komme, og Arild Knutsen hjelper dem som ikke tør, men bør finne veien nettopp hit.

– Arild har vært vår samarbeidspartner fra dag en. Han kommer med viktige meldinger og folk som behøver hjelp. Det handler om å gå ut, vi får ikke tid til alt, sier prosjektleder Kirsten Frigstad.

Arild Knutsen opplever at det kommer mange nye til miljøet, særlig unge. «En ansatt fortalte at jobben for tiden er hjerteskjærende. Tilbudet de har til unge fra andre kommuner, er en billett tilbake til sine respektive kommuner» skriver han i rapporten.

– Hvordan kan rusavhengige hjelpes?

sykepleien.no

Her kan du lese Arild Knutsens rapport:
<http://www.ivarjohansen.no/temaer/rus/2563-arild-knutsen-oslo-rusomsorg.html>



Jorunn Opsahl

Alder: 57 år

Aktuell som: **Enhetsleder for helsestasjoner og skolehelsetjenesten i Stovner bydel i Oslo.**

BAKGRUNN:

Fremskrittspartiets Christian Tybring-Gjedde kritiserte landets innvandringspolitikk i en kronikk i Aftenposten. Han frykter enklaver og muslimsk enfold. Debatten tok fart og Dagsrevyen fortalte om skolen i Groruddalen der bare én av førsteklasingene er etnisk norsk. Foreldrene har allerede planlagt flytting. Helsesøster Jorunn Opsahl kjenner befolkningen i området bedre enn de fleste.

Blant 133 nasjonaliteter i Oslo

Hva synes du om Groruddalen-debatten?

– Jeg blir oppgitt. Folk prøver å slå hverandre i hjel med argumenter. Det kommer sjelden noe godt ut av slike debatter.

Hvordan er befolkningen i Stovner bydel?

– Mangfoldig. Både når det gjelder etnisitet, utdanning, økonomi og kultur. Folk bor i flotte eneboliger i skogkanten, blokker, rekkehus og terrassehus.

Snakker dere på jobben om etnisk norske og innvandrere?

– Ikke så mye. Mer om at det er mange etnisiteter hos oss.

Hvilke da?

– Det er 133 nasjonaliteter.

Bruker dere begrepet innvandrere?

– Vi snakker mer om hvor de opprinnelig kommer fra. Om de er norsk, somalisk, pakistansk, tamilsk, vietnamesisk ... Vi sier at nå kommer familien Hansen eller familien Mohammed.

Frykter du at etnisk norske flykter fra området?

– Vi ser at noen gjør det. Det er realiteten.

Hva synes du om det?

– Det er dumt. Litt dobbelt: Det er lett å si at sånn skal det ikke være. Men folk velger å bo der de vil, det er en demokratisk rett.

Har noen av dere ansatte innvandrerbakgrunn?

– En jordmor og noen leger. Ingen helsesøstre.

Flerkulturell – hva tenker du om det?

– Mangfold. Barn og unge her får en unik flerkulturell kompetanse. Som fagperson er det en utfordring å formidle hvordan norsk samfunnsstruktur fungerer. Språkkompetanse er viktig. Når jeg ansetter folk, tenker jeg at de må være gode i norsk.

Hva er den største utfordringen?

– Generelt er det å forebygge livsstilssykdommer. Ellers er det mange her som ikke har det vi kaller vanlig basiskunnskap. Vi må tilrettelegge

helseopplysninger individuelt og bruker mye tolk. Konsultasjonene tar mye tid.

Hvor mange bor det på Stovner?

– 29 000. Som en middels stor by i Norge. I hele Groruddalen bor det godt over 100 000.

Hvor mange helsesøstre er du leder for?

– 17. Her bor mange barn og unge. Andelen fra 0 til 18 år er over Oslo-gjennomsnittet.

Hva vi du si til andre helsesøstre og sykepleiere?

– Samfunnet vil bli mer og mer preget av flere kulturer. Vi kan ikke stenge grensene. Vår spisskompetanse trengs.

Fått noen aha-opplevelser i årenes løp?

– Ja, særlig om kommunikasjon. Man tror man har formidlet noe, men kan aldri være sikker. Et eksempel: Jeg hadde snakket lenge med noen ungdommer om prevensjon. Til slutt spurte en av dem forsiktig: «Hva betyr det ordet?» Det beskriver utfordringene våre.

Hva er de unge opptatt av?

– Det samme som de fleste unge. Men noen sliter mer med ulike forventninger fra foreldre og fra jevnaldrende. Ellers er foreldre som foreldre flest, uavhengig av hudfarge. De er opptatt av sine barns ve og vel. Men de løser ting noe forskjellig.

Hvor lenge har du jobbet i bydelen?

– Siden 1981. Jeg har sett befolkningen utvikle seg fra å være homogen til å bli multietnisk.

Hvordan vil det gå videre, tror du?

– Det blir enda flere med annen etnisitet enn den norske. Det må vi se i øynene.

Men du lar deg ikke skremme?

– Nei. Stovner er en rolig bydel med lite vold. Kriminaliteten er lav. Det er et trygt sted å være.

Tekst **Marit Fonn** Foto **Erik M. Sundt**



Fagtema **Revmatisme**

- 32 Mye handler om å få kroppen til å fungere så jeg kan jobbe ›
- 35 Tåler å være fysisk aktive ›
- 38 Fortviler over lang ventetid ›
- 39 Frykter for faget ›



BRUKER KROPPEN: Anette Lieng Håkonsen strekker seg for sykepleier Mai Elin Husebø.

Opp av sengene! →

Før skulle de ta det med ro. Nå skal de bøye og strekke. Nye medisiner og endret innfallsvinkel til revmatisme har gitt mange pasienter et bedre liv. Men enda flere kunne fått hjelp.

«Mye handler om å få kroppen til å fungere så jeg kan jobbe.» Anette Lieng Håkonsen

Med medisiner og tilrettelegging lever Anette Lieng Håkonsen nesten som andre.

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

Mange forbinder revmatisme med gamle krokete damer i rullestol, med deformerte ledd og stive fingre. Men nye medisiner og ny tilnærming til sykdommen gir et annet bilde. I dag kan nyoppdaget revmatisme bremses så leddene ikke tar skade.

Kranglete kne

Revmatisme er ikke én sykdom, men en samlebetegnelse på et par hundre diagnoser. Felles er at kroppen går til angrep på seg selv. Immunforsvaret lager betennelse som etter hvert ødelegger ledd og områdene rundt dem. Hvorfor det skjer, vet ingen.

Anette Lieng Håkonsen er én av 300 000 nordmenn med revmatisk sykdom. Hun fikk barneleddgikt da hun gikk på barneskolen. I dag er hun 28 år og jobber som lærer.

Akkurat nå er det synlig at hun har revmatisme. Det ene kneet slo seg plutselig vrangt.

– Det kom ganske akutt og skjer innimellom, forteller hun.

Men vanligvis kan ingen se på henne at hun er syk. Diagnosen tok det flere år å stille.

– Det begynte med stive og hovne ledd, og at jeg generelt var litt tregere enn andre på min alder, sier hun.

Vonde ledd var hemmende for en ung jente. Da hun fikk medisiner, ble leddene mindre hovne. Som mange med revmatisk sykdom, har hun forsøkt ulike legemidler. Noen virker godt, andre ikke.

Nye medisiner

De siste elleve årene har såkalte biologiske legemidler radikalt forandret livskvaliteten for mange med revmatisme. Det er utviklet flere forskjellige typer som gjør det mulig å tilpasse behandlingen den enkelte pasient. De brukes også i kombinasjon med eldre, såkalte sykdomsmodifiserende legemidler.

Håkonsens erfaring med biologiske legemidler er blandet.

– Jeg ble vel forespeilet at de skulle fungere veldig godt. Når de virker, får jeg en helt annen hverdag uten ledd som krangler og hovner opp. Det gjør at jeg orker litt mer.

Et problem med biologiske legemidler er resistensutvikling. Legemidlene Håkonsen hadde best effekt av, sluttet å virke etter to år. Etter en pause bruker hun dem igjen. Det ser nå ut til å gå bra.

Revmatisme

Revmatisme er en fellesbetegnelse på autoimmune sykdommer som angriper kroppens ledd og bindevev. Noen angriper indre organer.

Det fins over 200 diagnoser, som revmatoid artritt, Sjøgrens syndrom, bursitt, crest, urinsyregikt og Bechterev. Vanligst er artrose. De fleste diagnosene er kroniske.

Flere enn 300 000 nordmenn har en revmatisk diagnose. Flere kvinner enn menn blir rammet. Revmatikere er den største gruppen blant de som er sykmeldt eller uføretrygdet i Norge.

Revmatisme har ukjent årsak og debutterer gjerne i 30-50-årsalder. Typiske symptomer er stive, vonde og hovne ledd og nedsatt allmenntilstand. Diagnosen kan være vanskelig å stille.

Kilde: Norsk Revmatikerforbund

Fra sengepost til poliklinikk

Før foregikk det meste av behandlingen i sengeavdelinger. Nå skjer det meste poliklinisk eller som dagbehandling. Tilnærmingen er tverrfaglig.

Da Bente Hamnes for 20 år siden begynte som sykepleier på revmatismesykehuset på Lillehammer, var mange av pasientene gjengangere som nesten levde livet inne på sykehuset. Nå er alt lagt opp til at de skal leve det utenfor.

– Den gangen var pasientene inne i flere uker og fikk mye service. Nå hjelper vi dem til å ta hånd om livet selv, sier den tidligere sjefsyrkepleieren.

Hamnes skriver nå doktorgrad om å mestre livet som revmatiker.



HOLDER BALANSEN: Anette Lieng Håkonsen prøver å få en hverdag med krefter til både jobb og privatliv.

Finner balansen

Anette Lieng Håkonsen er midt i et rehabiliteringsopphold på Diakonhjemmet sykehus i Oslo.

– Mye handler om å få kroppen til å fungere så jeg kan jobbe, sier hun.

« Mange trenger å sortere følelsene rundt sykdommen så de bedre kan mestre den. *Bente Hamnes*



MÅLRETTET: Anette Lieng Håkonsen er på rehabiliteringsopphold.

Da hun begynte som lærer var det i full stilling. Men alle kreftene gikk med til jobb. Nå jobber hun halv tid.

– Jeg får hjelp til å finne en balanse mellom jobb og privatliv. Det kan være så konkret som å få en ståstol i klasserommet når jeg underviser, eller det kan være hjelp til å ordne tankene. For eksempel blir jeg sliten av husarbeid. Men da kan jeg heller vri det til at husarbeid er god trening for meg. Da trenger jeg ikke trene i tillegg de dagene.

Tipser hverandre

– Vi styrker pasientenes mestringssevne, sier Bente Hamnes.

– Det er den største endringen som er skjedd i løpet av de siste 20 årene. Nå skal de trene og ta grep om livet sitt selv.

Hun peker på at det er i tråd med hva som skjer ellers i helsevesenet.

– For de fleste er det også mer tilfredsstillende å ta kontroll over eget liv, erfarer hun.

– Sykepleierne skal hjelpe pasientene til kunnskap og ferdigheter. Mange trenger å sortere følelsene rundt sykdommen så de bedre kan mestre den.

Hamnes viser til at det å få revmatisme ofte fører med seg en følelse av tap. Mange kan ikke gjøre ting de har vært vant til å gjøre.

– Sykdommen endrer seg. Noen taper stadig flere funksjoner.

Pasientenes behov varierer. Men det alle vil vite er hva de trenger for å mestre dagliglivet sitt. Hamnes har god erfaring med å la pasienter lære av hverandre.

– Det kan være alt fra å få headset til telefonen på jobb til å takle egne reaksjoner på å være syk. Når tipsene kommer fra likesinnede, får de en annen troverdighet, sier hun.

Må ha det gøy

Anette Lieng Håkonsen synes det går greit å leve med sykdommen. Men hun jobber med å sette grenser.

– Det viktige er å vite selv hva jeg kan gjøre og ikke. Og så må jeg prioritere. Det kan være at jeg gjør noe gøy, som gjør meg veldig sliten etterpå. Men da kan det være verdt det. I sommer var jeg med venninnen min og barnet hennes i Dyreparken. Jeg ble fryktelig sliten. Men det var så hyggelig.

Ulike legemidler

▶ **DMARDs (Disease Modifying AntiRheumatic Drugs) eller sykdomsmodifiserende legemidler.** Demper betennelse og leddødeleggelse og dermed smerter. Vanligst er metotreksat, som hemmer celledeling.

▶ **Biologiske legemidler.** Angriper molekyler som spiller en viktig rolle i betennelsesprosessen. Kan føre allergiske reaksjoner og nedsatt motstand mot infeksjoner. Kan også bli resistente.

▶ **Kortison.** Demper betennelse. Kan gi alvorlige bivirkninger ved langvarig bruk og i høye doser.

▶ **Smertelindring.** Lindrer symptomer, har ingen effekt på betennelsesprosesser.

Kilde: Revmatikerguiden



Mai Elin Husebø,
sykepleier,



Camilla Fongen,
fysioterapeut, MSC,



Mari Klokkerud,
ergoterapeut, MSC



Heidi A. Zangi,
sykepleier, PhDstudent.

Alle er ansatt ved
Diakonhjemmet
sykehus

Tåler å være fysisk aktive

Sykepleiere kan hjelpe pasienter med revmatisk sykdom til økt fysisk aktivitet.

Jeg kan jo spille bowling med barnebarna mine!» Utsagnet stammer fra en eldre kvinne med vonde knær, rygg og armer. Hun oppdaget at når hun holdt bowlingkula med begge hender og huket seg litt ned med rak rygg så kunne hun også få kula av gårde!

Ved å ha en mulighetsorientert holdning og vilje til dialog med pasienten om muligheter og hindringer kan sykepleiere bidra til økt fysisk aktivitet hos pasienter. En slik holdning er viktig uansett hvilken pasientgruppe man jobber med.

Vi er en tverrfaglig gruppe som består av en sykepleier, fysioterapeut og en ergoterapeut, ved enheten for revmatologisk rehabilitering, Diakonhjemmet sykehus. Fra vinteren 2006 og frem til og desember 2007 prøvde vi ut ulike aktiviteter

vi at mange av pasientene hadde få og dårlige erfaringer med fysisk aktivitet. Vi ønsket å arbeide målrettet mot å fokusere mer på fysisk aktivitet ved vår enhet. Dette er også i tråd med politiske føringer (1,2). Vi bestemte oss for å teste ut et spekter av ulike aktiviteter og tilegne oss kunnskap om hvordan disse aktivitetene kunne tilpasses pasienter med revmatiske sykdommer. Målet var å legge til rette for gode erfaringer med å bruke kroppen, kanskje bryte noen grenser og ikke minst, å ha det moro!

Vi forstår begrepet tilpasset fysisk aktivitet som tiltak som fremmer aktiv, sunn livsstil ved å revurdere psykiske barrierer og motoriske begrensninger ved modifisering, justering eller tillempling i overensstemmelse med individet og omgivelsene (3).

Revmatisme

Revmatoid artritt, RA, er en sykdom som karakteriseres av kronisk inflammasjon i ledd og som etter hvert fører til leddødeleggelse (5). Inntil for noen år siden har anbefalte treningsformer for personer med revmatisk sykdom vært preget av forsiktighetstankegang. Forskning viser at det store flertallet av pasienter med RA ikke forverrer sin sykdom med økt fysisk aktivitet (6,7,8). Personer med velregulert RA kan stort sett følge treningsanbefalinger som gjelder normalbefolkningen (5,9), men man bør starte trening forsiktig og med mindre belastning enn hos friske.

Metode

Vi prøvde ut 18 forskjellige aktiviteter og så på mulighetene for å tilpasse dem til personer med forskjellige revmatiske sykdommer og funksjonsnivå. Selve aktiviteten varte i cirka en time hver andre uke. Pasientene og personalet fylte ut et spørreskjema etter endt aktivitet. 116 pasienter svarte. Spørreskjemaet prosjektgruppa fylte ut fokuserte på tilrettelegging og gjennomføring. Sykepleier på kveldsvakt noterte eventuelle spontane reaksjoner eller andre «bivirkninger» som for eksempel smerte i etterkant. De fleste aktivitetene ble prøvd ut flere ganger. Pasientene som deltok hadde ulikt funksjonsnivå. I forkant av hver aktivitet diskuterte sykepleier og de andre i prosjektgruppa sammen med pasientene, behovet for individuelle tilpasninger. →

« Mange av pasientene hadde få og dårlige erfaringer med fysisk aktivitet.

sammen med pasientene, for eksempel orientering, turgåing, salsa, linedans, padling, bowling, natursti og bordtennis. Erfaringer fra prosjektet har gitt pasienter gode mestringsopplevelser. Det har oppstått en arena for utprøving, lek, vennskapelig konkurranse og latter. Det har bidratt til ideer og inspirasjon. Noen av pasientene har fått sjansen til å gjøre ting de ikke trodde var mulig. Sykepleierne på enheten har gjennom dette prosjektet blitt inspirert til å fokusere ytterligere på fysisk aktivitet og til å tenke muligheter sammen med pasientene. Erfaringene fra aktivitetene har vært et godt utgangspunkt for samtaler om å bruke kroppen; om muligheter og begrensninger.

Bakgrunn

Fagutviklingsprosjektet hadde sitt utspring på revmatologisk rehabiliteringsenhet, Diakonhjemmet sykehus. Enheten ble åpnet i 2000 og er en del av Nasjonalt revmatologisk rehabiliterings- og kompetansesenter, NRRK. Enheten har landsdekkende funksjon og mottar pasienter med ulike inflammatoriske revmatiske sykdommer og sammensatte problemstillinger til tverrfaglig rehabilitering. I løpet av de fem første årene erfarte

www.sykepleien.no

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

Søkeord:

- ▶ Revmatisme
- ▶ Kronisk sykdom
- ▶ Fysisk aktivitet
- ▶ Mestring
- ▶ Livskvalitet



Pasientenes vurderinger

84 prosent opplevde aktivitetene som meningsfulle eller veldig meningsfulle (figur 1) og 78 prosent synes aktivitetene var passe vanskelige. 95 prosent svarte at aktiviteten var tilrettelagt slik at de kunne delta. (Se figur 1.)

Stort sett har pasientene opplevd det positivt å gjøre aktivitetene. Det ser også ut til at de har opplevd å mestre aktivitetene bra til tross for at en del har betydelig nedsatt fysisk funksjon. En ung kvinne som var sterkt preget av aktiv artrittsykdom og

« Man må våge å utfordre grenser.

kortisonbehandling, fikk prøve seg på sjøen i en stabil kajakk. Med en kort, lett padleåre klarte hun å manøvrere kajakken inne på grunna. I ettertid har hun gitt uttrykk for glede og stolthet over padleturen og ikke minst det at hun faktisk torde å sette seg i båten. (Se figur 2.)

90 prosent svarte at de kunne tenke seg å gjenta aktiviteten. 63 prosent trodde det ville være mulig å gjøre aktiviteten på hjemstedet (figur 2). For eksempel var det en eldre dame med RA som gledestrålende oppdaget at bowling var en aktivitet hun kunne gjøre sammen med barnebarna sine. Et annet eksempel var en ung jente med RA som ikke likte noen former for sport. Hun fant likevel ut at bordtennis var morsomt og kunne være noe for henne.

Personalets erfaringer

Personalets viktigste erfaringer var:

- » Man må våge å utfordre grenser
- » Det skal ofte små og enkle justeringer til for å tilpasse aktiviteter til den enkeltes behov
- » Behov for god planlegging, kjennskap til aktiviteten og kjennskap til pasientene.

Å utfordre grenser

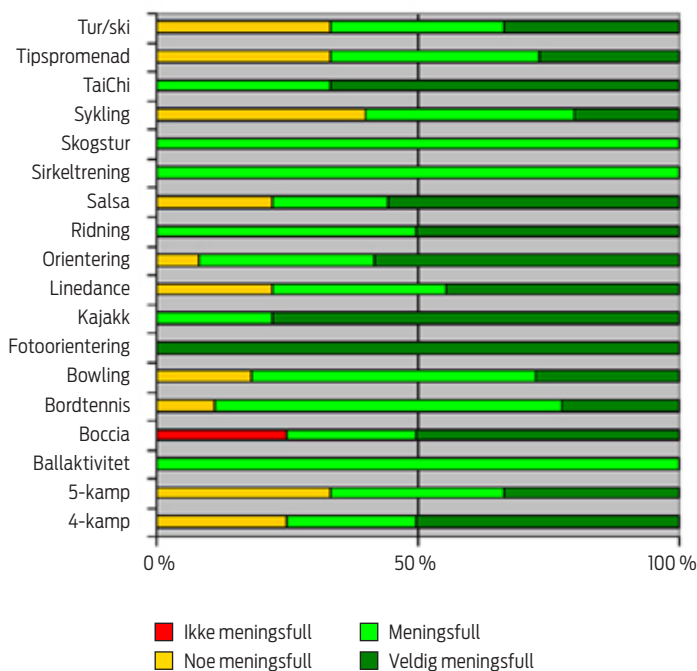
Å våge å utfordre grenser gjelder i like stor grad for personalet som for pasientene. Vi opplevde at vi ble utfordret mer enn en gang av våre egne forestillinger om hva som var pasientenes begrensninger. Både personalet og pasientene ble overrasket over hva som er mulig å få til ved god tilrettelegging og at man tør å prøve.

Det skal ofte små og enkle justeringer til for å tilpasse aktiviteter til den enkeltes behov. Bowling er kanskje ikke den aktiviteten man først tenker på som passende for en person med smertefulle eller deformerte fingre. Men han eller hun kan kanskje delta ved å bruke en av de letteste kulene og holde den i begge hender. Hvis det er for vondt eller tungt, kan man få hjelp til å plassere kula på et stativ, og deretter dytte den av gårde. Stativ er tilgjengelig i bowlinghallen ved henvendelse til personalet. Slike enkle tilpasninger kan gjøre det mulig å delta, men det er viktig at justeringene føles akseptable.

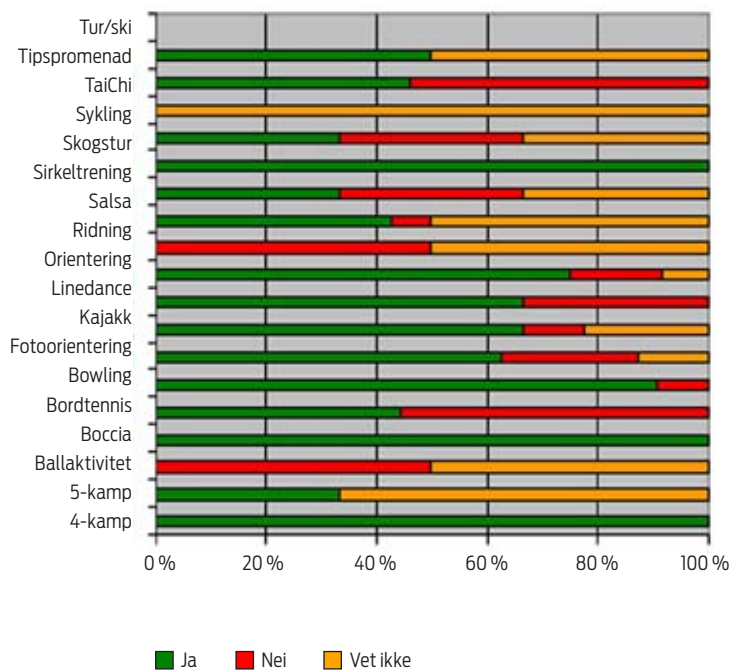
Kjennskap til pasientene

For at aktivitetene skal bli mest mulig vellykket, er det viktig å ha tenkt gjennom hva slags tilpasningsmuligheter man har i forhold til den aktiviteten som skal prøves ut. Dette må ses i sammenheng med pasientenes funksjonsnivå og forutsetter at man har et visst kjennskap til pasientene. Det er viktig å involvere pasientene i

FIGUR 1: Opplevelse av meningsfullhet i de ulike aktivitetene.



FIGUR 2: Hvorvidt er det mulig å gjøre aktiviteten på hjemstedet?



forkant av aktiviteten. Da er pasienten forberedt og kan bidra med innspill om tilrettelegging og komme med eventuelle behov. Det er i planleggingsfasen man diskuterer hvordan det er mulig å overkomme eventuelle psykiske og fysiske barrierer for å delta i aktiviteten. Sykepleieren og de andre faggruppene har sammen med pasienten mulighet til å komme med verdifulle innspill.

Aktivitet gir helse

Som resten av befolkningen, er pasienter med revmatiske sykdommer utsatt for livsstilssykdommer som følge av inaktivitet. Helsedirektoratets generelle anbefalinger for voksne er 30 minutters moderat intensiv aktivitet per dag. Vi vet at dette gir stor helsegevinst (4). Det er ingen grunn til å tro at disse anbefalingene ikke også gjelder personer med revmatisk eller annen kronisk sykdom. Som sykepleier kan jeg initiere samtaler med pasienter om fysisk aktivitet, og det kan være aktuelt å stille spørsmål om på hvilken måte de er fysisk aktive, hvor ofte, hva de liker å gjøre og hva slags erfaringer de har. Tror de fysisk aktivitet er bra for dem med de plagene de har? Er de usikre på hva de kan gjøre? Her kan sykepleierne bidra med kunnskap om sykdom og fysisk aktivitet.

Oppsummering

Erfaringene fra fagutviklingsprosjektet viste oss at begrensninger for fysisk aktivitet kan være av psykisk og fysisk art, og både pasientene og personalet må våge å utfordre egne grenser. Vi fant ut at det er mulig å gjennomføre aktiviteter ved hjelp av god planlegging og tilrettelegging.

Artikkelen er en del av Mai Elin Husebøs fordypningsoppgave i forbindelse med videreutdanning i revmatologisk sykepleie ved Høyskolen i Bergen, kull 2007.1

LITTERATUR

1. Resept for et sunnere Norge. Folkehelsepolitikken. St. melding nr. 16 (2002-2003). Det kongelige helsedepartement; 2002.
2. Sosial og Helsedirektoratet. Sammen for fysisk aktivitet. Handlingsplan for fysisk aktivitet 2005 – 2009. 2005.
3. Sherrill C. Adapted Physical Activity, Recreation and Sport: Crossdisciplinary and Lifespan. 5. utg. WCB/Mc Graw-Hill; 1998.
4. Bedre helse på 1-2-30 [internett]. Helse og omsorgsdepartementet, Arbeids- og inkluderingsdepartementet, Barn og likestillingsdepartementet, Kommunal og regionaldepartementet, Kultur- og kirkedepartementet, Miljøverndepartementet, Samferdseldepartementet og Kunnskapsdepartementet. [hentet 22. september 2008] Tilgjengelig fra: <http://www.1-2-30.no/bedrehelse/helsegevinster/>
5. Klareskog L, Saxne T, Enman Y red. Revmatologi. 1. utg. Studentlitteratur; 2005.
6. M, Hazes JM. Dynamic exercise therapy for rheumatoid arthritis. Cochrane Database Syst Rev 2000; CD000322
7. Ophava CH, Nisell R. Reumatoid artritt. I: Ståhle A, red. Fyss 2008. Yrkesforeninger for fysisk aktivitet; 2008. s.504-514.
8. De Jong Z, Vliet Vlieland TPM. Safety of exercise in patients with rheumatoid arthritis. Curr. Opin. Rheumatol. 2005;17(2):177-82.
9. Ståhle A, red. Fyss 2008. 1. utg. Stockholm: Yrkesforeninger for fysisk aktivitet; 2008.

Aktivitetsløype

Start

UT PÅ TUR: Oppmuntring og tilrettelegging for fysisk aktivitet gir gode mestringsoplevelser for revatismepasienter.

Fortviler over lang ventetid



VIL SPARE SAMFUNNET: Gi revmatikere medisiner så de kan jobbe, sier Svein Dāvøy.

Pasienter med leddsmerter må vente på behandling. Mange får ødelagt ledd mens de står i kø. Det kunne vært unngått.

Tekst **Nina Hernæs**

Revmatikerforbundets leder har mest lyst til å gråte. Svein Dāvøy vet at nye behandlingsmetoder kan bremse sykdomsprosessen og hindre at ledd blir ødelagt.

- Får revmatisk sykdom utvikle seg, skades leddene, sier Dāvøy. For ikke å snakke om enkelte diagnoser, som lupus, der indre organer blir ødelagt.
- Og er skaden skjedd, er den irreversibel.

Liten forståelse

Derfor er han opptatt av tidlig diagnose og behandling. Men han mener det er systemsvikt i helsevesenets prioriteringer.

– Fastlegene henviser for sent til revmatolog. Revmatologene er for få og for restriktive med medisiner og behandling. Sykehusene styrer etter gitte budsjettammer, og myndighetene klarer ikke å se utgiftene til helse og trygd i sammenheng, mener Dāvøy.

– Pasienter med revmatiske sykdommer blir ikke friske, men blir sykdommen hindret i å utvikle seg, kan mange leve tilnærmet normale liv og være i jobb. Det er enorme summer å spare på at vi med revmatiske sykdommer deltar i samfunnet og ikke ender på uføretrygd.

Har vondt

– Både medisiner, fysioterapi og tilrettelegging kan forhindre lidelse og nedsatt funksjonsevne. Men det krever at pasientene kommer raskt til behandling.

Dāvøy, som fikk Bechterev i tjuårsalderen, ventet åtte år på diagnose. Hele tiden hadde han sterke smerter.

Diagnosen på revmatisk sykdom kan være vanskelig å stille. Hos mange pasienter er smerter det dominerende symptomet. Dāvøy

beskriver smertene som alltid å ha tannverk. Han ønsker at fastleger skal bli mer oppmerksomme på smerte og ta den på alvor.

– Smerte er subjektivt og måles ikke. Derfor blir den svært ofte bagatellisert av medisinerne, sier han.

Før var holdningen at behandlingen fikk vente til revmatismen var synlig på røntgen.

– Den tenkningen har vært en katastrofe for pasientene.

Vil samarbeide

Dāvøy peker på at det er rundt 300 000 nordmenn med revmatisme. Å begrense sykdomsutviklingen vil føre til færre sykehusinnleggelser, mindre sykefravær, mindre utgifter til trygd, pleie og omsorg.

Et problem er at de nye biologiske medisinerne er kostbare. Prisen for en pasient kan komme opp i over 100 000 kroner i året. Men Dāvøy har ingen forståelse for at utgiftene er et argument mot behandling.

– Sykehusene er bedrifter og har som mål å holde budsjettet. Når rammene er for små til å behandle alle, flyttes kronikere bakover i køen. Konsekvensen er at mange kommer for sent til behandling, og dermed skyves de ufrivillig over på trygd. Samfunnsøkonomisk er dette forkastelig. På sikt kunne vi spart enorme beløp dersom flere kunne arbeidet. Myndighetene må være blinde som ikke ser det, sier han.

Dāvøys agenda er å bidra til at behandlingstilbudet blir bedre.

– Vi har innledet samarbeid med revmatologer og allmennleger. Vi ønsker å øke kunnskapen om revmatisme, blant annet på medisinstudiet. Og vi vil veldig gjerne ha politikerne i tale. De snakker om å få ned sykefraværet. Gjør de noe for å bedre behandlingen av revmatisme, er det et tiltak som virkelig vil monne.

For få vil videreutdanne seg

Høgskolen i Bergen tilbyr videreutdanning i revmatologisk sykepleie. To kull er uteksaminert. Et nytt kull skulle startet i høst, men få søkere har ført til at studiestart er avlyst.

Utdanningen er på deltid, varer i halvannet år og gir 60 studiepoeng.

– Sykepleierne strever med å få arbeidsgiverne til å betale, erfarer høyskolelektor Kari Miljeteig.

Hun har fagansvaret for videreutdanningen.

– Det har skjedd en endring de siste to-tre årene, og det stiller jeg meg undrende til, sier hun.

– Jeg kan ikke skjønne annet enn at det er behov for mer kompetanse om revmatisme.

Høgskolen i Bergen har ingen konkrete planer, men Miljeteig håper å kunne tilby videreutdanningen igjen.

Frykter for faget

– Pasienter med revmatisme trenger sykepleiere med kompetanse, mener faggruppen. De frykter nedleggelse og sammenslåing.

Tekst **Nina Hernæs**

Mindre behov for sengeplasser har ført til færre rene revmatologiske sengeposter. I stedet slås ulike fagfelt sammen og samles i en felles post. For eksempel kan noen senger på en avdeling øremerkes til revmatologi. Det frykter leder for revmatisesykepleierne, Merethe Beate Norum, vil føre til dårligere sykepleie.

– Å gi god sykepleie til disse pasientene krever kunnskap og erfaring, sier hun.

Hun frykter fagfeltet vil drukne i sammenslåinger.

– For revmatikere er det en utfordring at sykdommen ikke syns. De kan virke mindre syke enn de med slag eller andre synlige sykdommer, og dermed ikke bli prioritert i en hektisk hverdag.

Jobber med det de kan

Norum peker på hvor viktig det er å sette seg inn i hvordan revmatikere har det.

– Vi er redde for at pasientene ikke skal bli forstått, sier hun.

Hun mener det er viktig å bevare og stimulere kompetansen til revmatologiske sykepleiere. Flere av dem er spesialsykepleiere.

– Sykepleierne bør få jobbe med det de er best på, ikke spres på mange ulike sykdommer, sier hun.

– Og pasientene som kommer til spesialisthelsetjenesten bør møte sykepleiere som er gode på sitt fagfelt, poengterer hun.

Utvikler fag

Norum har jobbet 20 år med revmatologi. Nå er hun på sengepost. Det er ikke en ren revmatologisk post, men hun er opptatt av å få til en turnus hvor revmatologiske sykepleiere fortsatt får jobbe med revmatisme.

Rundt 230 sykepleier er medlem av faggruppen. En viktig oppgave er å drive fagutvikling.

– Vi har seminarer, deler ut stipender og holder nettsiden vår oppdatert, forteller Norum.

– Fagfeltet har endret seg og det har også sykepleierrollen. Vi jobber mye mer selvstendig enn før. ■■■

Les om legemidler

På nettet fins en egen side med pasientrettet informasjon om legemidler mot revmatisme.

Norsk Revmatologisk Forening, Norske Sykehusfarmasøytters Forening, Norsk Revmatikerforbund og Norsk Psoriasisforbund står bak.

Les mer på www.legeforeningen.no/id/94693.0

5 på gangen

Tekst **Nina Hernæs**

Hva er utfordringene for revmatologisk sykepleie?



Kim Hellesnes Revold, sykepleier ved revmatologisk poliklinikk, Universitetssykehuset i Nord-Norge:

At vi ikke blir generalister. Det er en fare for at spesialkompetansen hos revmatologiske sykepleiere forsvinner når det ikke lenger er egne sengeposter. Sykepleierkompetansen må inkluderes i poliklinikkene. Det må sykehusene være oppmerksomme på når de utvikler driften fra sengepost til dagbehandling. Også sykepleiere skal ha spesialkompetanse.



Vigdis Utgaard, sykepleier ved revmatologisk poliklinikk, St. Olavs Hospital:

Å være faglig oppdatert. Det forskes mye på revmatisme og utvikles stadig nye medisiner. Mange pasienter følger med på utviklingen og stiller spørsmål. Informasjon er en viktig del av sykepleien og pasientene forventer at vi kan gi råd.



Eldfrid Flataker, avdelingssykepleier ved revmatologisk poliklinikk, Haukeland universitetssykehus:

Å få tid til å følge opp de som starter med nye medisiner og som har behov for veiledning. Det er legene som tar hånd om behandlingen, men vi står for opplæringen når medisinen for eksempel skal settes subkutan. Det medfører også en del forarbeid.

Vi prøver også å ringe dem etterpå for å høre hvordan det går hjemme.



Solfrid Jaatun, avdelingssykepleier, revmatologisk avdeling, Sørlandet sykehus:

Det har skjedd stor utvikling innenfor behandlingen, og det skaper nye problemstillinger. Pasientene har kanskje større forventninger til hva behandlingen kan utrette. De har lett tilgang på informasjon og kan mye mer enn tidligere. Det skaper større forventninger til sykepleierne.



Karen Elise Lindøe, spesialsykepleier, Haugesund Sanitetsforenings Revmatismesykehus:

At faget i større grad går over til å være et poliklinisk fag. Det medfører andre arbeidsoppgaver, måter og jobber på og ikke minst mer ansvar i oppfølging av pasienter.

Les mer om:

- 44 Skal forske om rus og psyke i Buskerud ›
- 46 Ikke forberedt på uventet informasjon ›
- 52 Eldreomsorg for Oslo-samer ›



sykepleien.no

- › Følg temaet «Dette er jobben min» på sykepleien.no



DER UTE GUATEMALA

Guatemala har igjen blitt utsatt for jordras. Sykepleier Mai Britt Darefjeld i Larvik vet hva det innebærer.

Mikrosykepleie i Guatemala

Clinica Noruega

- › Etablert i 2005
- › Godkjent i Guatemala i 2010
- › Basert på frivillig og gratis arbeid

Jordras og flom i Guatemala. Mange drept, mange skadd.

Dette var nyheten den første helgen i september. Hjemme i Larvik kunne sykepleier Mai Britt Darefjeld straks gjøre noe for ofrene på den andre siden av Atlanteren. Fordi hun driver Clinica Noruega – klinikk Norge – bistand på mikronivå. Madrasser, kjøkkenutstyr og mat ble kjøpt inn.

Orkan-ofre

Mai Britt Darefjeld (66) er operasjonssykepleier med erfaring fra akuttmottak og katastrofeoppdrag for Røde Kors. Nå arbeider hun på legevakten

og postoperativ avdeling på Larvik sykehus.

Hun er en av to norske kvinner som driver Clinica Noruega. Den har sitt utspring i en liknende ulykke i 2005.

Da førte orkanen Stan til oversvømmelser og jordras i Guatemala. Darefjeld sto på farten til et Røde Korsoppdrag i Pakistan, som var rammet av jordskjelv.

Men så fikk hun kontakt med keramikeren Hanne Lunder. Hun hadde begynt å samle inn penger til Stanofrene. De store organisasjonene hadde trukket seg ut fra området, og Darefjeld ville bistå folket i det fattige landet.

– Jeg ringte Røde Kors og sa jeg dro til Guatemala isteden. De syntes det var veldig bra.

Dekket av ras

I en fart fikk de samlet inn penger og frivillige. Darefjeld, to sykepleiere til og en foterapeut dro til en landsby som var hardt rammet av jordras.

I en epost til Sykepleien forteller Darefjeld:

«Vi kjøpte en del medisiner, leide en pickup og dro av gårde til Tzanchai ved Atitlansjøen. Alt hadde gått med i



FIKK HJELP: Babyen har kanskje lungebetennelse. Mai Britt Darefjeld og co fikk den lille til sykehus i ambulanse.



raset. Bare toppen av sykehuset og administrasjonsbygget stod igjen. Gribbene satt i trærne, liklukten var sterk og hunder sprang rundt med menneskebein i munnen. Hele landsbyen var erklært som offentlig gravplass. Men den katolske kirken stod der.»

De fikk bruke bakrommet i kirken.

«Rommet var lite og utrolig mørkete. En enslig 25 watts lyspære hang i taket og tre små vinduer høyt på veggen ga lite lys. Men folk her var skitne, fattige og vant med dårlige forhold. Hvis de klarte det, så skulle vi. Vaskingen ble droppet. Vi tegnet det norske flagget på en plakett på utsiden og fant på et navn i full fart. Clinica Noruega var en realitet.»

Husløse

Fire-fem tusen hadde blitt husløse i orkanen. Flere hundre ble begravd av

raset. I løpet av 14 dager behandlet de norske sykepleierne hundrevis av pasienter.

«Mange hadde krisereaksjoner, som hodepine, søvnløshet og magesmerter. De ble også behandlet for øre-, hals- og lungebetennelser, urinveisinfeksjoner, lus, eksem og innvollsmark.

I Guatemala kan alle kjøpe antibiotika på apoteket og det blir brukt altfor mye. Vi regulerte bruken. Vi førte loggbok og vaktet nøye på om det var diaré i området.»

Mayaindianere

Clinica Noruega er i år blitt en godkjent organisasjon i Guatemala, og drives av Lunder og Darefjeld. Målet er å sende frivillige sykepleiere fra Norge to ganger i året. Til nå har det blitt en gang årlig.

Darefjeld har vært i Guatemala sju

ganger, fire av dem på jobb. Sykepleierne jobber gratis tre uker. De betaler reise og opphold selv, mens klinikken dekker utgiftene til medisiner, transport og sjåfør.

For tiden holder Clinica Noruega til på to steder. Klinikken i Aguacatan er ambulerende.

– Vi kjører til avsidesliggende lands-

SPONSER UTDANNING: Hanne Lunder (t.v.) og Mai Britt Darefjeld har sørget for at Juana kan utdanne seg til sykepleier. Som en av få mayaindianere kan hun spansk.

«Gribbene satt i trærne, liklukten var sterk.»

Sykepleier Mai Britt Darefjeld

byer på dårlige veier. Fattigdommen er stor og folk har ikke tilgang på helse-tjenester. Kontaktene våre legger opp turen for oss på forhånd, slik at alle i landsbyene vet når vi kommer. Finner vi ikke et ledig lokale, har vi legekonn-





SELVGÅENDE: Nye briller – fra Norge. Clinica Noruegas prosjekter er korte. Målet er at de lokale hjelperne kan drive videre selv.

toret bak på pickupen, forteller hun. Den andre klinikken er i landsbyen Chajul høyt oppe i fjellene mot grensen til Mexico.

– Den ressurssterke mayaindianeren Ana driver klinikken i et trangt rom i sin egen kjeller. Der deler hun ut vitaminer og lusemiddel.

Anas svigerdatter går nå på sykepleierskole i hovedstaden, sponset av leger og sykepleiere i Norge. Meningen er at hun skal overta klinikken på hjemstedet sitt.

– Det er spesielt vanskelig for indianere å skaffe seg utdanning. De fleste snakker ikke spansk. Det gjør «vår» student. Vi håper å hjelpe flere.

Jobber gratis

Clinica Noruega baserer seg på frivillig innsats og innsamlede midler.

– *Hvorfor ikke satse på å jobbe i en stor organisasjon som kan lønne folk for innsatsen?*

– Jeg føler meg som en brikke i et stort spill når jeg reiser med en stor organisasjon. De har så mange flinke å ta av, men det er så få som kan gjøre det jeg gjør, sier Darefjeld og føyer til at eventyrlyst også er et motiv.

Hun viser til katastrofen som for tiden herjer i landet. De mange jordskredene skyldes blant annet at skogen

hogges ned til fordel for maisdyrking.

– Det skyldes mangel på kunnskap. Vi vet at regnet fortsetter og hvilke helseplager som følger. Vi har raskt kunnet skaffe utstyr og mat, fordi min kollega oppholder seg der nå.

Når de ser at de lokale hjelperne blir selvgående, trekker de seg ut.

– Det er slik vi jobber: Kort tid i en akutt fase med prosjekter som kan bli varig.

Individuelt ansvar

Idealisme er drivkraften. De frivillige tar ansvar for seg selv når de drar.

– De er våre kontrollører. Vi ber dem være kritiske til arbeidet. Og vi ser akkurat hva pengene brukes til. Vi har ingen administrasjonsutgifter.

Darefjeld understreker at sykepleierne må følge norske retningslinjer om hygiene og etikk.

– Vi har et stort nettverk i Guatemala og har aldri opplevd noe uhell. Vi er bare i utkantstrøk der det bor lutfattige mayaindianere.

Selv skal hun av gårde igjen i januar og jobbe i tre uker. 66-åringen fortsetter dessuten å ta oppdrag for Røde Kors, som kan kalle henne inn med 72 timers varsel. ■■■

Tekst Marit Fonn Foto Privat

Tidsskriftet Sykepleien har ca. 92 000 abonnenter og henvender seg til landets sykepleiere. Bladet utgis av Norsk Sykepleierforbund, og redaksjonen holder til i sentrum av Oslo. Bladet blir redigert etter redaktørplakaten. Januar 2011 skal vi lansere fire nye spesialtidsskrifter.

Sykepleien

DESKJOURNALIST (prosjektstilling)

Norsk Sykepleierforbund (NSF) og tidsskriftet Sykepleien har initiert et ambisiøst pilotprosjekt med sikte på å utgi fire spesialtidsskrifter, i samarbeid med aktuelle faggrupper i NSF. Hvert av spesialtidsskriftene skal utgis fire ganger i året. Det første kommer i januar.

Vi søker nå en deskjournalist som kan koordinere arbeidet med utgivelsene og fungere som bindeledd mellom redaktører, forfattere og andre bidragsytere. Vedkommende skal følge opp løpende produksjon, in house layout, trykking og distribusjon.

Vi søker etter en ryddig, utadvendt, rask og språk-sikker deskjournalist med gode samarbeidsevner og interesse for helsefaglige spørsmål.

Kvalifikasjonskrav

Søkeren bør ha journalistutdanning eller tilsvarende, og helst ha erfaring med tidsskrift/magasinsproduksjon. Det er en fordel om søkeren i tillegg har helsefaglig eller annen høyere utdanning. Videre må vedkommende ha gode rutiner og evne til å kommunisere, både innad i redaksjonen og med fagmiljøene.

Deskjournalisten vil rapportere til Sykepleiens ansvarlige redaktør og arbeide i Sykepleiens redaksjonsmiljø.

Stillingen er et engasjement til prosjektet skal evalueres høsten 2011 med tanke på faste utgivelser.

Vi kan tilby

- ▶ Et ambisiøst arbeidsmiljø
- ▶ Lønn etter avtale
- ▶ Tariffavtale
- ▶ Pensjonsordninger i KLP
- ▶ Reise- og ulykkesforsikring
- ▶ Fleksibel arbeidstid

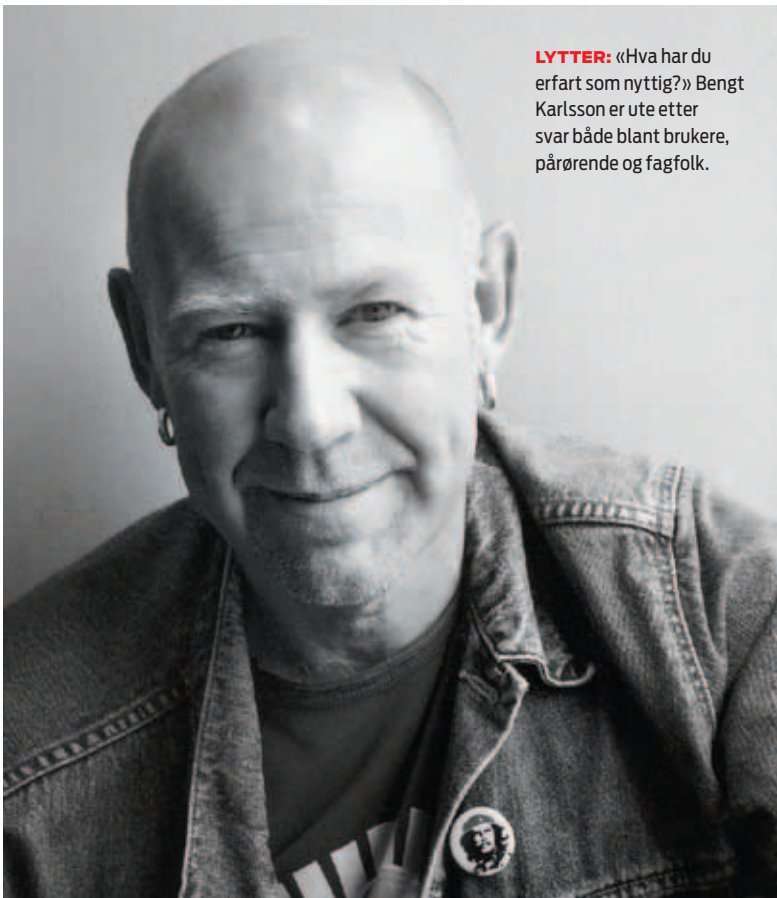
Spørsmål kan rettes til ansvarlig redaktør Barth Tholens, tlf 22043350 / 408 52 179
Søknad sendes innen 10. oktober til:
barth.tholens@sykepleien.no
merket «Søknad»

Uten parfyme. Uten farve. Uten
smak. Uten konserveringsmidler.
Uten tørre lepper.



Det blir forskning nedenfra, lover Bengt Karlsson. Han leder det nye instituttet for forskning innen psykisk helse og rus.

Skal forske om rus og psyke



LYTTER: «Hva har du erfart som nyttig?» Bengt Karlsson er ute etter svar både blant brukere, pårørende og fagfolk.

Tverrfaglig

12 personer med ulik fagbakgrunn skal sørge for ny forskning.

- Bruker- og pårørendeperspektivet blir særlig viktig, sier Karlsson.
- Har du et eksempel?
- Tja. Hva skal til for å lage et godt

Videreutdanner

I samarbeid med erfaringskompetanse.no driver instituttet en videreutdanning i samarbeidsbasert forskning. 15 studenter, som enten er brukere, pårørende eller fagfolk, er i gang.

«Vi ønsker å løfte fram brukernes, pårørendes og fagfolks erfaringer.»

rusakutt tilbud? Hva synes brukerne det skal være? Det kan være de tenker annerledes enn de som skal jobbe der.

Han vil ha mer oppmerksomhet om hva brukerne trenger for å mestre, enn om sykdom og hindringer.

Ser det nedenfra

– Vi ønsker å løfte fram brukernes, pårørendes og fagfolks erfaringer om hvordan det er å samarbeide om psykisk helse og rus. Vi er opptatt av å se det nedenfra.

Karlsson vil beskrive og systematisere erfaringsbasert kunnskap.

– Vi er ute etter hva folk har erfart som nyttig og godt.

Det betyr at Karlsson og staben er mindre opptatt av store systematiserte undersøkelser og nasjonale retningslinjer regissert ovenfra.

– Noen har dobbeltkompetanse. Det kan være brukere med akademisk kunnskap, eller fagfolk med egne brukererfaringer, forteller Karlsson.

Ta kontakt!

De vil begynne i det små.

– Instituttet vil gjerne ha kontakt med folk som er i gang med eller har ideer til prosjekter.

– I hele landet?

– Absolutt! Geografi er ingen hindring.

Karlsson tror at dette instituttet er det første i sitt slag i landet.

– Innen høyskolesystemet fins det ingen tilsvarende, så vidt jeg vet, sier professoren. ■■■

Tekst og foto Marit Fonn

Det er avdeling for helsefag på Høgskolen i Buskerud som i høst har fått et nytt institutt.

– Vi satser på erfaringsbasert forskning, sier Bengt Karlsson, som skal lede nyskapningen.

Han er sykepleier og professor i psykisk helsearbeid.

La behovet styre valget



Kompetanse

Kjell Runar er sykepleier. Han jobber hos oss og hjelper deg til bedre behandling av dine pasienter.

Han er en av mange i Norengros med høy kompetanse på medisinske forbruksvarer og utstyr – test oss!

Nyhet!

Som eneste leverandør i Norge lanserer Norengros Microlife WatchBP digitale blodtrykksmålere for det profesjonelle markedet.

Microlife er en av verdens ledende produsent innen utvikling og produksjon av medisinsk diagnostisk utstyr til hjemmet, overvåking og institusjonell bruk. Digitale blodtrykksmålere, digitale termometre og forstøvere er Microlifes kjernevirksomhet. Microlifes blodtrykksmålere er klinisk validert og garanterer den høyeste grad av sikkerhet. De er robuste og enkle å bruke. Microlifes teknologi gir deg nøyaktige og pålitelige målinger.

microlife



Bedre ultralydteknologi gir detaljert informasjon om fosteret.

Ikke forberedt på uventet informasjon



FORSKER: Eva Sommerseth har avdekket at foreldre er svært uforberedt når det viser seg å være noe galt med fosteret. Sommerseth er høyskolelektor og leder Jordmorforbundet i NSF. Foto: Erik M. Sundt

Den 14. september forsvarte Eva Sommerseth sin doktorgradsavhandling om ultralydscreening: «Uventet diagnostisk informasjon etter ultralyd i et ønsket svangerskap». Sommerseth er ellers høyskolelektor og leder Jordmorforbundet.

Sommerseth har intervjuet 22 kvinner fra hele landet med ulike alder og bakgrunn, som alle har mottatt uventet diagnostisk informasjon med mistanke om at noe er galt med fosteret.

Mistanke om utviklingsavvik og kromosomanomalier er i stadig større grad blitt et sentralt tema ved den ordinære ultralydundersøkelsen.

– Teknologien har utviklet seg fort, men kvinnene er ikke blitt bedre for-

ler andre i samfunnet generelt, sier Sommerseth.

I avhandlingen understreker hun at kvinnene i undersøkelsen selv oppfattet temaet som tabubelagt, fordi det kan oppfattes som å «sortere» bort et uønskede barn. Sommerseth er oppatt av å beskrive den eksistensielle sårbarheten som kvinnene gir uttrykk for i en situasjon hvor de mottar uventet diagnostisk informasjon.

Bør bruke samme rutiner

Eva Sommerseth konkluderer med at kvinnene hun har intervjuet ikke på forhånd var tilstrekkelig kjent med konsekvensene av å gå igjennom den rutinemessige ultralydkontrollen i den 18. uken av svangerskapet.

ikke de kvinnene som valgte å avbryte svangerskapet å bli behandlet som en abortsøkende kvinne, men som en kvinne som ble nødt til å foreta et svangerskapsavbrudd i et ønsket svangerskap, sier Sommerseth.

Kvinnene forteller at de ble plassert i gruppen «abortsøkende kvinner», og at det har et negativt stempel, mens de selv føler at de ikke tilhører den gruppen.

– Dilemmaet for kvinnene som i 18. uke av svangerskapet mottar uventet informasjon som kan tyde på at noe er galt med fosteret, er at de kommer i en tidsklemme. De må gjøre et eksistensielt verdivalg under tidspress i en akutt krise, sier Sommerseth.

– De følte seg også krenket når de må møte i en abortnemnd og begjære svangerskapsavbrudd og begrunne sitt valg, som de har tatt i samråd med fagfolk i en diagnoseprosess.

Kunstig skille

Lov om bioteknologi skiller mellom tilbud og fosterdiagnostikk og tilbud om rutinemessig ultralyd.

– Det er et politisk skapt skille som er umulig å håndheve i den kliniske hverdagen, sier Sommerseth.

«Det henger sammen med at apparaturen stadig blir bedre og gir muligheter for ytterst detaljerte undersøkelser når fosterets anatomi skal gjennomgås,» skriver hun i avhandlingen.

Studien hennes har blitt behandlet flere ganger i regional etisk komité.

«Men informantene i denne studien var klare på at den viktigste grunnen til at de valgte å delta, var for å bidra med sine erfaringer til kvinner i lignende situasjoner,» skriver Eva Sommerseth i avhandlingen.

«De følte seg krenket når de må møte i en abortnemnd og begjære svangerskapsavbrudd og begrunne sitt valg.»

beredt på å motta den nye informasjonen.

Vanskelige etiske valg

For mange kan informasjonen være tung å bære, og de etiske problemstillingene de må ta stilling til er ofte svært vanskelige. En av kvinnene Sommerseth har intervjuet, valgte for eksempel å avslutte svangerskapet for én av sine tvillinger, som hadde fått påvist Downs syndrom.

– Mange forteller om en enorm skjult sorg, fordi det er mange tabuer knyttet til å avslutte et svangerskap. Det kan føles vanskelig eller umulig å snakke om til foreldre, venner el-

«De viser på ulike måter hvordan dette kommer til uttrykk som kaos i egne følelser, og føler seg «fanget» av situasjonen. Flere kvinner beskriver hvordan de setter svangerskapet på vent, og pendler mellom håp og resignasjon, en erfaring med en vedvarende gjennomgripende kroppslig eksistensiell smerte,» skriver hun i avhandlingen.

Manglende kompetanse

– I mange tilfeller var ikke kompetansen på plass i helsevesenet. Det er ikke alle jeg intervjuet som har fått møte noen med jordmorkompetanse. I en eksistensiell sårbar situasjon ønsket



ALT OK: Tara og Jan Anthun gleder seg over at alt er bra med gutten i magen.

Første møte med barnet

For de aller fleste er 18-ukerskontrollen med ultralyd et gledelig første møte med barnet. Tara Anthun (42) fra Oslo var aldri i tvil om å takke ja til ultralydkontroll.

Tara Anthun sitter på en stol i korridoren i tredje etasje i føde- og ultralydpoliklinikken på Oslo universitetssykehus (OUS), Rikshospitalet. Hun venter på å bli ropt inn til jordmor Ellen Cecilie Egeland. Rundt henne venter flere kvinner med store mager. For mange av dem er fødselen nærmere forestående enn for Tara, som er her til rutinemessig ultralydkontroll.

Snart skal hun få se den lille babyen som ennå vokser inni henne. Hun venter også på pappaen, Jan Anthun, som skulle vært her, men ennå ikke har vist seg.

– Det skal han få betale for! sier Tara, og ler.

– *Var du i tvil om du ville ta ultralydkontrollen?*

– Nei. Det er noe jeg synes er veldig viktig. Jeg ser på det som et møte med den babyen jeg skal få. Å kunne få se babyen er viktig for meg.

– *Hvilke følelser har du før du skal inn til kontrollen?*

– Jeg har mange blandede følelser. Jeg gleder meg og er både utålmodig og spent.

Døren inn til jordmor Ellen Cecilie Egeland åpner seg, og Tara går inn i rommet. Mørke gardiner er trukket for slik at bildet på pc-skjermen skal være lettere å se. Hun er alene med jordmor når bildet av barnet hennes flimrer over skjermen. Sykepleien får komme inn

etter at det er slått fast at alt står bra til.

Ikke forberedt

Det er ikke alltid det første møtet med barnet blir like lykkelig.

– Noen er redde når de kommer hit, men mange har nok ikke helt tenkt

«Jeg har mange blandede følelser.» Tara Anthun, gravid

igjennom at det kan være noe som ikke er som det skal. Noen ganger undrer jeg meg over at en del ikke ser ut til å ha tenkt over at noe kan gå galt. Det





MODERNE: Ultralydundersøkelsen har utviklet seg til å kunne avdekke mye mer om fosteret enn før.

er også et spørsmål om det er riktig å opplyse om absolutt alt som kan gå galt, sier jordmor Ellen Cecilie Egeland (54).

Normalt har hun inne rundt ni kvinner til ultralydkontroll i løpet av en vanlig arbeidsdag.

Midt på den struttende magen til Tara Anthun glinser det i den oppvarmede geleen, som jordmoren fører skanneren frem og tilbake over. Jordmor Egeland ser samtidig på en skjerm foran seg. Tara Anthun kan se opp på en større flatskjerm fra der hun ligger. Konturene av et lite menneske er synlig på skjermen. Den lille er i bevegelse, vi kan se en liten munn som stadig åpner og lukker seg, og et lite hjerte som slår fort. Jordmor forteller at nå ligger barnet og gulper i seg fostervann.

«Noen ganger undrer jeg meg over at en del ikke ser ut til å ha tenkt over at noe kan gå galt.»

Ellen Cecilie Egeland, jordmor

– Nå må jeg hjem å pakke bort babyklærne etter datteren min. Jeg må forberede meg på å stille en liten gutt som kommer til å tisse rett i ansiktet mitt når han ligger på stellebordet! sier Tara og ler.

Far kommer

Inn i det halvmørke rommet kommer en andpusten far, Jan Anthun, som er blitt forsinket av trafikken. Tara ler og peker mot skjermen hvor to ben er i bevegelse. Den vordende pappaen stirrer på de hvite konturene som beveger seg på skjermen.

– Og det tredje benet er ikke der? sier han spørende, for å avklare med en gang om barnet er en gutt eller jente. Så får han likevel vite det. Han og Tara skal snart bli foreldre til en liten gutt og de vet nå også at hun er atten uker og fem dager på vei i svangerskapet. Men viktigst av alt: Alt ser helt fint ut med den lille.

Bruker tid

– Jeg synes jeg har god nok tid til å snakke med de gravide. Det er viktig, fordi dette for de fleste er deres første kontroll på sykehuset hvor de senere skal føde. Mange som kommer hit har ikke vært til svangerskapskontroll tidligere. Vi bruker gjerne tid på å finne ut

om det er noe spesielt vi bør tenke på i forbindelse med fødselen, sier Ellen Cecilie Egeland.

Hun krysser heldigvis i de aller fleste tilfellene av «ikke påvist patologi» på alt det som skal sjekkes ifølge skjemaet for ultralyddiagnostikk: kranium, hjerne og ventrikler, halsregion, hjerte, nyrer, urinblære, kropp, ekstremiteter og fostervann. Hun fastsetter også termin etter hodemålet til fosteret, ved å beregne gjennomsnittet av tre målinger. Hun måler også lengden på lårbeinet, og ser etter at det er tre blodårer på plass i navlestrengen.

Rivende utvikling

Ellen Cecilie Egeland ble ferdig utdannet jordmor i 1992.

– Det har skjedd mye siden da. Ultralydapparatene er blitt mye bedre, og vi ser mye mer enn før. Både apparatene og erfaringene med bruk av ultralyd er blitt bedre, sier hun.

Når det skjer at ultralydkontrollen viser noe som kan gi mistanke om at noe ikke er som det skal, har jordmødrene her på føde- og ultralydklinikken på OUS Rikshospitalet mulighet til assistanse fra ultralydleger som arbeider like ved dem. ■■■

Tekst **Sidsel Valum** Foto **Erik M. Sundt**



Med Esso MasterCard får medlemmer:

- ▶▶ 40 øre i rabatt pr liter bensin og diesel på pumpepris
- ▶▶ 20% rabatt på bilvask
- ▶▶ Ingen årsavgift eller gebyr på kjøp
- ▶▶ Valgfri PIN-kode



Send en SMS med **SYKEPLEIERNE** og din **E-POSTADRESSE** til **2290** (eks: **SYKEPLEIERNE min@epost.no**), så sender vi deg et søknadsskjema.

Sjekk ut mer info under medlemsfordeler på www.sykepleierforbundet.no

Eff. rente 10,000-25,8%/20,000-24,3%/30,000-23,8%.



Elin Aanrudhaugen Rambech

Alder: 45 år

Yrke: Sykepleier

Jobber: Dagenheten på hudavdelingen, St. Olavs Hospital

Med nennsom hånd

Å vise fram syk hud er sårbart.

Når vinteren kommer, kan det bli travelt. Mange med eksem og psoriasis har det bedre om sommeren. I løpet av en vinterdag kan vi ha opptil 90 pasienter innom til lysbehandling.

Dagene er uforutsigbare, og det liker jeg. Jeg steller sår, bader og smører, observerer, underviser, veileder, gir infusjoner og injeksjoner. Mange oppgaver er selvstendige, men jeg assisterer også legene, for eksempel ved biopsitaking eller laserbehandling.

To ganger i året tar vi inn barn som skal behandle fødselsmerker i narkose. Da samarbeider vi med anestesien og flytter laserutstyret over i operasjonsavdelingen.

Vanligst er leggsår, eksem og psoriasis. Men jeg ser også pasienter med ekstrem svetteproblematikk og forskjellige blemmesykdommer der huden kan løsne i store flak.

Hudsykdommer er veldig synlige. Det er ikke ofte man ser mennesker med syk hud på stranden. Mange isolerer seg. Mye av jobben handler om å hjelpe dem til å leve så normalt som mulig. Det kan være alt fra å lære dem å sette injeksjoner til å lytte, støtte og formidle kontakt med andre som kan hjelpe.

Mye tid går med til lysbehandling. Mange av pasientene kommer to-tre ganger i uken, så vi blir godt kjent.

Jeg kommer veldig nær pasienten. Mange må smøres fra topp til tå. Ikke alle synes det er like greit å kle av seg. Det er sårbart å vise fram syk hud. Noen vil først ta av seg på beina, bli smurt, kle på seg og så ta av seg et annet sted på kroppen. Da gjør jeg som de ønsker. Andre synes det er helt greit å ta av alt med en gang.

Å behandle for eksempel en psoriasis som er ute av kontroll, er tidkrevende. Også da er målet at pasientene skal henge mest mulig med i det normale livet med skole og jobb. Derfor har vi for eksempel langåpent på lysbehandlingen to kvelder i uken. Det er populært.

At jeg begynte å jobbe med hud, var tilfeldig. Men jeg har aldri angret. Pasienter sier de merker at vi trives på jobb.

Jeg liker godt å gi Remicade. Det er en biologisk behandling vi gir som infusjon over en time. Stort sett er det psoriasispatienter som får det, vanligvis en gang hver åttende uke. Legen klarer dem for behandling, så blander jeg medikamentet, stiller inn pumpen og observerer pasienten under infusjonen og en time etterpå. «Nå var det greit å komme», sier mange når jeg tar imot dem. De ser at utslettet er på vei tilbake. Kort tid etter behandlingen kan utslettet være på vei bort. Livskvaliteten er bedret for mange av dem. Flere kan være i jobb. Å hjelpe disse pasientene er en taknemlig oppgave. ■■■

Fortalt til Nina Hernæs Foto Lena Knutli





PROTEST: 7. september var dagen for en storslått protestmarsj i Paris mot den franske regjeringens velferdspolitik. Denne dagen skulle den nye pensjonsreformen behandles i parlamentet, og Frankrikes fagorganisasjon oppfordret til generalstreik. Opp mot 2,5 millioner mennesker skal ha deltatt i protestmarsjen. Det er særlig

president Nicolas Sarkozy's planer om å sette opp pensjonsalderen i Frankrike fra 60 til 62 år fra 2018 som møter massiv motstand hos franskmennene.

Bildet er fra anestesisykepleierne sin seksjon i protestmarsjen. Disse anestesisykepleierne er utdannet ved IADE - École

d'Infirmiers Anesthésistes. De har også tidligere i år aksjonert for å få høyere lønn og med det anerkjennelse for sin spesialkunnskap og sitt tunge ansvar. Det er rundt 4000 offentlig godkjente anestesisykepleiere i Frankrike. De har fem års utdanning.

Tekst **Ellen Morland** Foto: **EPA/IAN LANGSDON**

Samisk pensjonistforening i Oslo og omegn har talt: De ønsker seg en alderdom hvor det skal være mulig å snakke samisk og bli forstått.

Eldreomsorg for samiske «søring»

En håndfull samiske pensjonister har samlet seg på samisk hus i Akersgata i Oslo. De er alle født og oppvokst i samiske miljø, men har tilbrakt voksenlivet i Oslo og omegn. Akkurat den skjebnen deler de med mange samer i Norge. Det sies at Oslo er den kommunen med flest samiske innbyggere, men det finnes

sken da hun fikk Parkinson i Tana.
– Moren min sluttet å snakke norsk da hun kom på sykehjem og ble dermed oppfattet som vanskelig, forteller Ingrid Jåma.

Hun er sørsame og har også jobbet som sykepleier i Oslo-området. Hun angret i dag for at hun ikke presset mer på for at moren skulle bli møtt

til, også for å overvåke og ha kontakt med sykehjemsetaten i Oslo. De pleier i tillegg kontakt med en representant for Ap i Helse- og sosialkomiteen.

– Hva går rådene deres ut på?

– Vi ønsker for eksempel at det på sykehjem fokuseres på noe kjent fra den samiske kulturen. Det kan være bilder, musikk, mat eller samisk brukskunst. At personalet lærer seg noen enkle fraser på samisk er også en fordel. Det har med det psykologiske å gjøre. Det er oppmuntrende å høre noe kjent, sier Grossmann.

– Hvordan skal man få gjort dette i praksis?

– En måte er å ta ut et sykehjem eller en avdeling i Oslo-området som blir spesialtilpasset for samiske beboere. En annen måte kunne være å hente inn kunnskapen man trenger når man får vite at man får inn en samisk beboer.

Offentlig ansvar

– Hvor skal denne kunnskapen hentes?

– Det bør være en offentlig oppgave å samle all informasjonen til bruk både for sykehjem og hjemmesykepleien. Undervisningssykehjemmet i Karasjok har gjort en god del arbeid. De har blant annet laget et frasehefte som er et hjelpemiddel med enkle setninger man kan bruke på institusjoner hvor det er mye rutiner, sier Grossmann.

I Karasjok har de også laget en kokebok for institusjonsbruk med

«Selv om personalet vet at en pasient er samisk er det ikke vanlig å tilkalle tolk. Det burde det være.» Ester Grossmann

ingen sikre tall som viser dette.

De tenker på fremtiden mens de spiser kringle og drikker kaffe. Hvordan skal det gå hvis de blir pleietrengende og havner på et sted uten samiske kulturelle referanser og uten noen ansatte som skjønner det samiske språket?

Beholder morsmålet

– Vi kjenner flere eksempler på at eldre tospråklige mister andrespråket sitt og beholder morsmålet sitt, sier Ester Grossmann.

Hun er psykiatrisk sykepleier og leder av samisk pensjonistgruppe for Oslo og omegn.

Det er ikke bare ved demens dette skjer. Fetteren til Grossmann kuttet ut norsken da han fikk slag i Porsgrunn, og moren hennes kuttet nor-

av samisktalende personale, men ønsket ikke som pårørende å være klagende.

– Selv om personalet vet at en pasient er samisk er det ikke vanlig å tilkalle tolk. Det burde det være, sier Grossmann.

Konkrete råd

Pensjonistgruppen kom sammen for første gang for ett og et halvt år siden, for å tenke høyt rundt hvordan de ønsket sin egen alderdom. Svarene de kom fram til, skulle brukes i et europeisk prosjekt kalt «Ca-me». Det gikk ut på å fremme kulturell sensitivitet i eldreomsorgen, og var rettet mot kjøkken- og helsepersonell, i regi av Gunnhild Aakervik fra Mangfold i Arbeidslivet. Nå er de cirka 15 stykker som møtes av og



samiske oppskrifter, utgitt på forlaget Davvi Girji, med tittelen «Fra kyst til vidde».

Birgit Persen fra Porsanger har bodd så lenge sørpå nå at hun må anstrenge seg for å snakke samisk. Hun kan huske at noen kalte en kvinne

på et sykehjem som ikke ville snakket norsk, for vrang.

– Jeg vil ikke si at vi diskrimineres, men det er en slags uvitenhet om det samiske. Vi blir ofte sammenlignet med pakistanere. Jeg sier «jeg er ikke innvandrер!». Som same må

man hele tiden dokumentere hvem man er i det landet man er født, sier hun.

– Ja, det er slitsomt, istemmer Grossmann og Jåma.

Tekst **Eivor Hofstad** Foto **Erik M Sundt**

SAMISKE «SØRINGER»: Her er en håndfull av medlemmene av samisk pensjonistgruppe i Oslo og omegn. Fra venstre: Birgit Persen, Sonja Steffensen, Ester Grossmann, Kristian Fors og Ingrid Jåma.

NSF har skrinlagt kompetansenettverk

Det blir ikke noe kompetansenettverk for faglig støtte til sykepleiere som har samiske pasienter. Pengene mangler.

I Sykepleien nummer 5 i 2008 skrev vi om storstilte planer for sykepleiere som har samiske pasienter. De skulle få muligheten til å hente ut informasjon som en person i 60 prosent stilling skulle organisere. Tilgjengelig forskning

og kompetanse skulle samles og synliggjøres blant annet gjennom en nettside og en årlig konferanse. Det var søkt om 1,4 millioner kroner fra Sametinget over en treårs periode, i tillegg til midler fra Helse Finnmark.

Det kom bare 300 000 kroner fra Sametinget.

– I tillegg har vi brukt cirka 100 000 kroner fra NSF til planlegging og det kommer mer på neste års budsjett, sier fylkesleder for NSF Finnmark, Trond E. Olaussen.

Han forteller at planen nå er å lage en konferanse høsten 2011 som skal ta for seg minoritetsproblematikk innenfor helse, tilpasset helsepersonell.

Konferansen skal arrangeres av NSF i samarbeid med kommuner i samiske kjerneområder, samisk kompetansesenter og Nakmi (Nasjonalt kompetansesenter for minoritetshelse).

– Det er litt synd at vi ikke fikk det til i den opprinnelige formen som var tenkt, men det har altså med finansieringen å gjøre, sier Olaussen. ■■■

Tekst **Eivor Hofstad**

INJEKSJONSVÆSKE, oppløsning 25 mg og 50 mg: Hver ferdigfylt penn/sprøyte inneh.: Etanercept 25 mg, resp. 50 mg, sakkarose, natriumklorid, L-argininhydroklorid, natriumdihydrogenfosfatdihydrat, dinatriumhydrogenfosfatdihydrat, vann til injeksjonsvæsker. **PULVER OG VÆSKE TIL INJEKSJONSVÆSKE**, oppløsning 25 mg: Hvert sett inneh.: I) Hetteglass: Etanercept 25 mg, mannitol (E 421), sakkarose, trometamol. II) Ferdigfylt sprøyte: Vann til injeksjonsvæsker. **PULVER OG VÆSKE TIL INJEKSJONSVÆSKE**, oppløsning 25 mg/ml til barn: Hvert sett inneh.: I) Hetteglass: Etanercept 25 mg, sakkarose, trometamol. II) Ferdigfylt sprøyte: Vann til injeksjonsvæsker, benzyalkohol. **Indikasjoner:** 25 mg: Behandling av aktiv polyartikulær juvenil idiopatisk artritt hos barn og ungdom 4-17 år som har en inadekvat respons på eller er intolerante for metotreksat. Preparatet er ikke undersøkt hos barn <4 år. Behandling av aktiv og progressiv psoriasisartritt hos voksne når respons på tidligere sykdomsmodifiserende antirevmatisk behandling ikke har vært tilstrekkelig. Behandling av voksne med alvorlig aktiv Bekhterevs sykdom (ankyloserende spondylitt) som ikke har respondert på konvensjonell terapi. 25 mg og 50 mg: Etanercept i kombinasjon med metotreksat er indisert for behandling av moderat til alvorlig, aktiv revmatoid artritt hos voksne når responsen på sykdomsmodifiserende antirevmatiske legemidler, inkl. metotreksat (hvis ikke kontraindisert), har vært inadekvat. Etanercept kan gis som monoterapi ved metotreksatintoleranse eller når fortsatt behandling med metotreksat er uhensiktsmessig. Etanercept er også indisert for behandling av alvorlig, aktiv og progredierende revmatoid artritt hos voksne som ikke tidligere er behandlet med metotreksat. Etanercept gitt alene eller i kombinasjon med metotreksat er vist å redusere progresjonshastighet av leddskade målt ved røntgen og bedrer fysisk funksjon. Behandling av voksne med moderat til alvorlig plakkpsoriasis, som ikke har respondert på eller er intolerante overfor annen systemisk behandling, inkl. ciklosporin, metotreksat eller PUVA, eller hvor slik behandling er kontraindisert. Behandling av kronisk alvorlig plakkpsoriasis hos barn ≥8 år og ungdom, som er utilstrekkelig kontrollert på eller er intolerante overfor annen systemisk behandling eller lysterapi. **Dosering:** Hvert hetteglass skal rekonstitueres med vann til injeksjonsvæsker 1 ml før bruk. Ferdigfylt sprøyte er til engangsbruk til pasienter som veier >62,5 kg. Hetteglass 25 mg er tilgjengelig for administrering av doser <25 mg. **Voksne:** Revmatoid artritt: Anbefalt dose 25 mg 2 ganger pr. uke som s.c. injeksjon. Alternativt er det vist at 50 mg 1 gang pr. uke er sikkert og effektivt. Plakkpsoriasis: Anbefalt dose 25 mg 2 ganger pr. uke eller 50 mg 1 gang pr. uke. Alternativt kan 50 mg gis 2 ganger pr. uke i opp til 12 uker, om nødvendig etterfulgt av en dose på 25 mg 2 ganger pr. uke eller 50 mg 1 gang pr. uke. Behandling bør fortsette til remisjon oppnås, i opp til 24 uker. Kontinuerlig behandling utover 24 uker kan være nødvendig hos enkelte voksne pasienter. Behandlingen bør seponeres hos pasienter som ikke responderer etter 12 uker. Dosen bør være 25 mg 2 ganger pr. uke eller 50 mg 1 gang pr. uke. Psoriasisartritt og Bekhterevs sykdom (ankyloserende spondylitt): Anbefalt dose 25 mg 2 ganger pr. uke eller 50 mg 1 gang pr. uke. Eldre (≥65 år): Dose tilpasning er ikke nødvendig. Barn ≥4 år og ungdom: Juvenil idiopatisk artritt: 0,4 mg/kg (maks. 25 mg pr. dose), gitt 2 ganger pr. uke som en s.c. injeksjon med 3-4 dagers intervall mellom dosene. Barn ≥8 år og ungdom: Pediatrisk plakkpsoriasis: 0,8 mg/kg (opp til maks. 50 mg pr. dose) 1 gang pr. uke i inntil 24 uker. Behandling bør avsluttes hos pasienter som ikke viser respons etter 12 uker. Hvis gjentatt behandling er indisert, bør ovennevnte retningslinjer mht. behandlingsvarighet og dosering følges. Dosen bør være 0,8 mg/kg (maks. 50 mg pr. dose) 1 gang pr. uke. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for noen av innholdsstoffene. Sepsis eller risiko for utvikling av sepsis. Behandling skal ikke initieres hos pasienter med aktive infeksjoner inkl. kroniske eller lokaliserte infeksjoner. Pulver og væske til injeksjonsvæske 25 mg/ml til barn, må ikke gis til for tidlig fødte barn eller nyfødte, da oppløsningsvæsken inneholder benzyalkohol, som kan forårsake forgiftninger og anafylaktoide reaksjoner hos spedbarn og barn opp til 3 år. **Forsiktighetsregler:** Kanylleheten på den ferdigfylte sprøyten og den ferdigfylte pennen inneholder lateks som kan forårsake hypersensitivitetsreaksjoner ved håndtering eller administrering til personer med kjent eller mulig latekssensitivitet. Pasienter skal utredes for infeksjoner før, under og etter etanerceptbehandling, tatt i betraktning at gjennomsnittlig eliminasjonshalveringstid er ca. 70 timer (7-300 timer). Alvorlige infeksjoner, sepsis, tuberkulose og opportunistiske infeksjoner inkl. invasive soppinfeksjoner er rapportert ved bruk av preparatet. Infeksjonene skyldtes bakterier, mykobakterier, sopp og virus. I enkelte tilfeller er bestemte sopp- og andre opportunistiske infeksjoner ikke blitt gjenkjent. Dette har resultert i forsinket behandling og av og til død. Pasientens risiko for opportunistiske infeksjoner (f.eks. eksponering av endemiske mykoser) bør vurderes ved infeksjonsevalueringen av pasienter. Pasienter som utvikler en ny infeksjon under behandling må overvåkes nøye. Dersom pasienten utvikler en alvorlig infeksjon, bør behandlingen avsluttes. Sikkerhet og effekt er ikke undersøkt hos pasienter med kroniske infeksjoner. Forsiktighet bør utvises ved tidligere gjentatte eller kroniske infeksjoner eller underliggende tilstander som kan disponere for infeksjoner, f.eks. fremskreden eller dårlig kontrollert diabetes. Tilfeller av aktiv tuberkulose, inkl. milieutuberkulose og tuberkulose med ekstrapulmonal lokalisering er rapportert. Før oppstart med etanercept skal alle pasienter utredes for både aktiv og inaktiv (latent) tuberkulose. Utredningen skal inkl. en detaljert anamnese med tidligere tuberkulose, mulig tidligere kontakt med tuberkulose og tidligere og/eller nåværende immunsuppressiv behandling. Passende «screening»-tester, f.eks. tuberkulintest og røntgenbilde av brystet, bør utføres på alle pasienter (lokale retningslinjer kan forekomme). Vær oppmerksom på risikoen for falske negative resultater av tuberkulintest, spesielt hos alvorlig syke eller immunsupprimerte pasienter. Dersom aktiv tuberkulose diagnostiseres, skal behandlingen med etanercept ikke igangsettes. Dersom latent tuberkulose diagnostiseres må behandling for latent tuberkulose startes i overensstemmelse med lokale retningslinjer, for oppstart med etanercept. I denne situasjonen skal nytte-risikoforholdet ved etanerceptbehandling vurderes nøye. Alle pasienter skal oppfordres til å søke råd fra lege dersom tegn/symptomer på tuberkulose oppstår (f.eks. vedvarende hoste, svinn/vekttap, svak feber) under eller etter etanerceptbehandling. Reaktivering av hepatitt B-virus (HBV) er sett hos kroniske bærere av viruset. Pasienter med risiko for HBV-infeksjon skal undersøkes for tidligere HBV-infeksjon før initiering av etanerceptbehandling. Forsiktighet skal utvises ved behandling av identifiserte HBV-bærere og pasientene skal overvåkes mht. tegn/symptomer på aktiv HBV-infeksjon. Hvis nødvendig skal antiviral behandling igangsettes. Forverring av hepatitt C er rapportert. Preparatet bør brukes med forsiktighet hos pasienter som tidligere har hatt hepatitt C. Samtidig administrering av etanercept og anakinra er assosiert med økt risiko for alvorlige infeksjoner og nøyropeni. Kombinasjonen har ikke vist økte kliniske fordeler og anbefales derfor ikke. Allergiske reaksjoner, inkl. angioødem og urticaria, er rapportert. Dersom alvorlig allergisk eller anafylaktisk reaksjon oppstår, bør behandlingen avbrytes umiddelbart og nødvendig behandling igangsettes. Det er ukjent om preparatet kan redusere kroppens forsvar mot infeksjoner. Det er observert tilfeller av lymfom (sjelden). Pasienter med revmatoid artritt med langvarig, svært aktiv inflammatorisk sykdom har økt underliggende risiko for lymfom, hvilket kompliserer risikoestimeringen. Mulig risiko for å utvikle lymfom eller andre maligniteter kan ikke utelukkes med nåværende kunnskap. Flere tilfeller av non-melanom hudkreft (NMSC) er rapportert, særlig hos pasienter med psoriasis. Periodiske hudundersøkelser anbefales for alle med økt risiko for NMSC (inkl. pasienter med psoriasis eller som tidligere har fått PUVA-behandling). Sikkerhet og effekt hos pasienter med immunsuppresjon eller kroniske infeksjoner er ikke vurdert. Det er rapportert om sjeldne tilfeller av pancytopeni og svært sjeldne tilfeller av aplastisk anemi. Forsiktighet bør utvises ved behandling av pasienter som tidligere har hatt blodsykrosi. Pasienten skal informeres om å ta omgående kontakt med lege ved utvikling av tegn og symptomer på blodsykrosi eller infeksjoner (f.eks. vedvarende feber, sår hals, blåmerker, blødning, blekhet). Pasienten bør undersøkes øyeblikkelig, inkl. full blodtelling. Ved bekreftet blodsykrosi bør preparatet seponeres. Det er rapportert om sjeldne tilfeller av CNS-demyeliniseringsforstyrrelser. Ved forskrivning til pasienter med eksisterende eller begynnende CNS-demyeliniserings sykdommer, eller til pasienter med antatt økt risiko for dette, bør nytte-risikoforholdet vurderes, inkl. neurologisk vurdering. Det bør utvises forsiktighet ved kongestiv hjertesvikt (CHF). Det er rapportert om forverring av CHF ved behandling med etanercept. Pasienter med eksponering for varicellavirus bør midlertidig avslutte behandlingen og vurderes for profylaktisk behandling med Varicella zoster immunoglobulin. Det anbefales at pasienter med juvenil idiopatisk artritt om mulig immuniseres iht. gjeldende immuniseringsretningslinjer for behandling igangsettes. Behandling med etanercept kan føre til dannelse av autoimmune antistoffer. Sikkerhetsprofilen av etanercept gitt i kombinasjon med metotreksat tilsvarer profiler rapportert med etanercept eller metotreksat alene. Langtidsstudier mht. sikkerheten av kombinasjonen pågår. Langvarig sikkerhet ved kombinasjon med andre sykdomsmodifiserende antirevmatiske legemidler er ikke fastslått. Bruk i kombinasjon med andre systemiske behandlinger eller lysbehandling for psoriasis er ikke undersøkt. Skal ikke brukes for behandling av moderat til alvorlig alkoholisk hepatitt. Preparatet er ikke effektivt, og dødelighetsraten hos disse pasientene var signifikant høyere etter 6 måneder. Leger bør utvises forsiktighet ved bruk hos pasienter som også har moderat til alvorlig alkoholisk hepatitt. Preparatet er ikke vist å være effektiv behandling ved Wegeners granulomatose og anbefales derfor ikke. **Interaksjoner:** Kan tas sammen med glukokortikoider, salicylater (med unntak av sulfasalazin), ikke-steroid antiinflammatoriske legemidler (NSAIDs), analgetika, metotreksat, digoksin og warfarin. Voksne som fikk etanercept som tilleggssbehandling til et regime med stabil sulfasalazindosering, opplevde nedgang i gjennomsnittlig antall hvite blodceller sammenlignet med de pasientene som ble behandlet med kun etanercept eller sulfasalazin. Klinisk signifikans er ukjent. Forsiktighet bør utvises når kombinasjonsbehandling med sulfasalazin vurderes. Levende vaksiner bør ikke gis samtidig. Kombinasjonsbehandling med etanercept og anakinra er ikke anbefalt. Samtidig bruk av abatacept har vist økt forekomst av alvorlige uønskede hendelser. Kombinasjonen har ikke vist økt klinisk nytte og anbefales ikke. **Graviditet/Amning:** Overgang i placenta: Ukjent. Bruk til gravide anbefales ikke. Fertile kvinner bør frarådes graviditet under behandling. Overgang i morsmelk: Ukjent. Ettersom immunoglobuliner utskilles i morsmelk, bør en enten avslutte ammingen eller avbryte behandlingen. **Bivirkninger:** Reaksjoner på injeksjonsstedet (inkl. blødninger, hematom, erytem, kløe, smerte og hevelse) er meget vanlig (>10%). Disse opptrer vanligvis i første måned og varer i gjennomsnitt 3-5 dager. Infeksjoner (inkl. øvre luftveisinfeksjoner, bronkitt, cystitt og hudinfeksjoner) er også meget vanlig (>10%). Hyppige (>1/100): Hud: Kløe. Øvrige: Allergiske reaksjoner, feber. Antistoffer mot etanercept er detektert i sera hos noen pasienter. Antistoffer er ikke-nøytraliserende og vanligvis forbigående. Mindre hyppige: Blod: Trombocytopeni. Hud: Non-melanom hudkreft, angioødem, urticaria, utslett, psoriasislignende utslett og psoriasis (inkl. nytt utbrudd og pustulær, hovedsakelig i håndflater og på føtsåler). Luftveier: Interstitiell lungesykdom, inkl. pneumonitt og pulmonal fibrose. Øye: Uveitt. Øvrige: Alvorlige infeksjoner (inkl. pneumoni, cellulitt, septisk artritt, sepsis). Sjeldne (<1/1000): Blod: Anemi, leukopeni, nøyropeni, pancytopeni. Hud: Kutan vaskulitt (inkl. leukocytoklastisk vaskulitt), Stevens-Johnsons syndrom, erythema multiforme. Subakutt kutan lupus erythematosus, diskoid lupus erythematosus, lupus-lignende syndrom. Lever: Økte nivåer av leverenzymmer. Sentralnervesystemet: Krampor, CNS-demyeliniseringsforstyrrelser som f.eks. optikusnevritt og transvers myelitt. Sirkulatoriske: Forverring av kongestiv hjertesvikt. Øvrige: Tuberkulose. Opportunistiske infeksjoner (inkl. invasive sopp-, protozo-, bakterielle og atypiske mykobakterielle infeksjoner). Alvorlige allergiske eller anafylaktiske reaksjoner. Aplastisk anemi er sett meget sjeldent. Hos pasienter med revmatoid artritt, psoriasisartritt, Bekhterevs sykdom (ankyloserende spondylitt) og plakkpsoriasis er følgende alvorlige bivirkninger sett i kliniske studier: Malignitet, astma, infeksjoner, hjertesvikt, hjerteinfarkt, myokard isemi, brystsmerte, synkope, cerebral isemi, hyper- og hypotensjon, kolecystitt, pankreatitt, gastrointestinale blødninger, bursitt, konfusjon, depresjon, dyspné, abnormal tilheling, nyreinsuffisiens, nyresten, dyp venetrombose, lungeemboli, membranøs glomerulonefritt, polymyositt, tromboflebit, leverskade, leukopeni, parese, parestesi, vertigo, allergisk alveolitt, angioødem, skleritt, benfrakturer, lymfadenopati, ulcerøs kolitt, intestinal obstruksjon, eosinofili, hematuri og sarkoidose. Svært sjeldne (<1/10 000): Hud: Toksik epidermal nekrolyse. Ukjent: Øvrige: Makrofag aktiveringssyndrom, ANCA (antinøytrofil cytoplasmaantistoff) positiv vaskulitt. Det er ukjent hvordan langtidsbehandling påvirker utviklingen av autoimmune sykdommer. Det er rapportert om pasienter, inkl. de med positiv revmatoid faktor, som har utviklet sjeldne tilfeller av andre autoantistoffer i forbindelse med lupus-lignende syndrom eller utslett, som ved klinisk presentasjon og biopsi svarer til subakutt kutan lupus eller diskoid lupus. Generelt er bivirkningene hos barn med juvenil idiopatisk artritt og plakkpsoriasis av samme type og frekvens som sett hos voksne. Infeksjoner sett i studier med pasienter med juvenil idiopatisk artritt (2-18 år) er generelt milde til moderate og i samsvar med infeksjoner vanligvis sett hos polikliniske barnepopulasjoner. **Overdosering/Forgiftning:** Symptomer: Det er ikke observert dosebegrensende toksisitet. Høyeste dosenivå som er vurdert er i.v. startdose på 32 mg/m² etterfulgt av s.c. doser på 16 mg/m² gitt 2 ganger pr. uke. Behandling: Intet kjent antidot. **Egenskaper:** Klassifisering: Immunsuppressiv. Human tumornekrosefaktorreseptor p75 Fc fusjonsprotein. Virkningsmekanisme: Kompetitiv hemming av binding av tumornekrosefaktor (TNF) til reseptorer på celleoverflaten, noe som hemmer TNF-medierte cellulære respons. Påvirker også biologiske responser kontrollert av andre molekylære undergrupper (f.eks. cytokiner, adhesjonsmolekyler eller proteinaser) som er indubert eller regulert av TNF. Absorpsjon: Absorberes sakte fra injeksjonsstedet, maks. plasmakonsentrasjon etter ca. 48 timer. Absolutt biotilgjengelighet er 76%. Med 2 ukentlige doser forventes ca. dobbelt så høy «steady state»-konsentrasjon sammenlignet med en enkeltdose. Fordeling: Distribusjonsvolumet ved «steady state» er 10,4 liter. Halveringstid: Ca. 70 timer. Clearance: 0,066 liter/time. **Oppbevaring og holdbarhet:** Oppbevares i kjøleskap 2-8°C. Må ikke fryses. Kjemisk og fysisk stabilitet etter rekonstituering er vist for 48 timer ved 2-8°C. Fra et mikrobiologisk synspunkt bør preparatet anvendes umiddelbart etter rekonstituering. Dersom det ikke brukes umiddelbart, er oppbevaringstider under bruk brukerens ansvar og bør normalt ikke overskride 6 timer ved 2-8°C, med mindre tilberedningen er gjort under kontrollerte og validerte aseptiske forhold. Pulver og væske til injeksjonsvæske 25 mg/ml til barn: Kjemisk og fysisk stabilitet etter rekonstituering er vist for 14 dager ved 2-8°C. **Fra et mikrobiologisk synspunkt kan preparatet lagres i maks. 14 dager ved 2-8°C etter rekonstituering.** Hvert hetteglass med 25 mg/ml bør maks. brukes til 2 doser til samme pasient. Oppbevar de ferdigfylte sprøytene og pennene i ytteremballasjen for å beskytte mot lys. **Pakninger og priser:** Injeksjonsvæske: 25 mg: 4 stk. (ferdigfylt sprøyte) kr 5515,10. 50 mg: 4 stk. (ferdigfylt penn) kr 12550,60. 4 stk. (ferdigfylt sprøyte) kr 10671,70. **Pulver og væske til injeksjonsvæske:** 25 mg: 4 sett (hettegl. + ferdigfylt sprøyte) kr 5515,10. 25 mg/ml til barn: 4 sett (hettegl. + ferdigfylt sprøyte) kr 5515,10.

Sist endret: 28.01.2010

(priser oppdateres hver 14. dag, ev. refusjon hver måned)

Introduksjon av MYCLIC[®]

ENBREL[®] (etanercept) 50 mg oppløsning i ferdigfylt penn

Et trykk er nok!



Bli med til fantastiske Kina!

Nå har du sjansen til å bli med på en 9 dagers tur til Kina **kun for Sykepleiens lesere**. Turen går i februar 2011 og prisen dekker reise, opplevelser/utflukter og de fleste måltider. 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!**



Prisen inkluderer

- Flytransport Oslo - Beijing t/r med SAS
- Alle flyskatter og -avgifter
- Skandinavisk talende reiseleder
- Transport, utflukter og entreer jf. program
- Innkvartering i delt dobbeltrom på godt turistklassehotell i 7 netter.
- Frokost daglig
- Lunsj dag 2-6
- Middag dag 2-6 og 8

Avreise: 20 feb. 2011

Pris: kun 10.990,-
(tillegg enkeltrom: 1.490,-)
Begrenset antall plasser.

Kun for sykepleiens lesere!

Bestill via å ringe 800 58 106.
Åpent hverdager fra kl. 09.30-17.00 eller
via www.albatros-travel.no/sykepleien
Oppgi annonsekode SYKL02 ved påmelding.

Dette er andre turen til Kina vi
arrangerer for sykepleiens lesere.

Alle var storfornøyde sist.

Program

- Dag 1 - 2** Avreise fra Norge, natt i flyet
- Dag 2.** Ankomst Beijing og Lama Tempel
- Dag 3** Den himmelske freds plass, Maos mausoleum, Byplanmuseet, Den forbudte by, Kullhøyden og te-hus.
- Dag 4** Tai-chi, Himmels Tempel, perlemarked, Trommetårnet, "hutonger" og Peking Opera
- Dag 5** Cloisonné fabrikk, "åndealéen", Ming- gravene, en lokal landsby og Den kinesiske mur
- Dag 6** Sommerpalasset, tradisjonelt kinesisk sykehus, Den olympiske landsby og akrobatikk
- Dag 7** Dagen er til fri disposisjon
- Dag 8** Egne eventyr og Pekingand-middag
- Dag 9** Ankomst til Norge



kun
10.990,-

Avreise 20.feb 2011

Albatros
travel

REISEGARANTIFONDET
RGF REISEGARANTIFONDET

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

Fag & bøøker

SJELDEN MISDANNELSE: I Norge fødes det noen få barn i året med long gap øsofagusatresi. Ny behandlingsmetode og helhetlig pasientomsorg kan gjøre ventetiden på sykehuset før operasjon lettere for barnet og foreldrene. (Barnet på bildet har ikke noe med innholdet i artikkelen å gjøre.) Side 58.

Illustrasjonsfoto: Scanpix

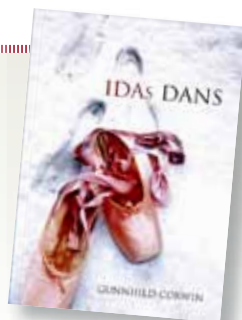
3 for nye syke- pleierstudenter

Anbefalt av Bård Nylund,
leder i NSF Student

GUNHILD CORWIN

Idas dans

En fantastisk bok om
kjærligheten til livet,
som gir videre perspek-
tiver og forandrer deg
litt som menneske.



LISA GENOVA

Alltid Alice

En gripende og
jordnær roman
om det å leve
med Alzheimer.



VEGARD BRUUN WYLLER

Det friske og det syke mennesket

Sykepleierstudenter må
bli flinkere i naturviten-
skapelige fag, så det er
bare å sette i gang.





Wenche Bøe, barnesykepleier ved Kirurgisk avdeling for barn Post 2, Klinikk for kirurgi og nevrofag, Oslo universitetssykehus Rikshospitalet.

På lag med foreldrene

Tett samarbeid mellom kontaktsykepleierne og foreldrene til en nyfødt gutt med en sjelden diagnose, reduserte stress hos barnet og foreldrene.

Hvert år fødes det cirka 13 barn i Norge med diagnosen øsofagusatresi. Dette er en misdannelse som oppstår mellom femte og sjette svangerskapsuke, når øsofagus og trachea deles i to separate rør. Årsaken er ukjent. Det finnes fem varianter av øsofagusatresi. Når både øvre og nedre del av spiserøret ender blindt, og avstanden er spesielt lang, har barnet det som kalles long gap øsofagusatresi; manglende midtre del av spiserøret (1). Se figur 1.

I Norge fødes det noen få barn i året med diagnosen long gap øsofagusatresi. Dette er en liten, men utsatt pasientgruppe, som verken kan svelge sitt eget spytt eller ammes. Uten behandling vil disse barna dø.

Barn med diagnosen får tilført morsmelk gjennom en gastrostomisonde som opereres inn i ventrikkelen barnets første levedøgn. Selv med kyndig behandling er de utsatt for aspirasjonspneumoni. Cirka 50 prosent av barna som er født med diagnosen har også tilleggsmisdannelser i nyrer og urinveier, hjerte, skjelett, tarm og endetarm.

Ny forskning viser at komplikasjoner av sykdommen kan

påvirke psykisk helse, psykososial funksjon og medføre kronisk familiestress. I foreldrenes beskrivelser av egen opplevelse, er usikkerhet, hjelpeløshet, maktesløshet og redsel ord som går igjen (2,3,4).

Oscar

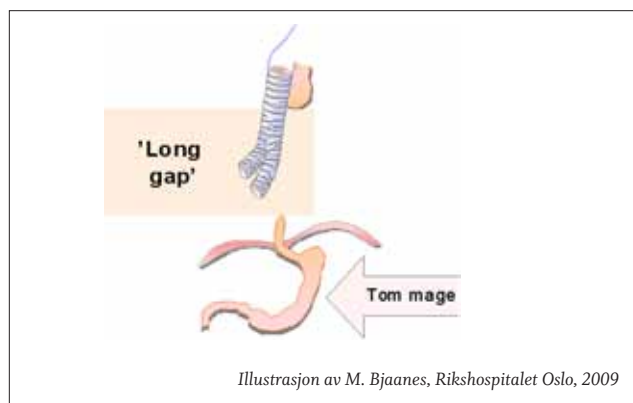
I juni 2008 ble en gutt født på Rikshospitalet med diagnosen long gap øsofagusatresi. Av hensyn til barnets og foreldrenes rett til anonymitet har vi valgt å kalle barnet Oscar. Han hadde ingen kjente tilleggsmisdannelser, men som andre barn med samme diagnose kunne han verken svelge sitt eget spytt eller ammes. Han fikk morsmelk i en gastrostomisonde og var kontinuerlig tilknyttet et sugesystem med en sonde gjennom nesen og ned i øsofagusenden som ender blindt.

Oscar var innlagt ved daværende barnekirurgisk sengepost på Rikshospitalet i om lag tre måneder for å vokse og bli sterk nok til å gjennomgå det operative inngrepet som var nødvendig for å gjøre en ende-til-ende anastomose av øsofagus (1). I denne perioden vokser øsofagus raskere enn barnet, avstanden mellom øvre og nedre del av øsofagus er ved fødselen for lang til å skjotes, men håpet er at dette skal være mulig etter omtrent tre måneder.

Det preoperative forløpet var utfordrende for både Oscar, foreldre og sykepleiere, og det var viktig at Oscar ble ivarettatt så godt som mulig og holdt infeksjonsfri før operasjonen. På grunn av sugesystemet ble han utsatt for ubehag, stress og isolasjon fra foreldrene. Da var det viktig at vi sykepleiere hevet blikket og i tillegg til de tekniske prosedyrene også tok hensyn til det psykologiske perspektivet og tilrettela for velvære og godt samspill i familien gjennom helhetlig pasientbehandling.

Primärsykepleierne satte i gang tiltak med det formål å gi nødvendig kunnskap og bevissthet hos sykepleierne, foreldrene og andre som hadde ansvar for Oscar. Målet med tiltakene var å unngå at han ble utsatt for unødig stress i den preoperative perioden. Dette var spesielt viktig når vi vet hvor skadelig stress kan være for det nyfødte barnet (5,6).

Figur 1: Long gap øsofagusatresi



www.sykepleien.no

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

Søkeord:

- » Barn
- » Misdannelse
- » Nyfødt





NÆR KONTAKT: Oscar fikk enerom på sykehuset slik at familien kunne bli kjent med ham i rolige og avslappende omgivelser. Illustrasjonsfoto: Scanpix. (Personene på bildet er ikke de som er omtalt i artikkelen.)

Studier og litteratur

Det er gjort studier på hvorvidt øsofagusatresi kan påvirke samspillet mellom mor og barn (3,4). En doktorgradsavhandling fra mars 2009 omhandler foreldre til barn med øsofagusatresi og kvaliteten av mor–barnsamspillet, psykisk helse og psykososial funksjon hos barnet. Tolv av 20 foreldre i undersøkelsen svarte at de opplevde de sterkeste inntrykkene i løpet av barnets første leveuker. Usikkerheten de beskrev var blant annet knyttet til hva som var galt med barnet, at barnet måtte opereres, at det føltes vondt å ligge sammen med mødre som hadde babyene sine hos seg, at det gikk flere dager før de fikk holde barnet sitt, hjelpeløshet overfor sitt eget barn, suging i svelget og komplikasjoner og smertefulle medisinske prosedyrer. I tillegg til opplevelsen av usikkerhet, hjelpeløshet, maktesløshet og redsel, beskriver foreldrene at det å få barnet til å spise og legge på seg var av betydning for deres opplevelse av å være kompetente. Hun konkluderer blant annet med at faktorer som fremmer psykisk helse hos barn med øsofagusatresi er godt foreldre–barnsamspill, foreldrenes følelse av kompetanse, god omsorgssituasjon på sykehuset og god familiefunksjon (4). Barna som blir omtalt i undersøkelsen ble sannsynligvis behandlet med manuell suging av øsofagusenden og ikke med kontinuerlig sug.

Sårbare for stress

En studie fra en barneavdeling i Australia viser at foreldre til barn som er innlagt på sykehus over lang tid er ekstra sårbare for stress og engstelse og at støttende sykepleie med god kom-

Oscar lærte å assosiere smaken av morsmelk med følelsen av å bli mett.

munikasjon er nødvendig og viktig for at deres sykehusopphold skal bli så bra som mulig (12). Den samme studien viser også at foreldrene setter pris på å få gjøre det normale stedet av sitt barn og at de ønsker å ta del i behandlingen og komme med innspill. Men de ønsker ikke at sykepleierne pålegger dem deler av sykepleieoppgavene ovenfor sitt eget barn.

Videre kan litteratur om nyfødte tilsi at fysiologisk kunnskap om nyfødte er viktig for sykepleiers kunnskap og ferdighet (5,6). Det finnes prinsipper for behandling av premature som sannsynligvis kan relateres til og brukes hos syke nyfødte, som Oscar, som er ekstra sårbare og utsatte for stress (8). Forskning



på nyfødte kan tilsi at stressberedskap og samspill kan utvikles bedre hos barnet ved ettårs alder, hvis foreldrene involveres og får støtte til å etablere et best mulig samspill med barnet, på barnets premisser, i nyfødtperioden (7).

Spesialister innen barneanestesi og smertebehandling, Leena Jylli og Gunnar L. Olsson, skriver i boken «Smärta hos barn och ungdomar» (2001) at foreldre som tidlig involveres i stell av og i avgjørelser vedrørende barnet, blir dyktige i stell og trøst av eget barn i ulike omsorgssituasjoner (13).

Stressfaktorer for Oscar på en intermedieær stue kan være:

- › Suget stresser en neseputer
- › Ikke mulighet for å amme
- › Utsatt for redusert hudkontakt
- › Isolasjon fra foreldrene
- › Stress hos foreldrene
- › Stress og stemmer fra helsepersonell
- › Lyder i rommet
- › Variasjon i temperatur

Kontinuerlig sug

I 2007 dro sykepleiere fra barnekirurgisk avdeling på Rikshospitalet til USA, England og Sverige for å innhente kunnskap og ferdigheter fra avdelinger hvor kontinuerlig sug til barn med long gap øsofagusatresi var prosedyre (9,10). Jeg har fått opplyst at det er ulik praksis på sug av øsofagus ved ulike avdelinger i Norge, men vår erfaring, med Oscar, er at kontinuerlig sug

Foreldre til barn som er innlagt på sykehus over lang tid er ekstra sårbare for stress og engstelse.

åpner for større frihet mellom barn og foreldre fordi suget blir liggende i øsofagus i tre dager før det byttes. Kontakten mellom barn og foreldre blir dermed ikke brutt hvert kvarter som tidligere prosedyre medførte. Det er også sannsynlig at infeksjonsrisikoen reduseres med kontinuerlig sug kontra tidligere prosedyre, da den er mer skånsom for barnets slimhinner. Den toløpede sonden skylles hvert kvarter hele døgnet for å sikre at den er åpen og funksjonell, slik at slim og spytt suges ut og forhindrer aspirasjon. Dette reduserer også muligheten for seigt slim, som kan medføre at suget går tett.

Vår erfaring med Oscar var at så lenge han fikk tilstrekkelig med væske og tilstrekkelig med forebyggende saltvannsinhalasjoner, så var ikke seigt slim et problem for ham. Vi vet at et nyfødt barn er neseputer de første månedene og at hvis snørr tetter det frie neseboret, er det fare for ufrie luftveier. En enkel, men viktig prosedyre var å dryppe neseboret flere ganger i døgnet og etter behov. Det var viktig å forklare foreldrene om neseputingen. De dryppet selv Oscars nese og følte på denne måten at de kunne være til stede og gjøre det godt for barnet sitt.

Forberedelse til amming

Oscar kunne ikke ammes på grunn av øsofagusatresien, men målet var at han skulle ammes etter operasjonen. Vi igangsatte tiltak for å forberede barn og mor på dette. Første levedøgn fikk

Oscar operert inn en gastrostomisonde hvor vi regelmessig ga morsmelk på sprøyte via en sonde direkte inn i ventrikkelen. Måltidene ble administrert hver tredje time, og mengden ble regulert ut fra Oscars kaloribehov og ved å tolke hans tegn på sult og metthet (6,8,11).

Vi informerte foreldrene om hvor sunt det var for Oscar å få morsmelk, kontra morsmelkerstatning, på grunn av innholdet av antistoffer i morsmelken som blant annet ville kunne bidra til å bygge opp Oscars slimhinner og immunforsvar i den sårbare ventetiden på sykehuset (11). Dette var motiverende for mor, og hun pumpet seg regelmessig hele perioden. Oscar ble konsekvent satt på fanget og gitt dråper med morsmelk på smukk til måltider for å lære samspill og å forberedes til å ammes etter operasjonen. En viktig forberedelse til ammingen var at Oscar lærte å assosiere smaken av morsmelk med følelsen av å bli mett. De få dråpene med morsmelk ble lett sugd ut i suget og førte ikke til hoste eller besvær for Oscar. Derimot førte det til at han søkte brystet, samt unngikk sopp og smerter i munnslimhinnen, noe som igjen gir en god oral assosiasjon etter operasjonen. Mor så sitt barn vokse og være tilfreds. Hennes stresshormoner sank samtidig som endorfinnivået økte, noe som trolig smittet over på Oscar og bidro til å gjøre ham rolig (5,6).

Mindre stress

I etterkant har vi fått tilbakemelding fra foreldrene til Oscar om at det ga dem trygghet at vi var i stand til å lese Oscars behov. En uttalelse fra sykepleier; «Han er veldig sulten og vi må varme melken raskt, så han ikke blir mer slimete». Oscar kommer straks opp på fanget og sykepleier tilrettelegger måltidet basert på hans individuelle behov (8). Når sykepleier igangsetter tiltaket effektivt, forhindres øket slimdannelse og fare for produksjon av mer spytt enn suget kan ta unna, med konsekvenser som at Oscar gråter. Når han gråter hovner slimhinner opp og han kan oppleve en stressfølelse med økt puls og økt sympatisk aktivitet i nervesystemet, noe som igjen vanskeliggjør fordøyelsen av morsmelken i ventrikkel og tarm (5,6). En overhengende fare vi alltid er beredt på er aspirasjon av spytt over til luftveiene. Under ethvert måltid er det klargjort et sug i beredskap, nettopp på grunn av kunnskapen om økt spyttproduksjon i forbindelse med måltid. Det at vi sykepleierne var «føre var» var betryggende for foreldrene og reduserte deres stress.

Badet av foreldrene

Ved første bad observerte vi nøye Oscars reaksjon, ansiktsmikk, kroppsbevegelser og eventuell gråt. Vi observerte at både han og foreldrene var avslappet under badet. De så ut til å nyte det og uttrykte glede og trygghet. Dette var grunnlaget for at vi innførte badet som tiltak (8). Tidligere nevnte studier kan indikere at aktiv involvering av foreldre til premature reduserte foreldrenes stressnivå og bedret barnets evne til samspill ved ettårs alder (7). Her kan vi tenke oss at det samspillet som oppnås mellom foreldre og barn under badet er positiv for barnets senere utvikling.

Badet krevde forberedelser, og fysiologiske hensyn ble ivaretatt for å forebygge unødig energibruk ved stress hos Oscar. Før badet kunne gjennomføres måtte det være riktig temperatur i rommet og på badevannet, ikke gjennomtrekk, varme over sengen, varme håndklær, ren ullpysj og ullsokker. Dette var enkle tiltak, som kunne utføres av foreldrene, for å forhindre at han ble kald og for å øke velvære (5,6,8). Foreldrene lærte raskt

å tilrettelegge for badet. Hensikten med badet var å forhindre infeksjon eller sopp omkring gastrostomien, men mest av alt å øke endorfinproduksjon, sørge for samspill mellom foreldre og barn, øke følelsen av glede hos foreldrene og sørge for gode rutiner og trygghet hos Oscar. Foreldrene uttrykte glede og en følelse av mestring gjennom å kunne utføre denne enkle, men viktige rutinen med barnet sitt.

Infeksjonsforebyggende

Mor har uttrykt i ettertid at det å kunne gi Oscar et kveldsbad hver dag og se den positive gevinsten det ga ham, ga henne mye i denne vanskelige tiden. Dette var sannsynligvis med på både å redusere stresshormoner hos mor og barn og å bygge opp Oscars immunforsvar og på denne måten forebygge infeksjoner (5,6,8). Barn er forskjellige med ulike behov (8), men hos Oscar opplevde vi positive effekter av badet. Han sov natten igjennom etter badet og var infeksjonsfri.

Bading kan føre til at naturlig hudflora brytes ned på friske barn, men når et barn er innlagt på en sykehusavdeling antok vi at han var utsatt for flere bakterier, mindre kroppskontakt og mer stress enn hjemme og at badet ville ha en god og lindrende effekt på alle disse faktorene (5,6,8). Vår erfaring med Oscar er at de få gangene han ikke ble badet ble han mer urolig på natten, og vi observert rødme omkring gastrostomien. Dette bekreftet foreldrene at var tilfelle også etter hjemkomst fra sykehuset.

På rom med familien

Etter en uke planla vi enerom som tiltak, og på tross av sammen-slåing med en voksenavdeling sommeren 2008 fikk vi innført tiltaket før Oscar var to uker gammel. Vi anså det som viktig at foreldre, storebror og Oscar kunne være sammen og bli kjent med hverandre i skjermede omgivelser (8). Familien fikk seng på rommet for å slappe av med Oscar, og det var tilrettelagt for hudkontakt i skjermede omgivelser, så tilnærmet hjemme som mulig (8). Foreldrene sov hjemme, noe vi støttet. Oscar sov uansett hele natten på vår overvåkingsstue og foreldrene følte seg trygge. De kunne alltid ringe hvis de følte behov.

Kommunikasjon mellom sykepleier og foreldre er ifølge den australske studien (12), vesentlig for at opplevelsen av å være innlagt på sykehus over lang tid skal bli så tilfredsstillende som mulig. Det må tas hensyn til at denne studien var gjort i en ikke-akutt avdeling i motsetning til barnekirurgisk avdeling. Foreldrene følte derfor kanskje ikke samme tryggheten som

foreldrene til Oscar kunne oppleve hos oss, når de visste at vi sto bak og støttet dem i løpet av få minutter hvis behovet skulle inntreffe.

Foreldrenes refleksjoner

I en evaluering i ettertid sa Oscars foreldre at det var godt å få høre at vi sykepleiere hadde full respekt for deres valg og behov underveis i behandlingen. Mor uttrykte at det var nyttig for henne, for eksempel når hun hvilte, å få høre fra sykepleierne at de ikke skulle ha dårlig samvittighet for også å ivareta egne behov. Ifølge far følte det trygt at det var kontinuitet i kontakten med sykepleierne, og han følte at de ble lyttet til, også av kirurgene.

Foreldrene uttrykte at de var svært fornøyde med måten de

Kanskje kan tiltakene ha effekt også hos alvorlig syke barn med andre diagnoser.

aktivt fikk delta i behandlingen av Oscar på. Mor har i ettertid sagt at hun opplevde glede ved å få være nær og trøste ved behov, men at det også var godt å se at han ble rolig av kontaktsykepleierens nærvær og stemmer. Begge sa at det var godt å bli kjent med oss og vite at Oscar var trygg når de ikke var til stede.

Vellykket samarbeid

Oscar responderte godt på behandlingen med kontinuerlig sug og i forberedelsene på å bli ammet. Han ble fullammet av mor kun ti uker etter operasjonen, og mor forteller at han ved ni måneders alder spiste en hel skive brød. Oscar er det tredje barnet vi har behandlet med kontinuerlig sug på kirurgisk klinikk på Rikshospitalet hittil, og han er en av to som har lært å die.

Erfaringene med Oscar og foreldrene viste oss at det å sikre kontakten med foreldrene, i tillegg til teknisk kyndighet, er med på å senke stress i det preoperative forløpet. Videre ser vi hvordan virkningsfulle tiltak bare kan bli optimale dersom foreldrene er en sentral del av behandlingsteamet rundt barnet. Det ville være interessant å se hvorvidt tiltakene kan ha effekt også hos alvorlig syke barn med andre diagnoser. Å spille på lag med foreldrene er nok viktig også for barn i andre sårbare situasjoner. ■■■

LITTERATUR

1. Refsum S. Barnekirurgi. 2. utgave. Oslo: Forlaget Vett og Viten AS, 2006.
2. Faugli A, Bjørnland K, Skari H, Emblem R. Foreldre til barn med oesophagusatresi – viktig kilde til kunnskap. Tidsskrift for Den norske lægeforening, 2002; 122: 1768–1770.
3. Faugli A, Emblem R, Veenstra M, Bjørnland K, Diseth TH. Does esophageal atresia influence the mother-infant interaction? Journal of Pediatric Surgery, 2008; 43: 1796–1801
4. Faugli A. Children with oesophageal atresia – A biopsychosocial follow up study. University of Oslo: Faculty of Medicine, 2009.
5. Curley MAQ, Moloney-Harmon PA. Critical care nursing of infants and children. St. Louis USA: W.B. Saunders Company, 2001.
6. Merenstein GB, Gardner SL. Handbook of neonatal intensive care. 5. utgave. St. Louis USA: Mosby, 2002.
7. Olafsen K, Kaaresen PI, Handegård BH, Ulvund SE, Dahl LB, Rønning JA. Maternal ratings of infant regulatory competence from 6 to 12 months: Influence of perceived stress, birth-weight, and intervention – A randomized controlled trial. Infant Behavior & Development, 2008; 31: 408–421
8. Westrup B. Utveklingsstødjande neonatalvård – NIDCAP. Kontakt, 2004.
9. Wallis M. Replogle Tube: Care of. England; Great Ormond Street Hospital of Children, 2004.
10. Replogle RL. Esophageal atresia: plastic sump catheter for drainage of the proximal pouch. Surgery, 1963.
11. Løland BF, Bærug A, Nylander G. Morsmelk, immunrespons og helseeffekter. Tidsskrift for Den norske lægeforening nr. 18, 2007; 127: 2395–8
12. Roden J. The involvement of parents and nurses in the care of acutely-ill children in a non-specialist paediatric setting. Journal of Child Health Care, 2005; 9: 222
13. Olsson GL, Jylli L. Smårta hos barn och ungdomar. Lund, Sverige: Studentlitteratur, 2001.



Aud Berit Fosøy, sosiolog,
Høgskulen i Sogn og Fjordane,
avdeling for helsefag.

Betre føre var

Terping på kommareglar, eventyr og korøving kan vera helsefremjande og førebyggjande.

Gjennom observasjonspraksis ved norsksenteret for innvandrarakar får bachelorstudentar i sjukepleie erfare at å kunne språket er gull verdt skal ein vinna igjen tapt kontroll over eige liv og helse. Ny organisering av emne helsefremjande og førebyggjande arbeid har resultert i glødande engasjement. Antonovsky, salutogenese, empowerment – jo dette får vi til, og dette motiverer til uvanleg aktivitet.

Studentane ved Høgskulen i Sogn og Fjordane skal i løpet av bachelorstudiet i sjukepleie gjennom temaet «Helsefremjande og førebyggjande arbeid». Dette har vi organisert som eit eige emne på 15 studiepoeng fordelt på ti veker. Emnet bygger på samtlege fire hovedområder i Rammeplan og forskrift for sykepleierutdanning, men med hovudtyngde i del fire, samfunnsvitenskapelige emne. Dagens organisering av emnet inneheld undervisning, prosjektplanlegging, observasjonspraksis med gjennomføring av tiltak, oppgåveskriving, presentasjon og sluttevaluering.

Mangfaldig felt

Helsefremjande og førebyggjande arbeid ligg inne som ein del av utdanning til sjukepleie. Dette er eit tema som ingen er negativ til, dette er viktig både for den enkelte og for samfunnsøkonomien. Men så går det som det ofte går, det som ikkje lønner seg med det same blir skyvd lenger og lenger ut.

Rammeplan 2004 ga temaet eit løft. Formuleringane er ganske lik dei vi har sett tidlegare, men temaet er gitt større plass. Det som verkeleg ga oss legitimitet til å utvide var følgjande formulering: «Praksis må inkludere erfaring frå forebyggen- de helsearbeid, svangerskaps- og barselsomsorg og pediatrik sjukepleie». Her kunne vi gå i gang med praksisstudiar i eit mangfaldig felt. Rammeplan gir også opning for ulike pedagogiske arbeidsmåtar: «Det kliniske feltet sin eigenart vil vera avgjerande for utforming av praksisstudiar». Sentralt mål i utdanninga er blant anna å kunne dokumentere eige arbeid, utføre prosjektarbeid og evaluere eige arbeid.

Vår versjon

Det var på tide å børste støv av emnet. Altfor lenge hadde fokuset vore tilnærma synonymt med «førebyggjande sjukepleie». I dag veit våre studentar at helsefremjande arbeid også handlar om korøving og internasjonal ressursfordeling.

Emnet helsefremjande og førebyggjande arbeid er ved vår høgskule plassert ved slutten av 2. studieår. Før dei kjem til emnet har dei allereie god innsikt i kvardagen ved sjukeheimar, ulike avdelingar på sjukehus i tillegg til grundig opplæring

i anatomi, fysiologi, sjukdomslæra og farmakologi. Fokuset ligg på det sjuke menneske, på diagnose, behandling og pleie av sjuke og gamle. Her har vi eit unikt høve til å nyansera. Temaet vårt har motsatt fokus: Kva er det som skapar helse? Kva skapar sågar god helse? Mange, dei fleste av oss, er friske på tross av påkjenningar.

Fagkunnskapen må på plass

Emnet startar opp med fem–seks veker teoretisk innføring. Det første vi går i gang med er avklaring av omgrep. Kva er helsefremjande arbeid og kva er førebyggjande? Kva er folkehelse? Her blir individperspektivet snevert, vi tenkjer i større grad system og struktur. Og helseomgrepet, kva med den delen av tida vi faktisk er frisk? Er det forskjell på frisk og veldig frisk? Kva med helse, kva gir oss solid og god helse med overskot og energi? Kva er det som faktisk verkar her? Så har vi den tilbakevendande diskusjonen: Skal helsekronene bli brukt på dette? Er ikkje dette den enkelte sitt ansvar? Jo, kanskje det i praksis er slik, men god helse har mest å hente utanfor hel-sevesenet. Helse handlar om verksamme faktorar, psykiske, fysiske og sosiale. Resiliens, meistring og Antonovskys teori om salutogenese er sentrale omgrep som seier noko om verksame faktorar for helse. Dei forklarar mekanismane og gir oss gode aha-opplevingar. Status for folkehelsa og dei store utfordringane nasjonalt og globalt er sentrale og aktuelle tema. Kva slags strategiar og arbeidsmetodar er tilgjengelege og effektive? Dette fordrar kunnskap om helsepolitiske verkemiddel, føringar og prioriteringar. Innføring i grunnlagstenkning blir fulgt opp med fire fordjupningsemner: Migrasjon og helse, livsfasar og helse, infeksjon og helse samt miljø og helse.

Internasjonalt perspektiv

Sentralt i emnet er eit internasjonalt perspektiv. Emnet har to emneansvarlege som fungerer som mentor for lærarar og bidreg med undervisning: Sjukepleiar og jordmor dr. Margaret Maimbolwa, University of Zambia, School of Medicine og dr.med. Eelco Boonstra, tidlegare kommunelege i Askvoll kommune og med sju års erfaring frå Botswana og Tanzania. Begge set sine preg på pensum og undervisning, noko som gir faget ein tyngde og eit internasjonalt perspektiv vi ikkje hadde fått til på eigen hand.

Helsefremjande og førebyggjande arbeid engasjerer våre studentar. Dette tema handlar om heile folkesetnaden, ikkje berre dei som har ein diagnose. Alt dette er aktuelt, men slett ikkje uproblematiske. Helsefremjande arbeid dreiar seg om tilrettelegging

www.sykepleien.no

Les mer og finn litteraturhenvisningar på våre nettsider.

Søkeord:

- ▶ Forebyggjande
- ▶ behandling
- ▶ Sykepleierutdanning
- ▶ Sykepleierstudent
- ▶ Undervisning





TANNHELSE I BARNEHAGEN: Helsefremmende arbeid i praksis. Torunn Grijotland og Mari Svanøy som Karius og Baktus. Foto: Randi Jepsen

og motivering. Dette er demokrati og demokratisk arbeid, ingen skal tvingast, frivillig innsats er ein viktig faktor. I kjernen av feltet ligg retten til å ta egne val, også det som skadar. Utfordringa blir å stimulere til at den enkelte vel «det rette». Kan vi stole på helsepersonell som sjølve røyker, er det truverdig? Diskusjonane går i auditoriet, på kantina, i grupperomma.

Studentarbeid

Undervgs i emnet er studentane oppdelt i grupper på tre til fem. Her føregår læring; lesing, diskusjon, oppgåveløysing, planlegging og gjennomføring av prosjektarbeid og praksis. Frå første dag må gruppene etablerast, det må etablerast solide relasjonar, gruppene må bli robuste og tola ulike meiningar, konflikt skal handterast på ein forsvarleg måte. Køyereglar for gruppene blir utarbeidd, i tillegg har kvar gruppe tildelt rettleiar. Gruppejobbing kan vera som ein oase, men vi ser også dei som slit.

Medan studentane er i to vekers praksis skal dei gjennomføra eit prosjekt; «tiltak» eller «systematisering av kunnskap». Form og innhald skal vera etter avtale med praksisplassen og skulen. Planleggingen inneber eit fagleg studie av feltet gjennom fagbøker, pensum og forskingsartiklar. Kunnskap skal innhentast;

det blir ein del telefonar til offentlege kontor, til tidsskrift og fagpersonar. Og så: Kva kan gjerast av tiltak for å fremje helse?

Praksisplassane

Har ein først fått dei rette brillene på, ser ein at helsefremjande og førebyggjande arbeid finns på utallige felt i samfunnet. Dei fleste samfunnsaktørane tenkjer på helse i ei eller anna form. Skule og barnehage, mattilsynet, mottakssenter for asylantar,

Kva er folkehelse?

bedriftshelseteneste, ungdomsklubbar, helsestasjon, kantine, rådgivingskontor for ikkje-planlagt gravide, miljøarbeidarar, folkehelsekoordinator. Dette er eksempel på instansar som i dag er etablert som svært lærerike praksisplassar. Vår ambisjon er også å kunne tilby praksisplassar som gir innblikk i samfunnsplanlegging og forvaltning, som ledd i helsefremjande arbeid.

Arbeidet med å etablere kontaktar med relevante praksisplassar er spennande. Praksisplassane er ikkje framtidige arbeidsplasser for sjukepleiarar. Dei fleste som blir spurt om å ta imot



våre studentar møter oss med spørsmålet: Men er vi relevante? Her må både studentar og lærarar argumentere; Helse handlar om så mykje meir enn prosedyrar og omsorg retta mot sjuke. Dessutan må våre studentar bidra som ein ressurs, vera inspirator, kort sagt sørge for at vi også neste semester kan komma tilbake med nye studentar. Dette er ei ny utfordring for mange. Og svært nyttig.

Praksisplassane er ikkje av den typen som er pålagt å ta imot våre studentar. Dette set ekstra store utfordringar til oss, men kvifor ikkje bruke denne situasjonen til læring? Vi er avhengig

Helse handlar om verksamme faktorar, psykiske, fysiske og sosiale.

av at studentane tilfører praksis noko dei vil ha. Studentane erfarer at for å nå mål kan ein ikkje «komme her og komme her». Her nyttar det lite å vera «betrervitar», oppdra eller fordømme, ein må inspirere, engasjere, rettleie, balansere. Ein truverdig dialog blir viktig. Dette er ein ny situasjon for våre framtidige sjukepleiarar.

Prosjekt

- › Tiltak for å integrere flyktningar i lokalsamfunn resulterte i føremiddagssamling for kvinner frå Somalia. Kanskje integrering måtte starte der? Gjenopprette eit miljø som kan omslutte og absorbere frustrasjon? Kanskje denne tryggleiken er ein føresetnad for å våge seg inn i norske miljø?
- › Kan vi påverke ungdoms seksualvanar ved å informere? Fører fargerike brosjyrar til endra åtferd? Er det rett å dele ut kondom eller er det pushing? Kvar treff vi målgruppa? Når på døgnet? Dette gjeld også tema som kvinnesak og kontroll over eigen kropp. Men korleis taklar ein det eigentleg når det kjem små barn til standen, eller eldre menn?
- › Latter og song, eventyr og riding, kan vera deler av helse sine positive sider. Ved Ressurshagen, dagsenter for psykisk utviklingshemma, var optimisme, glede, vennskap og kjærleik sentrale utgangspunkt for aktivitet.
- › Kan sang og korøving vera helsefremjande? Ja visst; vi må huske songane, vi må opp og komme oss på øving. Vi treffer andre og gløymer våre plager for ei stund. Eldrekoret i Førde er ein populær praksisplass. Siste praksisperiode vart avslutta med julekonsert i kantina ved høgskulen, over 60 kordeltakarar og eit stort publikum. Dette blir ein tradisjon.
- › Norsksenteret er ein av våre verdifulle praksisplassar. Og studentane våre har ambisjonar – det skal dei ha! Opplæring, undervisning, vise tilrette, opplyse eller rettleie? Overraskinga blir desto større når møtet med innvandrarar er annleis enn dei hadde sett for seg. Her nyttar det lite med anna enn ei demokratisk innstilling. Tillit må på plass, tryggleik for begge partar er ein forutsetning for å nå fram. Ein viktig erfaring er at endring av kostvanar og aktivitetsvanar tar tid.
- › Grunnleggande i helsefremjande og førebyggjande arbeid er det frivillige arbeidet. Dette er ein av grunnane til at vi har etablert eit nært samarbeid med Røde Kors Ungdom. Her har vi gått saman om prosjektet Aktivt Val, Røde Kors får dekkja sitt behov for instruktørar, og god medlemsrekruttering. Studentane får verdifull praksis, kursbevis og foten innanfor ein humanitær global organisasjon.

Ein del av praksisplassane kjem med sine bestillingar og ønskjer om korte prosjekt og tiltak. Ikkje alle praksisplassar har tid og rom for kreativ studentaktivitet. Her må våre studentar delta i dagleg aktivitet og avgrensa prosjektet til litteraturstudie og intervju med fagpersonell. Aktiv på dagtid er ein slik praksisplass. Opp og ut med alle: Treningscenter, fjelltur, stavgang eller symjing. Fysisk aktivitet og struktur på dagen, fellesskap og sosial støtte er viktige helsefaktorar for menneske utanfor arbeidslivet. Dette er erfaringskunnskap formidla gjennom intervju og observasjon.

Siste dagen

Som avslutning ligg ei til to veker med rapportering i form av skiving og framlegg. Ulike tiltak og prosjekt skal setjast inn i rammer med grunnlagstenkning og sentrale føringar, tiltaket skal evaluerast og erfaringane skal drøftast. Ein dag er satt av til presentasjon av prosjekt. Alle gruppene får tildelt 20 minutt til presentasjon av sine prosjekt. Her har vi utdrag av aktivitet dei har gjennomført, ein konsert, video av aktivitet, smaksprøvar på særleg sunne matrettar. Våre erfaringar er at dette er ein av dei viktige dagane i løpet av utdanninga. Forventningane er store og responsen uteblir ikkje. Dette rører oss; sang, bilder, engasjement, latter og liv. Dette er moro. På trappene er også ein dag med produksjon av poster, med presentasjon av erfaringar frå prosjekta.

Kvifor går dette bra?

Det er ingen grunn til å skjule at dette er eit emne som krev oss. Opplegget er ambisiøst og kan lett tappe all energi. Faget i seg sjølv sit ikkje automatisk i veggane. Lærarar som møter studentane må ha evne til å skape engasjement og glød for faget. Læraren er, om vi likar det eller ikkje, ein representant for faget. Helsefremjande og førebyggjande arbeid må vi ha trua på, dette er eit viktig fundament for å lukkast. Relasjon til praksisfeltet treng stadig merksemd. Studentgruppene må kunne utføre tiltak etter ønske frå praksisplassen, begge partar må gi og ta. Studentane erfarer at å samarbeide i grupper ikkje er enkelt, konflikter om ambisjonsnivå, private plikter og ein utradisjonell praksis, alt dette kan skape utfordringar.

Emne Helsefremjande og førebyggjande arbeid er forankra i studieplanen vår, rutiner, system og struktur er på plass slik at det praktiske går av seg sjølv, men emnet treng framleis engasjerte lærarar. Heldigvis. ■■■

LITTERATUR

1. Forskrift til rammeplan for sykepleierutdanning. Fastsatt av Utdannings- og forskningsdepartementet 25. januar 2008 med hjemmel i lov av 1. april 2005 nr. 15 om universiteter og høyskoler

NYHET

Nå kan du bestille Möller's Tran til din helsestasjon på www.mollers.no/helsepersonell



Anna Oppedal Tokheim, Möller's ernæringsfysiolog

5b-09

Hvorfor er Möller's Tran viktig for barn og gravide?

Under svangerskapet og i barndommen skal barnets kropp og hjerne utvikle seg og vokse. Da er riktig næring ekstra viktig. Möller's Tran inneholder en unik kombinasjon av naturlige næringsstoffer som er viktige for fosterets og barnets helse.

"Gi daglig tilskudd av vitamin D fra fire ukers alder ved å gi tran"
- Helsedirektoratet

OPTIMAL UTVIKLING AV HJERNEN

Möller's Tran er rik på den spesielle omega-3-fettsyren DHA, som er nødvendig for å bygge cellene i hjernen. Forskning viser at mors inntak av DHA er viktig for optimal utvikling av hjerne-, nerve- og synsfunksjon hos fosteret og hos spedbarnet i ammeperioden. Det er viktig at barnet fortsetter å få tilført DHA for hjernens og synets videre utvikling og vedlikehold. En skje Möller's Tran (5ml) gir 1,2 gram omega-3, hvorav hele 0,6 gram DHA.

UTVIKLING AV ET STERKT SKJELETT

Möller's Tran er en god kilde til vitamin D. Vitamin D er viktig for opptak av kalsium i kroppen, og dermed avgjørende for optimal utvikling av skjelettet til fosteret og barnet. Her i Norge, hvor vi har lite sol, viser det seg at mange får for lite vitamin D. En skje Möller's Tran gir 10 mikrogram vitamin D som er den anbefalte daglige dosen til små barn, gravide og ammende kvinner.

TRYGT KVALITETSPRODUKT

Möller's Tran er et naturprodukt laget av norsk arktisk fisk fra Lofoten og Vesterålen. På vei fra fisk til flaske gjennomgår Möller's Tran strenge kvalitetskontroller i alle produksjonstrinn for å sikre et produkt av høyeste kvalitet.

Lær mer om hvordan Möller's Tran lages på mollers.no



VIL DU VITE MER?
www.mollers.no
grønt nr: 800 80 555

MÖLLER'S

GRUNNLAGT 1854





Knut Rasmussen
 Aktuell med: Helsemoral og umoral
 Yrke: Professor i kardiologi
 Bosted: Tromsø



– Ned med fo

Ville utspill fra helsepolitikere irriterer Knut Rasmussen.

Tekst **Marit Fonn** Foto **Rune Stoltz Bertinussen**

Ventetidene er blitt lengre. Det er temaet i mediene samme dag som vi snakker med Knut Rasmussen. Han har også hørt nyheten.

– Vi snakker om veldig små forskjeller, kommenterer han.

– Jeg husker da det var tre års samlet ventetid på hjertekirurgi. Mange døde mens de ventet.

Rasmussen har vært ledende sykehuslege i Tromsø i 35 år. Nå er han 72 år og har skrevet bok om dilemmaer og etikk i helsevesenet.

Han fortsetter om ventetid:

– Spørsmålet er hvem som står i kø. Er de som venter på noe bagatellmessig slått sammen med de viktige?

De viktige er hjerte- og kreftpasientene, ifølge hjertelegen.

– Hvis de ikke venter så lenge, så er jeg ikke bekymret. Jeg vet at hjertelistene er forsvarlige. Kreftlistene er nok litt mer varierende.

– Hva er ditt beste prioriteringspoeng?

– De ulike prinsippene for prioritering står det om i boken. Men et slagord kan være: Sykepleiere og leger er flinke til å prioritere. Jeg er mindre imponert over oppdragsgiver.

– Som er hvem?

– Helsemyndigheter og politikere. De har glemt mye av de

tidligere debattene om prioritering. Politikerne tør ikke si nei. De stiller ikke kritiske spørsmål, for da virker det som de ikke har medfølelse. Det er de redde for. Men det må de lære seg.

Rasmussen er mest irritert på politikere som kommer med plutselige utspill.

– Han der informasjonsfyren (*eksempelminister Bjarne Håkon Hanssen, red. anm.*) ville plutselig løse diabetes 2-problemet ved å ansette 2 000 nye allmennleger. Et vilt utspill. Helsedirektør Bjørn-Inge Larsen ble rost for prioriteringsdebatten han nylig startet. Men han trakk i salaten. Han glemte et grunnleggende prinsipp da han sa at vi ikke har råd til å behandle alvorlig kreft. Da gikk han løs på de mest sårbare gruppene.

Så lenge det er muligheter, må vi kjempe, selv om det har en høy pris, mener Rasmussen.

– Men når vi har prøvd alt, skal vi legge årene inn i tide.

Han anbefaler å finne ut om helsearbeiderne gjør noe hensiktsløst.

– Vi må drive med det som det går an å gjøre noe med. Det vi vet at vi kan. La bagatellene vente litt.

– Hva er bagateller?

– Folk flyr til legen for luftveisinfeksjoner. De forlanger MR fordi de har vondt i en tå. Det er å misbruke helsevesenet.

Nok et eksempel på noe unyttig er keisersnitt. Som øker fordi kvinner er redd for å føde på «gamlemåten».

En opplevelse har tynget ham en stor del av karrieren: En ung mann hadde hjerterytmeforstyrrelser som

rventningene

ikke virket alvorlige. Rasmussen og pasienten ble enige om å prøve et medikament som kunne gi bivirkninger for dem med syke hjerter og høye doser. Mannen hadde normalt hjerte og fikk lav dose. Noen uker etter døde han. Han ble ikke obdusert. Rasmussen skriver: «Fortsatt ser jeg ham for meg og undrer meg på om det var meg som tok livet hans.»

– Det er ikke alltid lett å være lege eller sykepleier.

– *Men gledene i yrket overgår byrdene?*

– I høyeste grad.

Derfor holder han fortsatt på. Han underviser og forsker – om hjerter.

– *Noen sensasjoner på gang?*

– Nei, det har tørka litt ut. Det var mer nytt for 30 år siden. Nå har resultatene blitt så gode. Dødsfall skjer veldig sjelden etter hjertekirurgi. Livet er blitt mye tryggere. Men innen

Rasmussen mener at særlig temaet om livets slutt angår sykepleiere.

– Vi må bli flinkere til å si til pasientene at nå kan vi ikke gjøre mer: «Nå er det sluttfasen. Ikke mer MR, cellegift er ikke noe for deg.» Dette er vanskelig å si for mange leger. Jeg tror sykepleierne ergrer seg over det. De er viktige allierte for legene.

– *Hva er den viktigste debatten i dag?*

– Prioritering. Særlig koblet til overbehandling i livets sluttfase.

Han viser til et skrekkens eksempel, da hjertestartere på alle sykehjem ble et tema.

– Det bør ikke være mange hjertestartere på sykehjem. Noen kunne være fristet til å bruke dem!

– *Burde myndighetene lytte mer til fagfolk?*

– Ja, men også stille flere kritiske spørsmål. Fagfolk ber jo for sine syke

Sykepleieideologien kan bli litt tårefyllt.

kreft er framskrittene mindre.

Rasmussen har hatt store glede av alle framskrittene.

– Det gir et kick å sette dem i verk.

Som tidligere leder av legenes etikkråd har han hatt mange fine møter med sykepleierne. Han påpeker at sykepleierne, for eksempel Kari Martinsen, har vært sentral i å beskrive helsearbeidernes grunnlagsfilosofi.

– Men det kan bli følelsesladet. Der er Florence Nightingale et godt ideal: En barsk dame som kalte en spade for en spade.

– *Er sykepleierne for emosjonelle?*

– Ikke i det daglige. Men sykepleieideologien kan bli litt tårefyllt.

mødre. Spør dem: «Er det dokumentert? Hvor mange liv ble reddet?» Bedre dialog er bra.

Boken tar opp hvilke krefter som påvirker helsevesenet. For eksempel kan legemiddelindustrien sette sitt eget beste foran befolkningens.

– *Hvilke krefter frykter du mest?*

– Ønsket om å gjøre det bedre for folk driver de fleste helsearbeidere. Men mange lager forventningsbølger om at vi kan løse alle problemer. Det går ikke å drive et helsevesen uten dødsfall, uten komplikasjoner, uten at det gjøres feil.

Forventningene er den største trusselen som det går an å gjøre noe med. ■■■



Ut av hyllen og tilbake igjen

JEG ER MIDT I EN UTRENSKNINGSPROSESS. Én etter en luker jeg ut bøkene mine. Drar dem fram med pekefingeren, vurderer og feller dommen. Bli eller forsvinn?

Sant å si blir de fleste.

Det skjer noe når jeg står der med dem i min makt. Fra krigersk å erklære at plassen er for knapp, bøkene for mange, blir jeg overmannet av minner, bløtgjort og ettergivende.

Jeg har hundrevis av dem. Mange har jeg aldri lest og kommer heller aldri til å lese. Men jeg kjenner dem litt likevel. Historien om dem er en del av historien om meg. Jeg vet hvor de ble kjøpt eller hvem som ga dem til meg. Hvorfor jeg valgte dem eller hvordan jeg reagerte på at noen hadde valgt akkurat den til meg.

Det er den tulleste krimboken jeg aldri har åpnet, men som likevel tar meg med storm hver gang jeg ser den fordi jeg fikk den av en jeg aldri hadde forventet å få noe av. Det er den lettbenete feel good-romanen som rommer fornemmelsen av en tid. Bøkene jeg leste på en gressplen en sommer i Nord-Norge. Bøker jeg likte og bøker jeg mislikte. Som usynlige rygger står også bøkene jeg mistet. Bøker jeg lånte bort til noen som aldri leverte dem tilbake. Jeg burde tenkt at det bare var en hjelpende hånd til ryddingen, likevel svir savnet.

Noen ganger klarer jeg likevel å gjøre kort prosess. Det er som regel konsekvensen av å konsultere min mann: «Hva med denne, jeg husker ...», sier jeg langsomt etter å ha stått en time foran bokhyllen. «Få den vekk», sier han. Og så forsvinner en og annen ned i hvite plastposer, som er mellomstasjonen før loppemarkedet tar dem videre.

Men sist jeg gikk til angrep på bokhyllen, måtte jeg bare kapitulere. Plassen er fremdeles for liten, men det er ikke en bok å miste.



Nina Hemæs



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.

Våre nye digitale hjelpere

PDA – personlig digital assistent er en mobil enhet med mulighet for personlig informasjonsstyring og internettilknytning.

Dette er det nye verktøyet vårt, sier helsepersonell i Arendal kommune. De jobber nå papirløst, og personalet kan ikke tenke seg å gå tilbake til den gamle måten å jobbe på – med arbeidslister, medisinkort og journaler på papir.

PDA ble først lansert i 1992 (Apple). I 1996 kom Nokia med den første mobiltelefon med full PDA-funksjon, og senere er det utviklet flere typer smarttelefoner (iPhone, Nokia – N-serien og HTC).

130 kommuner

De tre mest brukte systemene som er tilpasset PDA i Norge, er Tieto (Geric Mobil Pleie), Visma (Mobil Profil) og Acos (Cos-Doc Mobil). Totalt bruker 130 kommuner mobile enheter. Disse bærbare enhetene tilfredsstiller Datatilsynets krav til sikkerhet. Personalet har ikke en personlig PDA, den utdeles ved oppstart av arbeidsdagen. Ingen data lagres i PDA – kun på sentrale servere (som er beskyttet bak to barrierer).

Hjemmetjenesten kan med mobile enheter få tilgang til arbeidsplan («mine oppdrag»), tjenestebrukers og arbeidsgruppens oppdrag, hovedkort med personopplysninger, veibeskrivelse, nettverk, GPS, journal med tiltaksplan, rapportering, ipløs, medikamentliste og forskrivning, meldingssystem (meldinger til hverandre eller til tilsynslege), vedtaksdokumenter, trykkesystemer og faglige støttesystemer fra Sunnsoft (Sykepleierbok, Medisinsk ordbok, Lommelegen, Felleskatalog, og Akribe utvikler nå PPS til PDA). I tillegg jobbes det med logistikken i forhold til oppgaver som må huskes (ta med bleier/sårutstyr til neste besøk etc.). Dette løses i neste versjon av Geric, ved hjelp av huskelapper. Noen har også innlagt mulighet for at man kan «overta» oppdrag fra kolleger om det er behov for det.

Bilder

Man kan ta bilder, men ikke alle kan sende/lagre bildet i pasientjournalen. Det bør utnyttes i større grad enn i dag (dokumentasjon eller interaktiv samhandling). Ved sårstell tas bilde av et komplisert sår, det sendes til sårpoliklinikk og man får direkte respons på videre stell. Eller man sender bilde vedlagt en henvisning til lege, mens sykepleier er hos pasienten.

I hjemmetjenesten brukes mye tid mellom sentral og pasienter. Før møtte man på sentral for rapport før og etter arbeid. Nå får man en oppdatert PDA med arbeidsliste og annen relevant informasjon om pasienten. Etter hjemmebesøk kan man legge inn ny, ajourført informasjon mens man er hos pasienten, dataene blir kryptert og synkronisert over mobiltelefonnettet. Dette medfører kortere reisetid og bedret kvalitet på registreringene. Kommuner har regnet ut at de kan spare opptil 45 minutters ressursbruk per ansatt/vakt med bruk av håndholdte enheter. Arendal har 11 soner



DIGI: Arendal kommunes har tatt i bruk personlig digital assistent i hjemmetjenesten. Foto: Arendals Tidende.

i hjemmetjenesten med forskjellig geografiske avstander og utfordringer, og ser det som en positiv effekt at innspart administrativ tid kan brukes hos pasientene.

Færre feil

Utfordringer med PDA er nettverk, sikkerhet, avviksrutiner og support. Drammen var «online» fra 2005 med Geric Mobile Pleie. Arendal var også tidlig ute og hadde mange utfordringer i forhold til teknisk stabilitet, som ble justert i samarbeid med IKT Agder IKS og Tieto og fungerer bra i dag. Rutiner i forhold til tap av PDA/feil kode/skade etc. må utløse stenging av tilgang, og avtaler for umiddelbar teknisk support er nødvendig. IKT Agder IKS sier at tekniske utfordringer blant annet har vært relatert til ustabil klient på PDA og gateway software i nettverk. Avviksmeldinger er i dag sjeldne for alle løsninger, noe som er betryggende for brukerne i kommunene.

Det er viktig med opplæring av ansatte i system og mobil bruk. Hver sone i Arendal har en PDA-ansvarlig, som læres opp først hvis det er endringer og oppdateringer. De blir ansvarlig for øvrige ansattes opplæring i sin sone.

Variierende priser

Pris for innkjøp varierer, siden leverandørene har priser ut fra et nettverk er på plass eller en «pakke» med alt i ett. Nytteeffekt kan måles i enkle regnestykker som gir stor økonomisk og kvalitetsmessig uttelling for kommuner.

Mobiltelefon blir våre nye datamaskiner. PC er i dag best egnet som skrivemaskin, men fingergrensesnitt/lokaliseringsteknologi vil gjøre at en mobil kan egne seg bedre for noen data i fremtiden. Dette kan ta tid, her er det mye som skal læres og erfares hos dem som lager brukergrensesnitt. ■■■



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 universitetssykehus, Rikshospitalet.
E-post: terje.anderssen@rikshospitalet.no



Brita Noorland er anestesisykepleier på Intervensjonsenteret på Rikshospitalet.
E-post: noorland@online.no



Vettigare vård. Evidens og kritisk tänkande i vården

Av Ragnar Levi
174 sider
Norstedts, 2009
ISBN: 978-91-1-302273-4
Anmelder: Bjørn Hofmann, professor i medisinsk etikk.

Vettug evidens

ANMELDELSE: Ragnar Levi peker gjennom en rekke aktuelle eksempler på hvordan helsevesenet anvender metoder som skader pasienter mer enn de gagnar. Han maner til kritisk tenkning og til en mer rasjonell og kunnskapsbasert utøvelse av helsefagene.

Boken henvender seg til studenter og helsearbeidere av alle slag. Den peker på klinikkens blinde flekker: På inngrodde tankesett, skjulte forutsetninger og ubegrunnede praksiser. Dette gjør Levi med omsorg for pasientene og med tydelig kjærlighet til fag.

Han maner til reform innenfra for å unngå at helsevesenet bryter ett av sine mest grunnleggende prinsipper: Først og fremst ikke skade.

Boken gir råd om hvordan vi kan og bør møte en lang rekke utfordringer for det moderne helsevesenet: Overbehandling, underbehandling, kunnskapsmangel, industriens innflytelse, skillet mellom sykt og friskt og det unaturlige skillet mellom medikamenter og annen medisinsk teknologi. I dette berører den også en lang rekke etiske spørsmål som paternalisme og pasientautonomi, risiko-persepsjon, behandlingsavslutning, eugenikk, prioritering og forholdet mellom økonomiske og humanitære interesser.

Levi vil bevege helsevesenet fra eminensbasert til en evidensbasert praksis, men ikke ukritisk. Han for-

midler kompliserte metoder på en allmenn og forståelig måte, og setter evidensbasert medisin inn i en større helsefaglig og samfunnsmessig sammenheng. Han peker særlig på hensynet til den enkelte pasient.

Med dette utfyller og nyanserer Vettigare vård andre gode bøker om kunnskapsbasert praksis. Hvis jeg savner noe, så er det en dypere refleksjon over evidensbasert medisins forutsetninger, så som dens nytteorienterte og instrumentelle rasjonalitet, samt referanser for flere av de mange knakende gode situatene.

Ragnar Levi har levert en forbausende lettlest bok om vanskelige tema, som det er lett å anbefale.

Jeg vet bare om ett tidsfordriv som aldri synes å trette, og det er lesning.

Roald Amundsen



På sporet av et dannet helsevesen.

Om nære pårørende og pasienters møte med helsevesenet

Av Herdis Alvsvåg
Akribe forlag
120 sider
ISBN 978-82-79501-19-0
Anmelder: Bjørn Rogne Christensen, operasjonssykepleier, Oslo universitetssykehus, Aker og mastergradsstudent.

Mer om dannelse!

ANMELDELSE: Vi som arbeider med mennesker har nytte av denne lille, men viktige boka. I «På sporet av et dannet helsevesen» intervjues både pasienter og pårørende om erfaringer med helsevesenet.

Begrepet dannelse kan være vrient å definere. Man kan forklare det med en livslang prosess der man stadig utvikles som menneske, der man utvikler seg åndelig og tilegner seg kulturelle kompetanse i samspill med andre mennesker. Samtidig som man evner å erkjenne at man ikke blir ferdig med dannelsesprosessen.

Tyskerne bruker begrepet «Bildung». Det omfatter både selve prosessen og resultatet. Selve dannelsesprosessen og dannelsesresultatet er ikke det enkelte menneskes bedrift, det er mennesket i fellesskap som dannes.

Alvsvåg begynner med å presentere Aristoteles' moralske dyder. De

gamle grekerne beskrev dydene som en mellomting mellom to ytterpunkter, «den gyldne middelvei». En dyd som mot er midt mellom feighet og dumdristighet. Jeg ser en sammenheng mellom denne tankegangen og Norsk Sykepleierforbunds valgspørsmål «tydelig, modig, stolt».

Alvsvåg skriver at det å ha evne og vilje til å gjøre seg forståelig er et dannelseskriterium. Denne forståelseskunsten krever vennlighet, tid og tålmodighet. Vår tid kjennetegnes av jakten på kjappe svar man kan sette to streker under og presentere som løsningen på et problem. Prosessen fram mot svaret, refleksjonen, er det liten tid til.

Man bør trekke et skille mellom utdanning og dannelse. For der utdannelsen vår er treårig og har i seg begrensninger i hva og hvor mye man kan fylle på med kunnskap, ligger det

i dannelsen at man i løpet av hele livet dannes. Man formes av opplevelser og av å treffe medmennesker.

Dette er et perspektiv som kan trekkes inn i dagens empowerment-tankegang, der pasientene har blitt til bevisste (for) brukere av helsetjenester, med større grad av rettigheter enn tidligere. Det som kompliserer denne tankegangen, er for det første at alt i våre dager skal gå veldig fort; vi snakker ikke godt nok sammen. For det andre er forventningene til hva helsetjenesten faktisk kan gjøre noe med i noen grad for høye.

Mot boka har jeg en sentral innvending. Den er overraskende kort. Jeg kunne ha tenkt meg at Alvsvåg forklarte mer om begrepet dannelse. For i vår huiogkast-tidsalder burde det være på sin plass å roe litt ned, ta seg tid til å stille de viktige spørsmålene.

Quiz

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

Er du en kompetent sykepleier?

Test kunnskapene med vår aktuelle og nådeløse quiz!

1 Hva er kondylomer?

- A Kjønnsvorter
- B Kjønnshår
- C Ekstra slitesterke kondomer

2 Hva er vestnilfeber?

- A En type soppgiftning
- B En virusinfeksjon
- C En bakterieinfeksjon

3 Hva forårsaker vestnilfeber?

- A Inntak av gresk fluesopp
- B Arborvirus
- C Stafylokokker

4 Hvordan overføres vestnilfeber til mennesker?

- A Gjennom spising
- B Gjennom mygg
- C Gjennom badevann

5 Hva er narkolepsi?

- A En form for narkose
- B En form for narkotika
- C Søvn sykdom

6 Hvor langt urinrør har menn?

- A 10 cm
- B 20 cm
- C 2 meter

7 Og hvor langt urinrør har kvinner?

- A 3-5 centimeter
- B 10-20 centimeter
- C Rundt en meter

8 Hva er uretritt?


- A Virus som smitter via uer
- B Betent urin
- C Betennelse i urinrøret


9 Hva er pthirus pubis?


- A Flatlus
- B Ringorm
- C Barnemark


10 Hva er pediculus capitis?

- A Bendelorm
- B Hodelus
- C Kroppslus

 **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.)



TIL Å TISSE I: Men hvor langt urinrør har en som bruker disse til vannlating?

SVAR: 1A Kjønnsvorter, 2B En virusinfeksjon, 3B Arborvirus, 4B Gjennom mygg, 5C Søvn sykdom, 6B 20 cm, 7A 3-5 centimeter, 8C Betennelse i urinrøret, 9A Flatlus, 10B Hodelus

FAG NYHETER

Sykepleie reduserer dødsrisiko

Sykepleiere kan redusere risiko for hjerte- og karsykdom, ifølge en nederlandsk studie. – Oppmuntrende! sier Tone M. Norekvål, hjertesykepleier med doktorgrad. Tekst **Marit Fonn**

Elleve sykehus og 754 pasienter er med i den nederlandske undersøkelsen, som ble lagt fram på den europeiske hjertekongressen i Stockholm i slutten av august.

Ifølge en pressemelding hadde pasientene i undersøkelsen hatt hjerteinfarkt. Risikoen for nye komplikasjoner og nye hendelser er høy, særlig de første månedene etter infarkt.

Undersøkelsen gikk ut på å finne ut om risikoen for nye hendelser og død ville bli redusert hvis pasientene fikk veiledning fra sykepleiere om hva pasientene selv kunne gjøre.

Mat og røyk

Sykepleierne veiledet om livsstilsendringer, blant annet ernæring, fysisk aktivitet og røykestopp.

To grupper var med i studien. Den ene fikk tradisjonell oppfølging. Den andre fikk i tillegg veiledning fire ganger av sykepleiere i poliklinikken i løpet av et halvt år. Etter 12 måneder ble det målt blodtrykk, kolesterol, blodsukkernivå, vekt og livvidde. Ifølge risikoutregningssystemet SCORE, ble risikoen for å dø i løpet av ti neste år redusert med 17 prosent.

– Oppmuntrende

– Dette resultatet er oppmuntrende, sier Tone M. Norekvål, som er fag- og forskningssykepleier på hjerteavdelingen ved Haukeland universitetssykehus. Hun var selv på konferansen i Stockholm og la fram europeiske anbefalinger om hjertestarterpasienter og førerkort. I arbeidet har hun vært eneste sykepleier sammen med mange kardiologer.

Norekvål trekker fram at den nederlandske undersøkelsen om sykepleierforebygging er stor:



LIKER: Tone M. Norekvål setter pris på sjelden vare; stor evaluering av sykepleiertiltak. Foto: Marit Fonn

– Det er sjelden at man klarer å få til en så stor studie. Når resultatene også er gode, er det ekstra oppmuntrende.

Hun synes også det er et stort pluss at deltakelsesprosenten er så høy som 93 prosent.

– Det er altfor sjelden at man ser at tiltak satt i gang av sykepleiere blir systematisk evaluert med anerkjente metoder, sier Norekvål.

Dette gjelder også andre fagfelt, ikke bare innen hjertefeltet.

Hjelp ikke på vekten

Studien i Nederland viste for øvrig at vekt og livvidde ikke ble redusert, til tross for veiledning av sykepleierne.

Professor Ron J G Peters konkluderer i pressemeldingen med at man derfor ikke bør satse på slik veiledning det første året etter et infarkt. Man bør heller prioritere de andre risikofaktorene, mener han.

Norekvål er ikke umiddelbart enig.

– Det kan jo hende veiledningen ikke var målrettet nok. Kanskje sykepleierne ikke har funnet nok ut om hva som skal til for å få folk ned i vekt, sier hun og understreker at hun ikke kjenner til detaljer i studien. ■■■

Fastlegene har ofte ikke særlig stor kunnskapsbase.

Side 86

Det er urealistisk å tro at alle de eldres behov blir dekket i fremtiden.

Side 76

De eldste kan ikke «shoppe» tjenester»!

Side 72

Sterke
synspunkter?
Skriv til oss!

Mennesker & meninger

Sykepleien

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

TETT PÅ GRETE CHRISTENSEN

«Vi har en innbilt likestilling i Danmark.»

80

DILEMMA MARIE AAKRE

«Jeg opplever det ofte som en avsporing at kritikk i helsevesenet møtes med svaret: «Vi skal se på våre rutiner»

79



NSF HAR ORDET

Forbundsleder Lisbeth Normann

Stilling: Forbundsleder i NSF

E-post: lisbeth.normann@sykepleierforbundet.no

Kan de eldre virkelig velge?

Det er de sykeste eldre som får langtidsplass på sykehjem. De trenger først og fremst å være trygge på at det tilbudet de får er tilpasset deres hjelpebehov.

Jeg fikk nylig en ny utfordring; å delta i NRKs direktesendte program «Debatten». I panelet satt foruten meg blant andre Jens Stoltenberg, Carl I. Hagen, Vidar Lønn-Arnesen og Petter Furulund. Temaet vi diskuterte var «Eldreomsorg». I løpet av debatten kunne vi ikke unngå å komme inn på det svaret flere politikere og andre samfunnsaktører mener er løsningen på problemene i eldreomsorgen; privatisering og valgfrihet.

Min oppgave i debatten var ikke helt enkel. På den ene siden er ikke Norsk Sykepleierforbund imot private løsninger som et supplement til offentlige helsetilbud. Men på den andre siden vet vi sykepleiere, ut ifra faglig ståsted, at løsningen ikke er så enkel. For i debatten som skal være preget av tabloide påstander, får vi ikke poengtert en vesentlig ting; de færreste eldre som i dag har plass på sykehjem er i stand til å ta reelle valg. De er ikke fysisk og mentalt kapable til å sette seg ned foran en PC og «shoppe» tjenester slik enkelte ser ut til å tro.

Faktum er: I 2009 mottok mer enn 265 000 mennesker minst én form for helse- og omsorgstjeneste i kommunene. Det var 44 000 pasienter som fikk sykehjems plass og over 129 000 pasienter som fikk hjemmesykepleie, viser tall fra

De sykeste eldre må få slippe å ta valg de ikke har forutsetninger for å ta.

Statistisk sentralbyrå. Hovedgruppen i sykehjemmene og i hjemmesykepleien er de sykeste gamle. Mennesker som gjerne skulle bodd i eget hjem og styrt sitt eget liv, men som ikke lenger har evner eller krefter til å gjøre det.

Sykehjemspasientene er blant de sykeste og svakeste i landet, og de har et stort behov for helsehjelp. Gjennomsnittspasienten ved norske sykehjem er 84 år, er ikke i stand til å gå, trenger hjelp til personlig hygiene, til å spise, til å kle seg og til å ta sine medisiner. Over 70 prosent av



VERDIG ALDERDOM: Tilstrekkelig kompetent personale, og tilstrekkelig bemanning er grunnleggende forutsetninger for at syke eldre skal få en verdig alderdom. Arkivfoto: Tarjei Ekenes Krogh

pasientene er demente og har i tillegg minst fem kroppslige sykdommer og lidelser som trenger oppfølging av helsepersonell. Det er rift om sykehjemsplasser. Bare de sykeste får langtidsplass.

I dag er det cirka 70 000 mennesker som er demente i Norge. Antallet vil bli doblet i løpet av de neste 30 årene. En grunnleggende forutsetning for å kunne velge er å forstå hvilke valg som finnes og hvilke konsekvenser valget gir. De sykeste eldre er som nevnt ofte mentalt og fysisk reduserte og deres interessesfære og energi begrenser seg til de nærmeste ting. Vi mener derfor at de sykeste eldre må få slippe å ta valg de ikke har forutsetninger for å ta, men heller være trygge på at det tilbudet de tilbys er tilpasset den enkeltes hjelpebehov.

En grunnleggende forutsetning for å sikre de syke eldre en verdig alderdom er tilstrekkelig kompetent personale, både i hjemmesykepleien og sykehjemmene. Det må være tilstrekkelig grunnbemanning og behovet for personell må beregnes ut fra pasientenes tilstand.

Vi vet at sykepleiere søker seg til arbeidsplasser med fokus på kvalitet og fag. Vi vet at syke-

pleierstudenter ønsker å være i praksis der det er sykepleiere som kan veilede dem, være gode rollefigurer og bidra til en trygg yrkesidentitet. Vi vet også at gode praksisplasser rekrutterer sykepleiere, både erfarne og nyutdannede. I tillegg vet vi at et godt arbeidsmiljø preges av et godt samarbeid mellom leger, hjelpepleiere og sykepleiere, med respekt for hverandres kompetanse og felles mål om gode tjenester. Hvis vi skal kunne gi morgendagens gamle en verdig alderdom må det bli større fokus på kompetanse og heltidsstillinger. Kommunene må gjøre seg attraktive som arbeidsgivere. Kompetansen og arbeidet til sykepleiere og annet helsepersonell må verdsettes, både verbalt og lønnsmessig.

Jeg ønsker at vi som sykepleiere alltid skal ha dette perspektivet når vi diskuterer eldreomsorg – uavhengig av privat eller offentlig aktør.

Om å ta signalene på alvor

En pianist sitter og spiller på kommunens nyervervede klaver og komponerer den vakreste musikk. Klaveret er nystemt og akustikken i rommet er perfekt. Pianisten er lykkelig, inspirert og kreativ. Alle i rommet nyter musikken hennes. En dag får pianisten beskjed om at kommunen må spare på klaveret og fjerner først de lyseste og mørkeste tonene lengst fra hendenes sentrum. Først fjernes de svarte tangentene og siden de hvite.

Hun kan jo fortsatt bruke midten av klaveret, tenker kommunen og er særdeles fornøyd med innsparingen.

Pianisten er en kreativ sjel og legger opp til å komponere nye, men enklere melodier. Innerst inne føler hun på en gryende spire av ufrihet og undring over den manglende innsikt kommunen har over konsekvensene dette vil kunne gi på sikt.

Ett år er gått, og kommunen ser med positive øyne på årets komposisjoner. En regnfull dag kommer de og fjerner de resterende svarte tangenter og forventer at pianistens kreativitet også løser denne utfordringen. Tenk positivt, er svaret hun får når hun oppjonerer mot denne form for holdning og handling.

Hodet bøyes over de gjenværende tangenter. Så monotont og kjedelig, tenker hun og føler på en misstemning og desperasjon.

Hun anstrenger seg til det ytterste for ikke å spille falskt og for å komponere enkle melodier. Herregud, tenker hun. Ser ikke kommunen hvor lite spillerom jeg har å spille på? Publikum fortsetter å applaudere etter endt konsert. Pianisten er på randen av sammenbrudd. Hun har gitt alt.

Fem nye år er gått og kommunen er på vei til pianisten. Du er så flink og kreativ, sier de, og du er alltid så positiv. Vi fjerner bare litt her og litt der, og se: Du har jo fortsatt 26 tangenter igjen, sier de og smiler. De er svært fornøyd over besparelsen.

Pianisten elsker yrket sitt. Hun gjør så godt hun kan. Hun gir fortsatt alt hun har, men det begynner å låte falskt. Publikum begynner å bue og lager pipekonsert. Tomater og egg blir kastet mot henne: TENK Å SPILLE SÅ JÆVLIG FALSKT OG VI SOM HAR BETALT SÅ MYE FOR KON-SERTEN!

NOK er NOK, tenker hun, reiser seg opp og går ut med hevet hode mens hjertet blør.

Jeanette Heidi Leine

Må endre holdning

Kjære redaktør. Som datter av en psykiatrisk sykepleier og tidligere pleieassistent i hjemmetjenesten ønsker jeg å komme med en kommentar til det du skrev på førstesiden av Sykepleien nr. 9 2010 angående valg av sykepleier, farge og eller kjønn og prosjektet som de ønsker å sette i gang med i Stavanger med kun mannlige pleiere.

Omsorgsyrkene har så absolutt blitt preget av at vi nå lever i en globalisert verden, både blant dem som gir omsorg og blant dem som mottar omsorgen. Dette skaper rom for kulturelle utfordringer på mange områder, men jeg tror at det er noen enkelte viktige grep som skal til. Først og fremst handler dette om rolletydighet og om profesjonalitet i omsorgsyrkene. Uansett kjønn eller farge, så er sykepleiere og omsorgsarbeidere en yrkesgruppe som krever at man kan utøve profesjonalitet, det er jo pasienten og pasientens velvære som skal stå i fokus. Om pasienten føler seg utilpass med å motta omsorg fra en person av det motsatte kjønn, annen hudfarge eller fra noen som snakker norsk med særdeles uttrykt aksent, så er dette faktisk pasientens problem.

Valgfriheten står selvfølgelig i det at man kan ønske å motta behandling eller ikke, men utover dette er det dessverre begrensninger for hvor mye diskriminering man kan tillate.

Til sammenlikning med andre land så har Norge et stykke å gå før vi kan kalle oss multinasjonale i ordets rette forstand, og jeg tror absolutt at dette handler om holdingsendringer hos Ola Nordmann i første omgang. Integrering er så absolutt en to-veis prosess som krever at begge parter er aktivt involvert i prosessen.

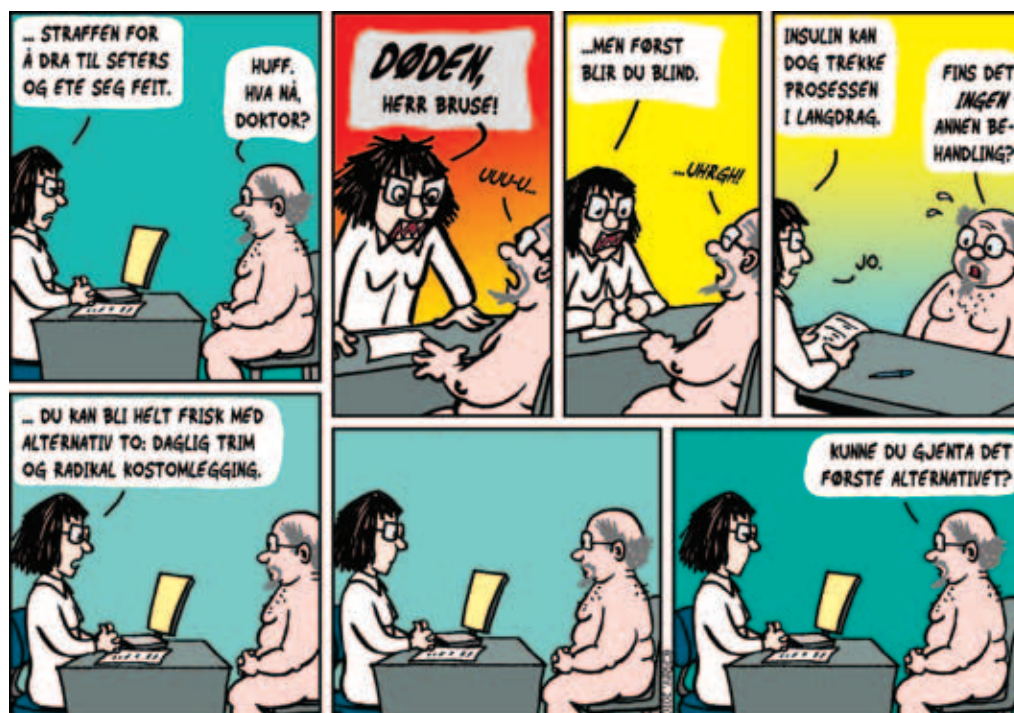
Med vennlig hilsen Ingeborg Mork Knutsen

www.sykepleien.no

Du kan si din mening om aktuelle saker på sykepleien.no



TERAPI av Bodil Røvhaug



MINNEORD

Gro Aud Valsgård

Intensivsykepleier Gro Aud Valsgård døde 20. juni 2010, 67 år gammel og ble begravet 25. juni fra en fullsatt Dybvåg kirke i Tvedestrand.

Det er vanskelig å fatte at Gro er død, selv om vi visste at hun var alvorlig syk. Hun var en så viktig person i vår avdeling.

Gro begynte som sykepleier i Intensivavdelingen – postoperativ avdeling, som det den gang het – i 1967. Bortsett fra avbrekk i forbindelse med barnefødsler og omsorg for små barn, hadde hun vært ved avdelingen i mer enn 40 år, da hun brått måtte slutte pga. sykdom i mai 2008. Hun avsluttet sin karriere med en dobbeltvakt dagen før hun fikk sin alvorlige diagnose. Ikke mange har en slik sorti. Men dette var typisk Gro, alltid beredt til å gjøre en ekstra innsats, alltid full av energi.

Gro ble tildelt sykepleierprisen i 2007. Denne prisen gis til en sykepleier eller en gruppe som har profilert faget på en spesielt god måte. Gro var en slik sykepleier; faglig dyktig, vennlig, blid og omsorgsfull, lot alltid pasienten komme

først, og de pårørende ble behandlet på samme respektfulle, empatiske måte. Vi har hørt pårørende fortelle flere år senere om hvor viktig Gro var for dem i den kritiske perioden i deres liv da de hadde en av sine kjære alvorlig syk på Intensiv.

Vi så alle Gros helt unike evner til å ta seg av pasienter og pårørende i krise. Gro var en «sangernes sanger»; det er mange av oss som opp igjennom årene har sagt: «Skulle jeg være så uheldig å bli alvorlig syk og måtte på intensiv, ville jeg ønske å bli ivarettatt av Gro».

Gro var også en fantastisk kollega; alltid vennlig og positiv, alltid med omsorg også for oss. Da vi var nye og unge, var hun den man alltid trygt kunne spørre om hva som helst. Ikke bare fikk man et klokt svar, hun fikk en i tillegg til å føle seg god. Hun ga oss følelsen av å bety noe.

Gro hadde en utrolig arbeidskapasitet; jobbet full stilling i tredelt turnus, selv etter fylte 62 år, var alltid faglig oppdatert, også når det gjaldt IT, tok ekstravakter når avdelingen hadde behov for det, doble vakter, oslotransporter. Og

hvem har ikke kost seg med hennes vabler som hun greide å trylle frem, selv når avdelingen var hektisk. «Å, det? Det er bare sånn som jeg gjør innimellom, det», var svaret vi fikk når vi spurte hvordan i all verden hun fikk det til.

Da Gro ble syk, taklet hun også dette på en beundringsverdig måte. Hun var åpen, tapper og realistisk, lot oss få ta del i hennes liv. Og hun brukte sin tilmålte tid bevisst, sørget for gode opplevelser for seg og sine, var aktiv så lenge det var mulig. At hun måtte slutte å jobbe så brått, var nok en sorg. For Gro var glad i jobben sin, i pasientene, i faget, i alle hun jobbet sammen med. Og vi var glad i henne. Gro betydde noe helt spesielt for hver enkelt av oss.

Det er derfor med stor sorg vi nå må forsone oss med at hun er borte. Men hennes minne vil leve lenge her på Intensiv. Vi er takknemlig over alle de årene vi har fått ha Gro Valsgård i avdelingen.

Våre tanker går til hennes familie; mann og tre barn, svigerbarn og barnebarn som hun var så glad i, og som har lidd et så smertelig tap.

Sykepleiere og leger ved Intensiv, Sørlandet sykehus, Arendal

Margrit Erna Johnsen

Det var med sorg vi mottok beskjeden om at Margrit – en kjent og kjær kollega gjennom mange år – var gått bort.

Margrit ble født i nærheten av Magdeburg i Tyskland i 1934 og vokste opp på et gårdsbruk i romantiske Sachsen-Anhalt midt i de utfordrende 30-årene. I 1952 flyttet hele familien til Vesten, og det skulle gå 35 år før hun vendte tilbake til hjemtraktene.

Margrit tok sykepleieutdanningen sin i Hamburg, og det er ikke annet å si enn at det var det riktige valget for henne. Margrit var sykepleier med hele sitt hjerte og hele sin sjel! De første årene arbeidet hun i Hamburg, hvor hun også traff norske Leif som ble hennes livs store kjærlighet. I 1965 flyttet de til Norge og ble etter hvert en familie på fem. Margrit arbeidet målrettet, fikk godkjent sin tyske utdanning og

begynte å arbeide på Aker sykehus. Der ble hun hele sin yrkesaktive karriere fram til hun gikk av med pensjon ved 65 år! Men hun klarte ikke helt å slippe taket. Til tross for sviktende helse og plager, tok hun ekstravakter på lungeposten helt fram til hun fylte 72 år.

For oss som begynte på lungeposten som ferske sykepleiere, var hun tryggheten selv. Hun ble nærmest som en mor for oss. Hun var omsorgsfull og varm, men kunne også si ifra når det var noe hun var uenig i eller mente burde gjøres annerledes. Hennes livserfaring blant annet med en alvorlig syk ektefelle gjennom mange år, gav henne mye tyngde. Margrit var høyt verdsatt hos pasientene, og de spurte gjerne etter henne når hun ikke var på jobb!

Margrit var en selvskreven gjest på alle julebord, selv etter at hun gikk av med pensjon. Framføringen hennes av sangen «Ein, schwei, sofah» ble etter hvert en fast tradisjon

som måtte til for å få den rette julebordsstemningen. Margrit hadde et fantastisk humør og engasjement, og vi følte oss på linje, til tross for aldersforskjellen. Så når hun fylte 70, var det helt naturlig for tidligere kollegaer å arrangere fest for henne. Sjelden har vi vel vært i et spreker 70-årslag!

Margrit fikk leukemi høsten 08 og trodde vel knapt hun skulle leve til jul. Det ble halvannet år med oppturer og nedturer. Det ble mange sykehusopphold på grunn av infeksjoner, og det var en sorg for henne å ikke kunne være så mye med barnebarn og delta i det sosiale livet. Likevel hadde Margrit en indre ro og styrke til det siste. Vi kjente henne som en fantastisk, sprudlende dame og forbilledlig sykepleier! Vi lyser fred over Margrits minne!

På vegne av alle oss som arbeidet sammen med Margrit på lungeposten ved Aker sykehus, Marianne B. Hoel

SIDEN SIST

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

Vil ha mer positivt blad

Når jeg så bladet ligge på bordet mitt i dag (nr. 10/2010), med forsiden rød og svart og under står det «Melde mer», må jeg bare si at jeg ikke gledet meg til å åpne!

Jeg føler at å være sykepleier er noe man skal være stolt av og glad for, at man har valgt et flott yrke. Men jeg må si jeg er lei av alt fokuset på å melde! Vi skriver avvik hver dag og melder våre medsøstre om feil og avvik! Enn om forsiden kunne vært noe samlende, positivt og flott. Noe å se opp til og strekke seg

etter i stedet for et fareskilt? Jeg jobber selv 70 prosent i hjemmesykepleien og får utbetalt 1500 kroner mer enn min venninne som er trygdet og går hjemme! Klart vi trenger noe positivt for å føle oss verdsatt! Jeg skulle ønske bladet kunne ha mer fokus på dette, og jeg er sikker på at flere er enig med meg. Kanskje dere bør ta en runde og melde hva 90 000 sykepleiere ønsker? Vi skulle være flinkere til å tørre å melde legene, synes jeg.

*Vennlig hilsen utøvende i kvinneyrket, sykepleier
Camilla Røvik.*

Feil i artikkel

I artikkelen «Bruk imamene» i Sykepleien nr. 10 er et tall feil. Det gjelder Folkehelseinstituttets undersøkelse fra 2007 om helsemessige konsekvenser for barn av inngiftede foreldre. Vi skrev «Risiko for dødfødsel er 163 ganger høyere» Det riktige tallet er 63 prosent høyere risiko.

Red.



Samarbeid gir fordeler



Norsk Sykepleierforbunds Barneforsikring leveres av Tryg og koster under 1.000 kroner i året.

Barneforsikringen kan bestilles hos NSF's Forsikringskontor på telefon 22 04 31 50.

Nå heter vi Tryg

Vi har skapt trygge rammer for kundene våre i mer enn 130 år. Navneskiftet fra TrygVesta til Tryg gir ingen praktiske endringer for deg. Ambisjonen vår er fortsatt å være Nordens ledende trygghetsleverandør.

Du kan lese mer på www.tryg.no

Det handler om å være trygg





Førstelektor **Runar Bakken**,
Senter for omsorgsforskning
Sør, Høgskolen i Telemark.



Administrasjonssjef **Per
Gunnar Disch**, Senter for
omsorgsforskning Sør,
Høgskolen i Telemark.

Tror på paradiset på jord

Behovet for kompetanseutvikling og økt rekruttering til den kommunale omsorgstjeneste er ikke av ny dato. I 2025 vil Norge trenge om lag 150 000 nye ansatte innenfor denne sektoren.

Velferdsstaten har de siste 30 årene gradvis utvidet hva den tar ansvar for, og kan muligens sammenlignes med tidligere revolusjonære bevegelser som hadde en visjon om å skape himmel på jord.

I St. meld 25 (2005-2006) «Mestring, muligheter og mening – framtidens omsorgsutfordringer» gir regjeringen en oversikt over fremtidens hovedutfordringer og fastlegger både langsiktige og kortsiktige strategier i møte med dem. I meldingen legges det blant annet vekt på at nye brukergrupper er kommet inn under

Det brenner under føttene til den norske velferdsstat.

omsorgstjenesten i kommunene, noe som igjen stiller krav til nye arbeidsformer og endret kompetanse.

Helsedirektoratet satte omtrent samtidig i verk sin rekrutteringsplan (2003-2006), blant annet for å øke rekrutteringen til de kommunale pleie- og omsorgstjenester med 10 000 nye årsverk. I St.meld. 47 (2008-2009) – den såkalte samhandlingsreformen – legges det blant annet opp til;

- › etablering av bo- og behandlingstilbud i kommunene (før, istedenfor og etter sykehusbehandling), for å sikre en faglig styrking av kommunehelsetjenesten
- › flere faggrupper og større fagmiljøer
- › styrke legetjenesten i kommunene
- › øke innsatsen overfor prioriterte grupper
- › styrke forebygging og tidlig intervensjon

Som del av Omsorgsplan 2015, legger «Kompetanseløftet» opp til en utbygging av 12 000 nye institusjonsplasser, og 12 000 nye årsverk.

Denne satsingen signaliserer en erkjennelse av at økt kompetanse er nøkkelen til økt rekruttering og forbedret kvalitet på omsorgstjenestene.

Et sted må grensen gå

Disse signalene – for ikke å si røyksignalene – er knyttet til at det brenner under føttene på den norske velferdsstaten. På den ene siden må staten få kontroll over kostnadssiden, og på den andre siden utvide velferdsstatens ansvar for den enkelte. Eksempelvis skal ikke de eldre og pleietrengende ifølge St. meld 25, kun leve av noe (mat og drikke), men også for noe (kunst, kultur) – noe som

samlet skal fremme målet om en meningsfull og verdig alderdom.

I utgangspunktet ble velferdsstaten bygd opp i kampen for mer likhet enn det stands- og klassesamfunnet skapte for befolkningen. Det var relativt enkelt å få oppslutning om denne humanistiske ideen, fordi de fleste erfarte at likere materielle livsbetingelser bidro til å redusere den menneskelige lidelse. Men ifølge Halvard Vike (2004) utkrystalliseres drømmen om individets uavhengighet og autonomi fra dette utgangspunktet. Av spesielle historiske grunner både påtar og forventes det at den norske velferdsstaten skal realisere denne utopien. Ved hjelp av en aktiv og tilstedeværende stat skal den fremme befolkningens uavhengighet og selvstendighet – ikke fra staten, men først og fremst former for potensielt undertrykkende avhengighetsbånd i markedet, i lokalsamfunnet og i familien (Vike 2004). Ambisjonen om å realisere denne utopien, bidrar til en radikal utvidelse av hva velferdsstaten skal ha ansvar for på befolkningens vegne.

For staten blir det et moralsk, politisk og økonomisk problem når alle eldre har krav på «tilbud om varierte og tilpassede aktiviteter både ute og inne», «mulighet for samvær og sosial, fellesskap og aktivitet», og «nødvendig medisinsk undersøkelse og behandling, rehabilitering, pleie og omsorg tilpasset den enkelte» ifølge kvalitetsforskriften av 2002 og en «verdige» alderdom ifølge verdighetsgarantien av 2009. Staten eller kommunene er ikke engang i nærheten av å ha råd til å sørge for nok personell med høy nok kompetanse – verken til å sørge for en god nok eldreomsorg, eller til å virkeliggjøre drømmene som står nedskrevet i St.meld. 25 og 47.

Også profesjonsutdanningene ved landets universitet og høyskoler er involvert i velferdsstatens ekspansjon og økt ansvar for den enkeltes uavhengighet og selvstendighet. Gjennom kontinuerlig å avdekke mangelfulle tilstander for de pasient- eller klientgrupper de arbeider med, bidrar personalet til utvikling av ny kunnskap og nye utdanningstilbud. Dynamikken i denne utviklingen er at forskning og utvikling kan være meritterende for den enkelte, men kanskje viktigst at finansieringssystemet i universitets- og høyskolesektoren premierer slik virksomhet. Virksomheten premieres og med det forsterkes velferdsstatens ekspansjon.

En statlig velferdspolitikktuftet på WHO's helsebegrep; at helse er ikke bare fravær av sykdom, men fullstendig fysisk, psykisk og sosial (og åndelig) velvære, blir grenseløs som visjonen om paradiset. Og den er ubrukelig som grunnlag for statlig omsorgspolitikkt, om enn ikke som grunnlag i møte med hver enkelt pasient eller klient. Velferdsstatens eneste mulighet for å overleve som et of-

fentlig finansiert felleskapsprosjekt, er å innse at paradiset – om det finnes – er i himmelen, ikke på jorden. Et sted må grensen gå.

Lav rekruttering

Behovet for avgrensning av velferdsstaten ansvar, er manglende evne, vilje og mulighet til å finansiere drømmene. Det virker nærmest som politisk harakiri å ta opp til politisk drøfting og bestemme «hvor grensen skal gå» med hensyn til hva velferdsstaten, den enkelte og det sivile samfunn skal ha ansvar for. Den kroniske kapasitets- og kompetansekrise som har utviklet seg de siste 30 årene, skyldes misforholdet mellom drøm og virkelighet. På samme måte som WHO's helsebegrep aldri kan realiseres her og nå, har skiftende regjeringer kunnet henviser til at alt vil bli bedre en gang i fremtiden. Derfor har det kommet som svært overraskende på de statlige myndigheter at rekrutteringen, spesielt til de kommunale tjenester, nå er omvendt proporsjonal med fremtidens behov. Underbemanning, underbetaling, underkvalifisering og det faktum at rundt 50 prosent av personalet arbeider i deltidsstillinger, fremstår i dag som fire rekrutteringshemmende arbeidsvilkår som verken unge menn, men i stadig økende grad også kvinner aksepterer.

Bare 4 prosent av avgangskullene ved sykepleierutdanningene i landet ønsker å søke stilling innenfor den kommunale omsorgstjeneste. Dette skjer samtidig som fremskrivninger viser at 40 prosent av jentekullene fra videregående skole – hvis det bare satses på kvinner – om 10–15 år, må velge en utdanning som kvalifiserer til arbeid innenfor den kommunale omsorgssektor, om behovet for personell skal kunne dekkes.

Hva kan gjøres?

Nåværende regjering markerer sitt fortrinn ved å satse på en offentlig finansiert velferdsstat. Hvis det er en regjering som kan ta opp til politisk drøfting og bestemmelse en avgrensning av velferdsstatens ansvarsområde, må det være den.

Innenfor en avgrensning av velferdsstatens ansvarsområde, må en politisk styrt moderniseringsprosess settes i gang, slik at arbeidsvilkårene kommer på høyde med andre deler av arbeidslivet. Staten må garantere finansiering. Sammen med kommunene må den kreve at alle de kommunale virksomhetene innen 2015 må ha personell med formell kompetanse, faste fulle stillinger – minimum 80 prosent – og kvalifiserte ledere gjennom lederutdanning. Tiltakene vil være av avgjørende betydning for arbeidsmiljøet, sykefraværet og for pasientene.

Kjernen i samhandlingsreformen er å koordinere tjenestene til beste for de i kommunene som til enhver tid trenger nødvendig bistand. Med et avgrenset ansvarsområde, kvalifisert lederskap og tilstrekkelig med personell med høy nok kompetanse i fulle stillinger, er ikke dette vanskelig å få til. Det er vel dokumentert at slike «produksjonsbetingelser» er suksessfaktorer for økt kvalitet i andre deler av arbeidslivet, noe som selvfølgelig også gjelder for



Foto: Colourbox

kommunal omsorgssektor (Svare 2009), (Bakken 2009), (Disch og Vetvik 2009). Skal vi klare dette, må både stat, kommune, region, utdanningsinstitusjoner, arbeidsgiver og arbeidstakerorganisasjoner forene kreftene.

Vi ved Høgskolen i Telemark, Senter for omsorgsforskning, sør, vil gjerne både delta i debatten og bidra med kompetanseutviklingen av sektoren. Vi ønsker – utover de ordinære utdanningene – å bidra til økt rekruttering ved utvikling av nye modeller for kompetanseutvikling av personell med erfaring fra feltet. Eksempelvis kan det være personell med og uten studiekompetanse som gjennom en grundig kompetansevurdering kan tilbys mer arbeidsplassrelaterte kvalifisering på høyskolenivå og i tett samarbeid med kommunene.

En politisk styrt moderniseringsprosess innenfor rammer av et avgrenset kommunalt ansvar, vil kunne innebære at satsingen på kompetanse som nøkkel til økt rekruttering vil skje i en tryggere forvisning om at satsingen ikke bare forsvinner i et grenseløst sort hull og klapper sammen. ■■■

Referanser

Bakken, R (2009) Englevakt – om rekruttering til en eldreomsorg i krise. Forlaget Manifest.

Svare, H (2009) Menn i pleie og omsorg – brødre i hvitt, Universitetsforlaget

Vetvik, E og Disch, P. G. (2009) Framtidens Omsorgsbilde. Senter for omsorgsforskning – sør.

Utfordringsfellesskap i den sosiale integreringen? SOR Rapport nr. 5

Vike, H. (2004) Velferd uten grenser. Akribe



DILEMMA

Marie Aakre om personlig ansvar og systemansvar

Navn: Marie Aakre

Bakgrunn: Leder Rådet for sykepleieetik

E-post: marie.aakre@sykepleieforbundet.no

«Vi skal se på våre rutiner»

Uheldige hendelser begrunnes oftest med systemsvikt. Men kan enkeltmennesker gjøre hva som helst?

Vi arbeider ikke i verdens beste helsevesen. Eksemplene på det motsatte er altfor mange. Pleietjenester får ofte gode tilbakemeldinger, men vi konfronteres stadig med alvorlige svikt og skremmende feil og tilsynssaker. Faglig svikt har medført både dårlig kvalitet, unødvendige komplikasjoner og uventede dødsfall. Faglig uforsvarlig praksis skjer i alvorlige tilsynssaker uten særlige konsekvenser for den ansvarlige på vakt.

Noen eksempler: En dement kvinne frøs i hjel om natten bare 55 meter fra utgangs-

ere som hadde møtt dem og var medansvarlige for oppfølgingen? En sykepleier som varslet to ganger ble omsider hørt som en avgjørende stemme i oppryddingen. Endelig konklusjon om ansvars plassering er ikke kjent.

I Bodø er flere kirurgiske inngrep gjennomført selv om slike inngrep ikke skal gjøres ved dette sykehuset. Hva er rollen og ansvaret til kirurgiske sykepleiere, anestesisykepleiere og operasjonssykepleiere som deltar? Endelig konklusjon i saken er ikke kjent.

Hvorfor går det galt?

Når noe går galt kan årsakene være mange både på systemnivå og personnivå. Standarder, retningslinjer, prosedyrer og kultur kan ikke sikre kvalitet alene.

Pleieren der den demente kvinnen døde, opplyste til Helsetilsynet at hun ikke var kjent med rutinene. Kan hun da lastes? Ja, det kan hun. I yrkesetiske retningslinjer punkt 3 og 5 utdypes dette: «Sykepleieren og profesjonen; Sykepleieren har et faglig, etisk og personlig ansvar for egne handlinger og vurderinger i utøvelsen av sykepleie, og setter seg inn i det lovverk som regulerer tjenesten. Sykepleieren erkjenner et personlig ansvar for at egen praksis er faglig, etisk og juridisk forsvarlig.»

«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.» Underpunktene presiserer at sykepleieren skal sette seg inn i egne plikter og rettigheter i sitt arbeidsforhold, og holder seg oppdatert om aktuelle endringer. Sykepleieren bidrar til utforming og gjennomføring av faglige normer for god praksis og melder fra og/eller varsler

når pasienten utsettes for uforsvarlige eller kritikkverdige forhold. Det understrekes at lojalitet til arbeidsstedet 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.

Avsporing

Jeg opplever det ofte som en avsporing at kritikk i helsevesenet møtes med svaret: «Vi skal se på våre rutiner». Uheldige hendelser begrunnes oftest med systemsvikt. Men ligger årsaken alltid i handlingsrommet rundt oss? Det er klart at arbeidsgivere har ansvar for strategier, rutiner, prosedyrer og tilsetninger, men vi kan ikke leve med at enkeltmennesker gjør hva som helst. Vi vet jo at hvis en annen person hadde vært på vakt den natten kvinnen frøs i hjel, ville utfallet blitt et helt annet.

Kvalitet forutsetter langt mer enn kvantifiserbare kvalitetsindikatorer. Det er selve utførelsen av helsehjelpen i møte med pasient og pårørende som avgjør kvalitet. Profesjonalitet i sykepleiepraksis er et omfattende mandat som ikke passer for hvem som helst. Å sikre god praksis handler mye om den menneskelige faktor, den humane kapital. Faglig ansvarlighet og etisk dømmekraft hos den enkelte ansatte blir ikke nok vektlagt i kompetansearbeidet og når kvalitet svikter. Dette er jo faktorer som er avgjørende for yrkesstolthet, tydelighet og profesjonalitet.

Ansvars plassering

Kanskje bør profesjonelle yrkesutøvere ha en beredskap på å stilles personlig ansvarlig når vi tydelig har sviktet. Men vi vil ikke tilbake til en heksejakt og plassering av urimelig skyld. Vi vil ikke tilbake til personlig økonomisk ruin, fengselsstraff og tapt arbeid når uheldige hendelser skjer. Men det er et betimelig spørsmål

Standarder, retningslinjer, prosedyrer og kultur kan ikke sikre kvalitet alene.

døra på sykehjemmet der hun bodde. To ansatte ble ved to anledninger varslet om hyl utenfor sykehjemmet uten å reagere. Den ene var også på Facebook og nettspillet Farmville i løpet av nattevakt. Begge beholder jobben. Helsetilsynet retter kritikken mot kommunen som de mener har brutt kommunehelsetjenesteloven. Dette som en følge av manglende styringssystemer som kunne ha sikret pasienten forsvarlig tilsyn.

En ung mann dør etter et kirurgisk inngrep der han postoperativt med store smerter ikke blir overvåket i over 5 timer av sykepleier på natt. Han blir funnet død i sengen. Tilsynssaken er ikke endelig ferdigbehandlet, men et av spørsmålene er: Hvilket personlig ansvar hadde sykepleieren på vakt?

På Vestre Viken har over 1800 kreftsyke mennesker «falt ut» av systemene uten at det reageres i tide. Var det ingen sykeplei-

Andre faste bidragsytere



Professor i sykepleier ved Høgskolen i Bodø
Berit Støre Brinchmann



Professor ved seksjon for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo
Per Nortvedt

i kvalitetsarbeidet om det personlige ansvaret har blitt for utvannet.

Det skal mye til for å få en advarsel eller miste lisensen, og bra er vel det. Men i noen saker er det uforståelig at dette ikke benyttes. Selv om det er flere helsearbeidere som mister lisensen i Norge enn i de øvrige nordiske land, stiller jeg spørsmålet knyttet til egnethet med andre begrunnelser enn rusproblematikk.

Hvorfor reagerer vi ikke oftere?

Tema om personlig ansvar berører oss alle, vi kommer jo alle til kort i krevende situasjoner. Du kjenner sikkert ordtakene «når du ser en feil og ikke sier noe, har du satt en ny standard». Det er et ufravikelig krav at pasienthensyn alltid skal settes foran andre hensyn. Hvis viktige tiltak forsømmes overfor pasient eller når faglig uforutsigelig praksis skjer, skal det meldes som avvik, dokumenteres og følges opp.

I det store bildet må vi erkjenne at pleiepersonalet reagerer for lite på dårlig praksis, gir for sjelden tydelige direkte tilbakemeldinger til kolleger, og melder få avvik. Vi bruker også sjelden uheldige hendelser til systematisk læring. Vi hører om ledelse som kveler brysomme stemmer i varslingsaker, og vi vet at varsling har gitt uheldige ringvirkninger både for varslere og andre. Er det frykten for represalier som gjør at vi melder fra for lite?

Å bygge meldekulturer og faglig stolthet er langsiktig arbeid. Vi kjenner til pleiekulturer der faglig bevisste kolleger som melder fra, ofte oppfattes mer som en trussel enn en ressurs. Kollegial støtte til varslere og gode læringsprosesser i etterkant mangler stadig.

Men disse erfaringer til tross, jeg spør om vi snarere bør skjerpe den personlige ansvarlighet ved faglige svikt og alvorlige feil. ■■■



I FORRIGE NUMMER AV SYKEPLEIEN (10/2010)

fortalte anestesisykepleier og HMS-ansvarlig Bjørn-Peder Horn Johansen om forskjellen på sikkerhetskulturen i sykehus og på oljeplattform. Og om hvordan hans egen far ble rammet av en sykehustabbe. Arkivfoto: Erik M. Sundt



- › Synes du/dere det er riktig at sykepleiere ikke stilles personlig til ansvar ved åpenbare alvorlige feil?
- › Arbeider du i en hverdagskultur der det er lett å gi tilbakemeldinger og melde fra om feil og uheldige hendelser?
- › Hvilke erfaringer har du med lojalitetskonflikt mellom pasienthensyn, kollegiale hensyn og hensyn til arbeidsgiver?

Til refleksjon

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](http://www.sykepleien.no) under fanen interaktivt.



TETT PÅ

Grete Christensen

Hvem: Grete Christensen

Alder: 53 år

Utdanning: Intensivsykepleier

Yrke: Leder av Dansk Sygeplejeråd (DSR) og president i European Federation of Nurses

Hvorfor: Fordi vi vil vite mer om henne og de danske sykepleierne.

Danskenees Normann

Grete Christensen har mange av de samme utfordringene som sin norske kollega Lisbeth Normann. Bare hakket verre.

Tekst **Eivor Hofstad** Foto **Erik M. Sundt**



«Det er ikke nok bare å sitte ved forhandlingsbordet.»





De velter jo bare inn! Det er det reneste oljeeventyr, sier Grete Christensen når hun beskriver hvordan Norsk Sykepleierforbund (NSF) håver inn medlemmer sammenlignet med danskene. For tiden er den norske kvoten på over 91 000 medlemmer, over 72 000 av dem yrkesaktive.

Hun gliser bredt. Minst 12 av overkjevens tenner kommer til syne og tar liksom helt styringen i det lille ansiktet. Selv styrer hun rundt 52 000 yrkesaktive medlemmer i et land som har fem og en halv million innbyggere. Det har hun gjort siden i fjor høst, da hun med knapp margin vant uravstemningen om ledervervet for NSF's søsterorganisasjon i Danmark, Dansk sygeplejeråd (DSR). Christensen tok over stafettspinnen etter Connie Kruckow som var leder i ni år.

– Organisasjonsprosenten ligger på rundt 90 hos oss. Det er ikke nok. Men vi ser at flere kommer til nå, etter alle oppsigelsene i sykehusene.

Siden januar har 2000 ansatte i de danske sykehusene fått sparken. En del av disse er sykepleiere. De gjenværende rapporterer om økt arbeidspres og uthuling av fagligheten.

– Det har blitt en helt grotesk situasjon. Alt er snudd opp ned. Det er blitt mange færre helsearbeidere for pasientene.

Christensen mener politikerne har skylden. De har ikke styrt økonomien riktig.

– Behandlingsgarantien har gjort at når sykehusene ikke har kunnet gi behandling innen en måned, har pasienten gått til private utøvere og fått regningen dekket av staten. De har heller ikke

«Hvis noen skal synes at sykepleieryrket er interessant, må vi synliggjøre at det er spennende.»

tatt høyde for prisstigning på medisiner og utstyr.

Danmark har også vært gjennom en omfattende regionalisering. I 2007 ble 15 amt til fem regioner, som styrer sykehusene. 265 kommuner slått sammen til 98.

PÅ HOVEDBANEGÅRDEN i København, midt under rushet, opplevde folk nylig å se unge mennesker (sykepleierstudenter) som plutselig stoppet opp. De stod som forsteinet til det kom sykepleiere i hvite uniformer og hjalp dem videre. Opptirnet var et ledd i Hvid Zone, en statlig kampanje som startet i 2008 for å få unge til å søke seg til sykepleier-, radiograf- og bioingeniørutdanningene. Den har bestått av proffe filmer som har blitt sendt på sosiale medier, annonser og happenings av ulike slag. DSR har både vært rådgivere og bidratt med 250 000 danske kroner hvert år til kampanjen, samt en prosjektstilling og annen arbeidskraft.

Selv om det nå er rekordstor arbeidsledighet blant sykepleierne, har antallet søkere til sykepleierutdanningen steget de siste tre årene. I år steg det med 13,6 prosent. Til sammenligning hadde Norge en nedgang på 3,5 prosent. Christensen er ikke i tvil om at økningen skyldes kampanjen.

Som en humoristisk kommentar til slutt ble det også laget en mye omtalt puppesekvens, der en kvinnelig sykepleier knepper opp uniformen og legger overkroppen over en mannlig pasient de forsøker å gjenopplive. Grete Christensen vil ikke snakke mer om det. Ifølge nettsidene til DSR er det synd at dette har fått så mye oppmerksomhet, men i det store og hele er de fornøyd med kampanjen.

– Vi har ropt på en slik kampanje i mange år. Hvis noen skal synes at sykepleieryrket er interessant, må vi synliggjøre at det er spennende, slik staten gjør det for politiet og forsvaret, påpeker Christensen.

De gråblå øynene lyser kvikt gjennom firkantede brilleglass. Vi sitter i et digert, ærverdig møterom hvor veggene er dekorert med gammel skipspanel, oppbrutt av moderne kunst i neonfarger. Kvæsthuset er et gammelt hospital sentralt i Nyhavn. DSR har brukt millioner på å renovere siden de kom inn i lokalene i 2005. Den nederste etasjen har fått marmor på gulvet.

– Hva sier medlemmene til en slik bruk av kontingenten?

– Det har vært mye kritikk av oppussingen, og huset ble referert til som marmorpalasset. Men dette er ikke for å vise storhet. Vi hadde god råd og mange penger i streikekassen. Det var en investering av pengene som det var viktig å få plassert. Vi valgte å bruke stein på gulvene fordi de trakk vann og det var faktisk ikke dyrere enn tregulv. Det er ikke noe ekstravagant, men gir gode og sunne arbeidsforhold. Når vi får medlemmer på besøk, sier de ofte: «Å ja, var det ikke mer enn dette?»

CHRISTENSEN SYKLER TIL JOBB fra leiligheten hun sover i på ukedagene. I helgene drar hun hjem til mannen og huset deres i Holbæk, vest for København. Der steller hun i hagen og spiser selvdyrkede grønnsaker. Sønnen jobber i bank og datteren studerer juss i Australia.

– Jeg hadde en trygg oppvekst i en alminnelig arbeiderfamilie, som den midterste av tre søsken. Far var lastebilsjåfør og mor var hjemmeværende.

I grunnskolen ble lille Grete holdt nede av kamerater fordi hun var for ivrig i timene og visste for mye. Først på gymnaset vågde hun å være seg selv, men likte best å gå i ett med den grå massen. Så fikk hun sommerjobb på et sykehjem.

– Plutselig fant jeg ut at det var dette jeg ville: Være blant mennesker, være snill og god med dem. Det var også som sykepleier jeg innså at jeg kunne noe.

Hun ble snart intensivsykepleier og praktiserte på et sykehus i Holbæk. Ikke før hun dro på en fire måneders primitiv tur til Afrika med venner, skjønte hun at hun hadde lederegenskaper. Da var hun 25.

– Vi kjørte gjennom Egypt, Sudan og Kenya. Når vi hadde interne

«Vi har en innbilt likestilling i Danmark.»

konflikter eller bilen ble ødelagt, var jeg god til å mekle og se muligheter. Jeg opplevde at de andre så på meg som en leder.

I dag er Christensen til og med president for The European Federation of Nurses (EFN). Der er hun dypt involvert i pasientsikkerhet og hvordan koordinere sykepleieforskningen i hele Europa. I tillegg har hun innført rundebordsdiskusjoner, der sykepleierne fra hvert land må si noen ord om hvordan det står til med sykepleien i deres land.

– Før var det bare de samme som sa noe. Nå sikrer vi at alle blir hørt, for eksempel om hvordan finanskrisen påvirker sykepleiernes lønninger og arbeidsforhold.

Så samler de alle dokumentene den enkelte sykepleier skriver, dermed har de verdifull dokumentasjon som kan gis videre til politikere i EU-systemet.

Christensen trekker seg som president i høst, et år før perioden hennes er over.

– Det er rett og slett for stort å sitte i spissen for alt. Jeg synes jeg må levere resultater og vil oppleve det som at jeg svikter DSR hvis jeg ikke klarer det.

SNART SKAL HUN begynne å forberede vårens lønnsforhandlinger.

– Det blir tøft fordi vi på slutten av 80-tallet ble enige om at de offentlige arbeidstakerne i Danmark ikke skal være lønnsførende, men være basert på hva som skjer i det private. I det siste har de private stått stille, mens vår lønn har steget. Dermed skal vi motregnes for det, så lønnsoppgjøret vil i verste fall kunne ende med at vi står stille.

Danskene sier at Christensen er «formand» for «sykeplejerskene».

– Dere har ikke kjønnsnøytrale titler som i Norge?

– Det henger sammen med at vi ikke er så likestilt som mange tror. Vi har en innbilt likestilling i Danmark. Vi er dårligst på likelønn og på å få fedre i barselpermisjon. Danmark hadde en veldig sterk rødstrømpebevegelse på 70-tallet. Dermed blir mote-reaksjonen desto sterkere når pendelen svinger og døtrene ikke vil være som sine mødre. Til og med likestillingsministeren synes ikke manglende likelønn er noe problem. Hun vil heller hjelpe mennene til å ta mer utdanning.

I mai la den danske lønnskommisjonen fram sin rapport som kunne dokumentere konsekvent høyere timebetaling i tradisjonelt maskuline yrker der man jobber med ting, i forhold til kvinnedominerte yrker hvor man jobber med mennesker. Christensen og hennes kolleger har hentet inspirasjon fra NSF. Blant annet krever de også en likelønnsrett fra staten.

– Regjeringen er ikke enig i det, men opposisjonspartiene har programfestet det nå.

Christensen gestikulerer. Armene er smale og sterke. Hun reiser ingen steder uten joggeskoene sine.

– Jeg får nye ideer når jeg løper. Vi må tenke litt annerledes og passe på at vi ikke gjør kun det samme tidligere ledere har gjort. Det er ikke nok bare å sitte ved forhandlingsbordet.



Så dermed holder hun foredrag for legemiddelindustrien. Eller tar på seg uniform og hospiterer en halv dag rundt på sykehus og sykehjem.

– Jeg har alltid sagt at dialog med medlemmene er vårt viktigste arbeidsredskap. Dessuten får jeg gode argumenter til diskusjoner med politikerne.

AV OG TIL møter de nye ideene motstand. Det har ikke vært helt friksjonsfritt å legge bladet Sykeplejersken inn under kommunikasjonsavdelingen slik at det ikke lenger drives selvstendig.

«Jeg får nye ideer når jeg løper.»

Dette skjedde i 2009 da Christensen var nestleder, og har ført til at bladet har blitt mer organisasjonsstyrt og har mindre fri journalistikk.

– Hvorfor gjorde dere det?

– Alle medier i DSR ble sidestilt etter et hovedstyrevedtak. Vi ville også innhøste synergieffekter.

– Hva med bladets troverdighet når bukken skal passe havresekken?

– Den har ikke endret seg. Bladet har en fri debatt hvor alle kan komme til orde, også på nettsidene, hvor vi har en veldig levende debatt.

Andre forskjeller mellom NSF og DSR er ulike måter å streike på.

– Her streiker vi med mange sykepleiere i 60 dager mens politikerne lener seg tilbake og tenker. Jeg skulle likt å vite hvordan dere i Norge har en konflikt, streiker med få sykepleiere og så etter en uke kommer et nytt resultat. Jeg vet ikke om det er medlemmene eller arbeidsgiverne som er forskjellige, men jeg kan i hvert fall se at det er en forskjell. ■■■



– Ofte er det pårørende, for eksempel ektefelle eller barna, som blir mest oppgitt over antall hjelpere.

Therese Strøm, områdeleder Solli område, Hjemmesykepleien i Bydel Frogner, Oslo.

Mange hjelpere – er

Brukerne opplever å få hjemmebesøk av mange hjemmesykepleiere, og for noen oppleves det slitsomt og forvirrende. Må det være slik at brukerne må forholde seg til mange ulike pleiere?

– Hvilke tilbakemeldinger gir brukerne?

Therese Strøm: – Brukere som får endrede behov, der de går fra å ha hatt besøk en gang per uke, til kanskje tre til fire ganger om dagen, er nok de som reagerer sterkest på at det blir så mange hjelpere. Dette legges til fortvilelsen over å ha redusert selvhjelpsevne. Ofte er det pårørende, for eksempel ektefelle eller barna, som blir mest oppgitt over antall hjelpere. Brukeren som mottar hjelpen blir kjent med alle hjelperne etter hvert.

Harry Martin Svabø: – Det er stor variasjon blant dem som kommer. Nye personer dukker opp hele tiden, og må hver gang sette seg inn i hvilke behov den hjelpetrengende har. Enkelte ganger har hjelperen ikke evne til å kommunisere med den hjelpetrengende og kontakten blir utilfredsstillende. Dermed blir ikke primærbehovene for omsorg dekket. Dessuten klager enkelte over at mange hjelpere er programmert til en viss prosedyre når de kommer, uavhengig av aktuelle situasjon. For den som behøver hjelp, blir det derfor liten tid til at faktiske behov dekkes.

– Hva betyr dette i praksis?

Therese Strøm: – Ansatte går i turnus, og bruker kan derfor ikke få sin primærkontakt på hvert besøk. I tillegg kommer ferieavvikling, med mange nye sommervikarer. Langtidssykefraværet spiller også en rolle. Vi har også fire runder med sykepleiestudenter hvert år, som skal ha sine egne primærbrukere. Av og til må vi også leie inn ekstravakter fordi vi har fått økt vedtaksmengde utover det vi er bemannet for. Vi planlegger hver vakt ut ifra 55 prosent nærværestid (hver hjemmesykepleier har satt av fire timer og ett kvarter hver dag ute hos brukerne). Det betyr at vi sjelden har mulighet til å løse tilleggsoppgaver uten å måtte leie inn ekstra personell.

Harry Martin Svabø: – Det kan utarte slik at den som skal hjelpe forsvinner ut av leiligheten før nødvendig tjeneste er utført. Det fører til at hjelpebehovet topper seg dag for dag.

– Hva er årsaken til dette?

Therese Strøm: – Bydelene gir hjelp etter vedtak på hva som skal gjøres. Det er satt opp tid for hver enkelt oppgave. Det betyr at hvis vi får et vedtak på morgenstell, medisin og frokost, så er det bare det vi gjør. Men vi vurderer pasienten hele tiden, og hvis behovet endrer seg er det bestillerkontoret, via hjemmesykepleier, som utfører bestilling på nye behov, før de kan imøtekommes. Men det kan skje raskt påfølgende dag. Dersom en bruker har falt og ligger

– Det kan utarte seg slik at den som skal hjelpe forsvinner ut av leiligheten før nødvendig tjeneste er utført.

Harry Martin Svabø, styreleder i seniorsaken

det så farlig?

på gulvet, blir vi der til legevakten kommer.

Harry Martin Svabø: – Årsaken har med både tid, kompetanse og kommunikasjon å gjøre. Enkelte av hjelperne har ikke mulighet til å kommunisere med de hjelpetrengende slik at de forstår hverandre. Det oppstår en manglende kontakt som nødvendigvis ikke skyldes uvilje, men har årsak i manglende språk og forståelse. Hvis man ikke forstår hverandre, finner en ikke det som er vesentlig.

– Hvilke konsekvenser får dette?

Therese Strøm: – Hvis vi blir værende lenge hos en pasient, betyr det at neste pasient må en annen ta. Da blir det en forskyvning. Brukere med spesielle behov blir prioritert når det gjelder å redusere antall hjelpere. Dette gjelder for eksempel brukere med langtkommen demens og kreftpasienter, som vi vet blir engstelig når det skjer endringer. Praktisk bistand er et alternativ til hjemmesykepleie. Dette handler om lovverket, og det handler om inndeling av pasienter i forhold til lovverket. Vi har ukentlige møter med forskyvning og forflytning mellom praktisk bistand og hjemmesykepleie. Det vi har planlagt ser greit ut på papiret, men det vi opplever hos brukere er uforutsigbart.

Harry Martin Svabø: – Det å ikke bli imøtekommet gir en utilfredsstillende følelse av å verken bli forstått, hørt eller tatt på alvor. Det kan føre til resignasjon, vantrivsel og forverring av sykelige tilstander.

– Hva kan gjøres?

Therese Strøm:

– Vi må ha en grunnbemannning som gir rom for økt vedtaksmengde, og ha en stabil ekstravakt-pool, samt planlegge vikariater og engasjementer ved langtidsfravær. Vi må ha fokus på å få ned langtidsfraværet. Vi kan få mer hensiktsmessig bruk av primærkontaktene, for eksempel ved at alle primærbrukere bor i et lite geografisk område.

Men her kunne frivillige hjelpeorganisasjoner kommet mer på banen. Sitter vi ti minutter med hver bruker, og vi har 2 000 brukere, blir det ganske mye personell. Hvis det skal gjennomføres i bydelene, er det et spørsmål om det er det vi skal bruke skattepengene til, når vi mangler sykehjemsplasser.

Harry Martin Svabø: – Vi skal ikke male fanden på veggen. Mange gjør en glimrende jobb, og det er et tungt og vanskelig arbeid. En oppfølging og videreutdanning av den enkelte er nødvendig, slik at de som gjør denne jobben blir motivert. Istedenfor å gjøre slik som nå, å kritisere, kan vi også bli flinkere til å oppmuntre! ■■■

Tekst **Laila S. Berg** Foto **Stig Weston**





REFLEKS

Gjesteskribent Jon Hustad

Navn: Jon Hustad
Yrke: Journalist i Dag og Tid
E-post: jon@dagogtid.no

Når fastlækjaren er inkompetent

Fastlækjaren min er det fleire år sidan eg sist såg. No skal eg finna meg ein ny.

Eg er vorten så gamal at ein kjenning av meg åt å døy. Så vidt eg kan hugsa, er han den fyrste i omkrinsen min – sett vekk frå i familien – som det gjer. Sjukdomen han har, vart oppdaga for seint. Eg veit ikkje kven som ber skulda for det, han sjølv eller fastlækjaren eller ein eller annan sjukehuslækjar. Som så med mange andre ting i livet, er det vel ein kombinasjon. Men det har fått meg til å tenkja på fastlækjarsystemet, eller meir presist, inkompetente lækjarar.

Sjølv har eg som før nemnt i denne spalta, tjukt av lækjarar i den næraste slekta. Her om dagen ringte eg ein av desse og spurte om eit lite og heilt ufarleg problem eg hadde med eit ledd. Han fortalte meg kva eg skulle gjera, som eg i og for seg alt hadde funne ut ved å lesa meg opp på Internett. Sidan det eg skulle gjera, involverte ein liten prosedyre på sjukehus, måtte eg innoft fastlækjaren min for tilvising. Det vil seia, vikaren til fastlækjaren min. Den vanlege fastlækjaren har slutta å arbeida heil veke eller held på me andre ting. Det er fleire år sidan eg sist såg ham.

Også denne gongen var det ein ung mann som tok i mot meg.

Ålmennlækjarane er portvaktarane i det norske helsesystemet.

Eg fortalte om problemet mitt, men for ikkje å framstå som ein betrevitar, let eg vera å seia at eg hadde fått vita kva som skulle gjerast. Enden på visa var at han tinga ei sjukehusgransking som var totalt meiningslaus. Eg fann ut at eg ikkje gadd krangla med han, eller fortelja han at eg visst betre. Eg avlyste sjukehusgranskinga då eg kom heim att, og no skal eg finna meg ein ny fastlækjar.

Det eg opplevde, er ikkje noko uvanleg, særleg unge ålmennlækjarar veit lite, dei manglar røynsle. Men heller ikkje dei godt vaksne kan ha ein særleg brei oversikt. Lesarane av dette bladet kan sikkert fortelja tusenvis av historier om inkompetente fastlækjarar eller ålmennlækjarar.

Den skitne sanninga er at vi ikkje kan gjera noko særleg med dette problemet. Kor god behandling vi får, avheng i høg grad av flaks. Slik har det vore i alle år, og slik kjem det truleg til å halda fram med å vera i mange år til. Men i åra som kjem, vil vi – les

helsevesenet – få eit tilleggsproblem, nemleg at folk flest i aukande grad kjem til å forstå at noko er gale.

Hovudoppgåva til ålmennlækjarane ligg ikkje i å gjera folk friske. Hovudoppgåva ligg i å rasjonera med sjukmeldingar og å avgjera kven som skal verta sendt vidare og kvar. Ålmennlækjarane er portvaktarane i det norske helsesystemet. Legitimiteten deira kviler på at vi – pasientane og veljarane – trur på dei, at vi aksepterer autoriteten deira, som i alle år har kvilt på det pasientane har fått seg til å tru er ein enorm kunnskapsbase.

Mange – slike som meg og den døyande kjenningen av meg – har alt funne ut at fastlækjarane ofte ikkje har ein særleg stor kunnskapsbase. I åra framover kjem stadig fleire til å finna ut det same. Internettrevolusjonen har så vidt byrja. Stadig fleire kjem til å be om «a second opinion», stadig fleire kjem til å be om å få sjå ein spesialist, og stadig fleire kjem til å verta meir og meir misnøgde. For dei kjem ikkje til å få viljen sin. Vi har ikkje råd.

Ein barnelækjar som eg kjenner særst godt og som har arbeidd både i Ålesund og i Oslo, plar seia at ni av ti born som vart sendt til sjukehuset i Ålesund, vart innlagde då ho arbeidd der. Ved Ullevål plar dei derimot senda heim ni av ti. I Oslo er foreldra kravstore, dei greier å pressa fastlækjaren til å senda ungen til sjukehus. På Sunnmørs-bygdene, i det minste då ho arbeidd i Ålesund, hadde fastlækjaren framleis nok autoritet til å kunne seia nei og denne nei-en vart akseptert.

Vi kan ikkje lata ei utvikling som den i Oslo halda fram, og dette veit politikarane. Eldrebylgja trumfar alt anna og vil måtte føra både til dårlegare omsorg og meir rasjonert sjukehusbehandling. Så er då også Samhandlingsreforma ein freistnad på å gje fastlækjarane meir makt og ein auka evne og vilje til å seia nei. I åra framover kjem det berre til å verta meir av slikt, og di færre pasientar fastlækjarane sender vidare, di betre løn kjem dei til å få. Dette er ein nasjonal trend og dette er ein internasjonalt trend.

Spørsmålet er korleis politikarane kjem til å handtera dette. Eg tippar det vert mykje hykling og lovnadar om at meir makt til ukunnige fastlækjarar kjem til å verta ein fordel for oss alle.

Eg for min del satsar på at lækjarane i familien held meg frisk.

Øvrige gjesteskribenter 2010:



Trude Aarnes
Jordmor og privatpraktiserende sexolog



Anders Folkestad
Leder i Unio



Cathrine Sandnes
er redaktør av tidsskriftet Samtiden



Martine Aurdal
Leder av samfunnsavdelingen i Dagbladet



EN VERDIG OBSTIPASJONS- BEHANDLING BEGYNNER MED **MOVICOL®**

Mange personer i eldreomsorgen er i obstipasjonsbehandling. Personalet må ofte bruke mange ressurser - og likevel er oppgaven vanskelig! Administrerer du flere forskjellige avføringsmidler uten at de virker godt nok? Og kan rektale midler derfor ende med å bli rutinebehandlingen i stedet for en nødløsning?

MOVICOL® er et laksativ som normaliserer avføringen ved å tilføre vann til forstoppelsen.¹

MOVICOL® kan derfor ofte skåne pasienten for:

- ubehaget ved invasiv behandling
- rektale midler, som siver og medfører ekstra rengjøring
- diarévæske som irriterer lukkemuskelen

Hva ville du selv foretrekke?

1. Gruss HJ, Teucher T. Der Allgemeinarzt 1999;21(16):1342-1350.



Movicol® er et osmotisk virkende avføringsmiddel inneholdende makrogol 3350, natriumklorid, natriumhydrogenkarbonat og kaliumklorid. **Indikasjon-er:** Korttidsbehandling ved obstipasjon. Avføringsstopp hvor rektum og/eller colon er fylt med fast fekalia. **Spesielle advarsler og forsiktighetsregler:** Om pasienter utvikler symptomer som tyder på forstyrrelser i elektrolytt- eller væskebalansen (f.eks. ødem, kortpustethet, økende slapphet, dehydrering eller hjertesvikt) skal behandlingen med Movicol® avbrytes umiddelbart og elektrolyttstatus skal kontrolleres. Eventuelle forstyrrelser i elektrolyttstatus behandles. Les pakningsvedlegget nøye før bruk. For mer informasjon, kontakt Norgine på tlf.: 22 42 28 00.



- når du vil merkes!

Navneskilt og utstyr for helsepersonell www.sabo.no



Mange nye motiv!



SABO - det miljøvennlige alternativet!



Klokker



Saks



Pupillykt



Klokker